



EHESP

Directeur d'hôpital

Promotion **2008-2010**

Date du Jury : **décembre 2009**

**La modélisation économique des coopérations sanitaires
en soutien à une stratégie de groupe hospitalier public**

**Une étude appliquée au groupement de coopération sanitaire des « hôpitaux
du service public du sud de la métropole lilloise »**

Aymeric CHAUCHAT

Remerciements

Je tiens à remercier particulièrement Monsieur Thibault DOUTE, Directeur adjoint au Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Lille et Administrateur du groupement de coopération sanitaire « des Hôpitaux du Service Public du Sud de la Métropole lilloise », pour son rôle dans la définition d'un projet de mémoire original et ambitieux, son implication personnelle et constante durant mon stage ainsi que les échanges tenus ensemble permettant un enrichissement constant de ce présent mémoire.

Je remercie également chaleureusement Madame le Professeur Martine M. BELLANGER, de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, pour le soutien qu'elle m'a assuré, la disponibilité dont elle a fait preuve et la complémentarité du regard qu'elle m'a apporté.

Sommaire

Introduction

PREMIERE PARTIE : LES ENJEUX DE LA MODELISATION ECONOMIQUE DES COOPERATIONS SANITAIRES POUR LA CONDUITE D'UNE STRATEGIE DE GROUPE HOSPITALIER

1.1. Les fondements économiques et juridiques des coopérations sanitaires

1.1.1. Les fondements économiques de la spécialisation des établissements de santé et des recompositions hospitalières

1.1.2. Le cadre juridique des coopérations sanitaires avant les communautés hospitalières de territoire

1.2. Les recompositions hospitalières en France : des restructurations du secteur privé lucratif à la « stratégie de groupe public »

1.1.4. Panorama des recompositions hospitalières en France

1.2.1. Les profondes restructurations du secteur hospitalier privé

1.2.2. Un secteur public incité à s'engager dans une stratégie de « groupes hospitaliers »

DEUXIEME PARTIE : ANALYSE DU « LABORATOIRE DES COOPERATIONS » : LE GROUPEMENT DES HOPITAUX DU SERVICE PUBLIC DU SUD DE LA METROPOLE LILLOISE

2.1. La métropole lilloise, théâtre de nombreuses manœuvres hospitalières

2.1.1. La constitution de groupes de cliniques privées offensifs

2.1.2. Un important secteur hospitalier privé participant au service public hospitalier

2.1.3. L'initiation d'une démarche de groupe des hôpitaux publics de la métropole

2.2. Les hôpitaux du service public du sud de la métropole lilloise, un « laboratoire des coopérations »

2.2.1. Présentation du positionnement du CHRU de Lille et du CH de Seclin

2.2.2. La mise en place du groupement de coopération sanitaire des « hôpitaux du service public du sud de la métropole lilloise »

2.2.3. Présentation générale des volets de coopération du GCS

2.3. Le modèle économique adopté pour les activités chirurgicales réalisées dans le cadre du GCS : une réponse circonstanciée à la problématique ?

2.3.1. Le principe du modèle : une répartition des charges et recettes marginales

2.3.2. Analyse du modèle : un gain marginal identique pour les deux établissements

TROISIEME PARTIE : UNE PROPOSITION DE MODELISATION ECONOMIQUE DES COOPERATIONS SANITAIRES

3.1. Les deux axes de la modélisation économique des coopérations sanitaires

3.1.1. La distinction de types de projets de coopération

3.1.2. La gouvernance hospitalière et la notion « d'intérêt à agir » des acteurs des coopérations

3.1.3. Discussion autour du modèle économique global des coopérations sanitaires résultant du croisement de ces deux axes

3.2. Présentation des éléments facilitant l'élaboration des modèles économiques des coopérations sanitaires

3.2.1. Les éléments constitutifs d'un gain net pour l'établissement

3.2.2. Les éléments constitutifs d'un intéressement des pôles

3.2.3. Les éléments constitutifs d'un intéressement des praticiens

Conclusion

Bibliographie

Liste des sigles utilisés

ARH/ARS	Agence régionale de l'hospitalisation/Agence régionale de santé
ATP	Assistant à temps partagé
CET	Compte épargne-temps
CH	Centre hospitalier
CHRU	Centre hospitalier régional universitaire
CHT	Communauté hospitalière de territoire
CLCC	Centre de lutte contre le cancer
CME	Commission médicale de l'établissement
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CREA	Compte de résultat analytique
CREF	Contrat de retour à l'équilibre financier
CRRC	<i>Centre régional de référence en cancérologie</i>
CSP	Code de la santé publique
DHOS	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
EPRD	Etat prévisionnel des recettes et des dépenses
ETP	Equivalent temps plein
FCS	Fichier commun de structure
FHF	<i>Fédération hospitalière de France</i>
GCS	Groupement de coopération sanitaire
GIE/GIP	Groupement d'intérêt économique/Groupement d'intérêt public
HPM	<i>Hôpitaux privés de la métropole</i>
HPSM	<i>Hôpitaux du service public du sud de la métropole lilloise</i>
HPST	Hôpital – Patient – Santé – Territoires
MCO	Médecine – Chirurgie – Obstétrique
MIGAC	Mission d'intérêt général et aide à la contractualisation
PH	Praticien hospitalier
PMSI	Programme médicalisé des systèmes d'information
PSPH	Participant au service public hospitalier
RRF	Rééducation et réadaptation fonctionnelle
SIH	Syndicat inter-hospitalier
T2A	Tarifcation à l'activité
UF	Unité fonctionnelle
VADS	Voies aéro-digestives supérieures

Introduction

Le développement depuis plusieurs années des coopérations sanitaires entre établissements de santé répond à un double souci d'optimisation de l'offre de soins hospitalière et d'amélioration de la qualité de la prise en charge du patient.

Les profondes restructurations engagées depuis les années 1980 dans le secteur hospitalier privé notamment lucratif et la conquête de parts de marché importantes notamment en chirurgie programmée incitent le secteur public à se réorganiser pour maintenir et développer une offre hospitalière de qualité. La « stratégie de groupe public », impulsée par la *Fédération Hospitalière de France (FHF)* et fondée sur la création de communautés hospitalières de territoire (CHT), a été relayée par la « Commission sur les missions de l'hôpital » présidée par le sénateur Gérard LARCHER¹. Elle a trouvé une concrétisation législative avec la loi n°2009-800 du 21 juillet 2009 *portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires* qui annonce le développement de coopérations approfondies entre établissements publics de santé.

De nombreux termes utilisés en référence aux mutations du secteur hospitalier expriment une idée proche ou convergente qu'il est intéressant d'analyser. Le terme de « restructuration », qui évoque les « restructurations industrielles », peut renvoyer à trois significations : une mutation de grande ampleur, une transformation de la structure juridique d'une entreprise, et une transformation interne de l'organisation. Le sens communément admis dans l'univers hospitalier se focalise essentiellement sur le court séjour et englobe plusieurs outils dont les deux principaux sont les coopérations et les fusions². Le terme officiel toutefois choisi par la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) est celui de « recomposition », ce qui lui permet d'estomper l'image de sa politique dirigiste de restructuration.

¹ Rapport au Président de la République, au Premier ministre, à la Ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital présidée par Gérard LARCHER, 12 avril 2008

² La Conférence nationale des Présidents de CME des CH retient la définition suivante : « toute nouvelle organisation des activités de court séjour entre un centre hospitalier et un ou plusieurs établissements de soin » (in « Enquête à propos de 106 opérations de restructurations hospitalières », 2004)

Le terme « regroupement », longtemps délaissé des acteurs hospitaliers, est aujourd'hui privilégié en référence à la stratégie de groupe public. Il consiste à regrouper des entités jusque là séparées, dans une arithmétique de réduction des capacités ou des structures.

Le choix du terme de « rationalisation » repose sur une philosophie économique qui vise à mettre un ordre efficient dans les modèles productifs. Très utilisé par les gestionnaires et cadres de proximité, il renvoie simultanément à d'autres termes et actions liés à la restructuration : suppression des doublons, réduction des délais inutiles et pertes de temps, développement des économies d'échelle, etc.

Il semble bien, en définitive, que les coopérations sanitaires constituent un élément de la stratégie de restructuration hospitalière, au même titre que les fusions et réorganisations internes.

Réussir la réorganisation territoriale des hôpitaux publics dans un contexte financier contraignant

Le passage prévisible d'une organisation hospitalière atomisée issue des textes fondateurs de 1958 et 1971 aux paradigmes de « l'hôpital-communauté » et de « l'hôpital-réseau » annonce une certaine complexité structurelle qui nécessite une réflexion sur la lisibilité, la compréhension et *in fine* la maîtrise d'un processus en constante reconfiguration.

Cette réflexion doit permettre l'adoption de nouveaux outils non seulement de lecture et d'analyse du système partenarial mais également à caractère opérationnel, permettant ainsi d'éclairer l'adoption d'un modèle de coopération pour chaque type de projet engagé.

La notion de modèle des coopérations sanitaires, en référence à un ensemble de dispositions financières et organisationnelles, implique la possibilité de sa transposition d'un cas particulier à un autre similaire.

La qualification « d'économique » du modèle à adopter doit être entendue au sens large du terme. Si le terme « économie » provient du grec *oeco nomos*, c'est-à-dire littéralement « les lois de la maison », adopter un modèle économique pour une coopération sanitaire signifie la doter d'un ensemble de règles régissant le bon fonctionnement du groupe et facilitant la réalisation des projets partagés de façon

efficace. L'économie étant la science de l'allocation des ressources rares pour des besoins potentiellement illimités, il est important d'introduire cette notion d'efficace globale.

Dans cette perspective, il faut reconnaître que la réforme du mode de financement des hôpitaux a profondément bouleversé l'économie des coopérations sanitaires.

Le modèle économique encore aujourd'hui le plus commun, adopté souvent en appui aux conventions de partage d'activité d'un praticien, est celui du prêt d'un praticien à un établissement partenaire pour lui permettre de pallier un déficit de démographie médicale ou soutenir son activité. Ce prêt peut faire l'objet d'un remboursement à l'établissement employeur de la quote-part de rémunération du praticien pour le temps médical exercé dans l'établissement partenaire. Toutefois, cet équilibre, qui dans une lecture comptable peut être analysé comme neutre pour l'établissement employeur, est en réalité économiquement perdant puisque le prêt d'un praticien se traduit par une perte d'activité et donc une diminution des recettes.

Ce modèle fait en réalité système avec le mode de tarification par dotation globale des hôpitaux qui prévalait encore il y a quelques années. C'est par conséquent un modèle devenu économiquement obsolète qui n'est plus adapté au mode de financement à l'activité des établissements. Il s'agit donc d'un frein potentiel au développement des coopérations sanitaires dans un contexte de contrainte financière forte. Les établissements ont toutefois encore recours à ce modèle de coopération en raison de sa simplicité mais aussi d'une absence de réflexion sur l'économie des coopérations sanitaires.

L'objet du présent mémoire professionnel réalisé au Centre Hospitalier Régional et Universitaire (CHRU) de Lille en appui au second stage d'élève directeur d'hôpital de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) est donc l'étude d'une approche permettant l'élaboration d'une modélisation économique des coopérations sanitaires.

Parfaire une stratégie de groupe hospitalier en proposant des modèles économiques des coopérations sanitaires incitatifs

La conduite d'une stratégie de groupe hospitalier repose essentiellement sur le développement d'un projet médical partagé entre plusieurs établissements d'un même territoire de santé. Un groupe hospitalier en construction ne doit toutefois pas négliger son

modèle économique, dans la mesure où la rentabilité d'une opération de restructuration est un élément de décision essentiel pour les responsables hospitaliers.

On peut ainsi identifier trois éléments nécessaires à la mise en place d'un groupe hospitalier public : le projet médical commun, la structure juridique du groupement et la volonté institutionnelle de chacun des établissements.

Le projet médical est le pilier fondamental d'un projet de groupe hospitalier. A défaut d'un véritable projet médical, la structure du groupement adoptée s'apparente à une coquille vide. Cet élément fondamental implique de placer le corps médical au cœur du processus de structuration d'un groupe hospitalier. La structure juridique adoptée peut être un groupement de coopération sanitaire (GCS) ou une communauté hospitalière de territoire (CHT) et doit être adapté à la gouvernance du projet de coopération et, à moyen terme, du groupe hospitalier.

Le soutien institutionnel est un élément indispensable à la conduite d'une stratégie de groupe hospitalier. Ce soutien dépend en grande partie de la qualité du projet médical commun. Il dépend également de l'économie du projet, lequel doit être incitatif pour chacune des parties. Il convient ainsi de doter le projet de coopération d'un modèle économique permettant de mobiliser l'ensemble des acteurs nécessaires à la réalisation du projet.

La modélisation économique des coopérations sanitaires doit en premier lieu se pencher sur la répartition entre les établissements partenaires des charges et recettes imputables aux activités de coopération. Plus largement, cette démarche nécessite une réflexion sur la gouvernance hospitalière et la question de « l'intérêt à agir » des différents acteurs de la coopération. L'introduction d'intéressements spécifiques afin d'inciter ceux-ci à la réalisation des projets de coopération et au développement de l'activité doit être étudiée.

L'économie des coopérations sanitaires a été peu étudiée par les acteurs hospitaliers et universitaires. Elle résulte dans les faits de constructions empiriques. Il est ainsi nécessaire de réfléchir à la possibilité de modéliser l'économie des coopérations sanitaires et de proposer des modèles transposables à tous les projets relevant d'une catégorie ou d'un type identifié.

Un « laboratoire des coopérations sanitaires »

Cette problématique, soulevée par la Direction Générale du CHRU de Lille, a fait l'objet d'un groupe de travail pluridisciplinaire autour de Thibault DOUTE, directeur adjoint du CHRU. Compte tenu du large champ des projets envisagés dans le cadre du GCS des « hôpitaux du service public du sud de la métropole lilloise » (HPSM) ainsi que de l'originalité du modèle économique de la coopération sur les activités chirurgicales réalisée dans ce cadre, il a été proposé de considérer celui-ci comme un « laboratoire des coopérations ». Ce cadre d'étude permet d'étudier la diversité des projets de coopération sanitaire ainsi que la possibilité d'étendre aux autres projets le modèle économique adopté pour les spécialités chirurgicales. Il s'agit donc d'une approche opérationnelle.

Ce présent mémoire, conçu en accompagnement de ces travaux, se situe à la croisée d'approches médicale, économique, juridique et sociologique, comme en témoigne la diversité des références bibliographiques.

Le mémoire suit une démarche constructive en trois parties et aboutit à une proposition sur la modélisation économique des coopérations. Il propose préalablement d'étudier les enjeux de la modélisation économique des coopérations sanitaires pour la conduite d'une stratégie de groupe hospitalier (première partie).

Sera présenté ensuite le GCS « des Hôpitaux du Service Public du Sud de la Métropole lilloise » et les raisons pour lesquelles il est considéré comme un « laboratoire des coopérations » offrant un cadre privilégié pour la modélisation économique des coopérations sanitaires (deuxième partie).

Ce travail permettra de répondre à la problématique soulevée concernant l'opportunité d'élaborer un modèle économique des coopérations sanitaires. Si la piste de l'élaboration d'un modèle global ne sera pas menée au bout d'une logique considérée comme trop rigide, plusieurs principes et éléments opérationnels tournant autour de l'axe de « l'intérêt à agir » des acteurs hospitaliers, et donc à l'intéressement aux projets de coopération, seront présentés afin de faciliter l'élaboration de modèles économiques adaptés aux différents projets de coopération (troisième partie).

PREMIERE PARTIE : LES ENJEUX DE LA MODELISATION ECONOMIQUE DES COOPERATIONS SANITAIRES POUR LA CONDUITE D'UNE STRATEGIE DE GROUPE HOSPITALIER

Comprendre les enjeux de la conduite d'une stratégie de groupe hospitalier public nécessite de maîtriser préalablement les dynamiques et problématiques de l'offre de soins hospitalière dans un contexte de forte concurrence entre les secteurs public et privé et de rareté de la ressource financière.

Un passage en revue des fondements économiques des recompositions hospitalières et des outils juridiques permettant la coopération entre établissements de santé (1.1.) permet d'éclairer le panorama des recompositions hospitalières en France avec un secteur privé profondément restructuré et un secteur public fortement incité à s'engager dans une « stratégie de groupes hospitaliers » (1.2.).

1.1. Les fondements économiques et juridiques des coopérations sanitaires

Le fondement économique des recompositions hospitalières est une étape préalable importante pour la modélisation économique des coopérations sanitaires (1.1.1.). Le socle juridique des coopérations sanitaires permet de donner de la lisibilité aux recompositions sanitaires en France (1.1.2.).

1.1.1. Le fondement économique de la spécialisation des établissements de santé et des recompositions hospitalières

Si l'établissement de santé peut être considéré d'un point de vue microéconomique comme une entreprise qui offre des services à des consommateurs, les patients, il s'agit incontestablement d'une entreprise d'un genre singulier. En contrepartie de financements collectifs, hôpital public comme clinique privée supportent en effet de fortes contraintes liés à l'administration des prix de vente, à la charge de main-d'œuvre, au coût des investissements en haute technologie, à l'ancrage territorial dû à la spécificité de l'immobilier hospitalier (Mougeot, 1999). Plus globalement, les « entreprises » hospitalières ont leur spécificité dans le rôle de régulateur joué par l'Etat et l'Assurance maladie.

➤ Les stratégies de croissance appliquées au monde hospitalier

Ces particularités sectorielles ne disqualifient pas pour autant la littérature économique classique, notamment ses apports sur l'analyse des stratégies de croissance (Richardson, 1972).

Une entreprise peut ainsi poursuivre trois stratégies de croissance. La croissance externe est une stratégie essentiellement offensive, reposant sur des considérations opportunistes ou sur la volonté de valoriser son avantage comparatif, et qui consiste en la prise de contrôle d'ensembles de moyens de production déjà en fonctionnement. Dans le domaine hospitalier, cette stratégie est propre au secteur privé commercial.

La croissance interne est une stratégie essentiellement défensive qui vise à la création de nouvelles capacités de production interne à l'établissement. Elle permet de préserver l'indépendance d'une entreprise et s'inscrit particulièrement dans une démarche de renforcement d'un positionnement concurrentiel. Elle a longtemps caractérisé les stratégies de développement des hôpitaux publics.

La croissance conjointe est une stratégie coopérative par alliance entre deux ou plusieurs entreprises. Elle permet l'évolution de l'organisation par apprentissage. Cette stratégie de croissance fonde le développement d'une coopération inter-hospitalière (Dussauge, 1995).

En soutien à ces stratégies de croissance, les entreprises doivent faire le choix de manœuvres pouvant relever de trois types : la concentration, la diversification et l'intégration. La concentration consiste pour une entreprise à chercher à renforcer son avantage comparatif en poursuivant une stratégie de domination par les coûts (effets volumes, effets d'envergure, effets d'expérience).

La diversification vise à développer de nouvelles activités (croissance groupale) ou d'entrer dans de nouveaux secteurs (croissance conglomérale). Les excédents des activités les plus matures permettent ainsi de financer les investissements ou les déficits d'activités plus récentes ou en difficulté. Les logiques de groupes se sont développées sur le secteur privé depuis les années 1980 en France.

L'intégration est une forme spécifique de diversification qui consiste à entrer dans une nouvelle activité située en amont (fournisseur) ou en aval de l'activité d'origine (client ou distributeur). Le secteur hospitalier français subit un double mouvement de désintégration

et d'intégration verticale (Jacobzon S., 1995). Certaines activités logistiques et techniques ont ainsi été externalisées. La désintégration touche aussi des activités médicales, telle la fin du séjour du patient, externalisée soit vers des structures de soins de suites et de réadaptation, soit directement vers le domicile avec, le cas échéant, la prise en charge par une structure de type « hospitalisation à domicile » (HAD). En parallèle s'observe un mouvement d'intégration entre les établissements de santé de type MCO et la médecine libérale par la mise en place de réseaux consolidant l'adressage du patient et les filières de prise en charge.

➤ Les fondements de la spécialisation des établissements de santé

La spécialisation du marché hospitalier trouve son origine dans une logique médico-économique qui consiste à optimiser l'appareil de production en fonction des recettes prévisionnelles. Une étude datant de 1981 avait montré les effets du mode de financement sur le positionnement en termes de marché. Elle évoquait le fait que le coût journalier augmentait plus rapidement que la recette journalière lorsque la complexité des cas augmentait (Gadreau M., 1981). Dans les années 1990, des chercheurs au *Laborès*, laboratoire de l'Université Catholique de Lille, ont analysé le phénomène de spécialisation des cliniques privées, lesquelles ont fondé leur avantage comparatif sur plusieurs pathologies : la chirurgie orthopédique, la chirurgie ORL, la chirurgie urologique, les actes sur les gros vaisseaux ainsi que la chirurgie ophtalmologique. Les auteurs ont toutefois souligné l'absence de modèle économétrique expliquant un tel partage des activités (Derveaux B., Leleu H., 1999).

La tendance à la spécialisation s'est amplifiée dans les années 2000, notamment dans les villes moyennes où les situations de duopole public-privé sont fréquentes, en raison d'effets de seuil et de délivrance des autorisations par la tutelle, en raison du problème d'attractivité des établissements et des équipes faiblement dotés en chirurgiens, et en raison du coût des équipements et plateaux techniques.

Si la réforme du mode de financement des hôpitaux a profondément bouleversé les stratégies d'activité des établissements qui reposaient sur des prix bien connus, les restructurations récentes ont bien renforcé le processus de spécialisation des établissements. Cette spécialisation tourne à l'avantage des cliniques pour les activités de chirurgie sur lesquelles les cliniques sont très présentes, voire sur certains segments d'activité, notamment les interventions programmées, fréquemment réalisées en ambulatoire, permettant des processus de prise en charge standardisés.

➤ Les apports de la théorie économique aux coopérations hospitalières

L'évolution récente des recompositions hospitalières est fondamentalement liée à l'innovation technologique toujours plus coûteuse mais aussi à d'autres facteurs. Ainsi la rareté des ressources médicales incite-t-elle à coopérer sur le partage du temps médical, illustrant ainsi la « théorie des ressources et compétences ». La recherche de performance dans un contexte de pénurie des ressources financières, toujours en lien avec la planification sanitaire, est également un facteur de coopération, ce qui peut être analysé dans le cadre des travaux des chercheurs en stratégie sur les coûts de transaction (Hamel G., Doz Y., Prahalad C.K., 1989).

Une des hypothèses de l'actuel mouvement de restructuration de l'hospitalisation consiste à considérer celle-ci comme une recherche d'une plus grande congruence entre les intérêts de l'établissement de santé et ceux des différents intervenants. Cette hypothèse renvoie au modèle *Principal-Agent*, qui se situe dans le prolongement de la théorie de l'Agence, selon laquelle les problèmes pour atteindre une production efficiente apparaissent quand les informations et motivations dont disposent les agents engagés dans une relation sont différentes. En conséquence, certains agents (partie informée) peuvent développer une stratégie du moindre effort, inobservable pour le *Principal* (Akerlof, 1971). Les restructurations hospitalières visent dès lors à rendre plus efficace la gouvernance de l'établissement.

1.1.2. Le cadre juridique des coopérations sanitaires avant les communautés hospitalières de territoire

La doctrine classe les instruments de coopération en deux catégories : ceux dotés de la personnalité morale qui instituent une coopération organique ou institutionnelle, et ceux dépourvus de la personnalité morale qui instituent une coopération fonctionnelle. Cette classification annonce une distinction entre des instruments permettant ou non de doter le partenariat d'un modèle économique incitatif en soutien à une stratégie de groupe.

➤ *Les instruments de la coopération fonctionnelle*

Le cadre conventionnel et associatif offre les maillons juridiques les plus simples pour mettre en relation deux établissements de santé et associer également des professionnels libéraux. La convention, dont l'application au domaine hospitalier est

prévue par le code de la santé publique³, n'est régie par aucun texte particulier autre que le droit commun.

De nombreuses applications peuvent être données. Ainsi la convention peut-elle être le support de l'utilisation commune de matériels, de la mise à disposition de personnels ou praticiens hospitaliers, ou encore de la mise en place d'un réseau de télémedecine dont la pratique a trouvé une consécration législative par la loi du 21 juillet 2009 (art 78)⁴. Le cadre conventionnel trouve aujourd'hui son application la plus importante dans le partage d'activité de praticiens.

Le réseau de santé⁵, issu de la transformation du réseau de soins créé par l'ordonnance du 24 avril 1996, met en relation l'hôpital public avec un réseau de praticiens libéraux installés en ville. La loi du 4 mars 2002 permet la transformation d'un réseau de santé « coordinateur de soins » en un réseau de santé « soignant ». Une disposition, sans application, de l'ordonnance du 4 septembre 2003 prévoyait déjà la possibilité de doter de la personnalité morale un réseau de santé se constituant en GCS, GIE, GIP.

Le succès de la voie conventionnelle est en partie dû à sa simplicité. Cette caractéristique comporte aussi son principal défaut, lié à l'absence de personnalité morale. Les établissements contractant restent les seuls interlocuteurs des tutelles. Et si la convention peut prévoir des flux financiers entre établissements, l'absence de budget propre ne l'autorise pas à mettre en place des mécanismes financiers allant au-delà du simple remboursement de prestations.

➤ *Les instruments de la coopération organique*

Nombreux sont aussi les instruments de la coopération organique ou institutionnelle, lesquels sont dotés de la personnalité morale et représentent juridiquement les membres partenaires pour l'ensemble des missions pour lesquels ils ont été créés : le syndicat interhospitalier (SIH), le groupement d'intérêt économique (GIE), le groupement d'intérêt public (GIP) et le groupement de coopération sanitaire (GCS).

³ Art. L. 6134-1 et L. 6134-2 du CSP

⁴ Art. L.6316-1 du CSP

⁵ Art. L.6321-1 et L. 6321-2 du CSP

Le syndicat interhospitalier⁶ (SIH), créé par la loi du 30 décembre 1970, permet de réunir plusieurs établissements publics de santé ou privés PSPH. La création d'un nouveau SIH n'est plus autorisée depuis le 1^{er} janvier 2005. La loi du 21 juillet 2009 précise que les SIH disposent d'un délai de trois ans pour changer de statut et opter entre le GCS et la CHT.

La loi du 31 juillet 1991 précise que les établissements de santé peuvent participer à un groupement d'intérêt économique (GIE) ou à un groupement d'intérêt public (GIP). Le GIE⁷ est une personne morale de droit privé et à but non lucratif dont l'objet est de favoriser l'activité économique de ses membres en permettant un regroupement de moyens. Les établissements y ont notamment recours pour l'exploitation commune d'un équipement lourd, mais le principe de solidarité entre les membres a constitué un frein à son utilisation.

Le GIP⁸ est une personne morale de droit public dont l'application dans le domaine de la santé, entre établissements publics mais aussi avec des partenaires privés, a connue un certain succès dans les fonctions transversales et support. Son principal défaut, du point de vue du partenaire privé, est d'être de droit public et d'offrir nécessairement la majorité des droits de vote au partenaire public.

L'outil devenu central dans les coopérations hospitalières et qui permet la plus forte intégration est le GCS⁹. Créé par l'ordonnance du 24 avril 1996 dans l'optique de favoriser les coopérations entre établissements publics et privés, le champ d'application du GCS a été progressivement élargi. La loi lui a reconnu l'ensemble des attributs d'un établissement de santé sans pour autant lui attribuer cette qualité d'établissement de santé¹⁰. Les GCS peuvent en effet être titulaires d'autorisations d'activités et d'équipements. Le recours au GCS a aussi été étendu aux professionnels libéraux et établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux¹¹.

Le GCS est un cadre qui peut être adapté pour l'exploitation d'équipements lourds. Les modalités de participation des membres aux charges d'exploitation du groupement sont définies annuellement dans le cadre du budget et décrites dans le règlement intérieur. Ces participations sont fournies soit en numéraire, sous forme de contributions financières

⁶ Art. L.6134-1 du CSP

⁷ Art. L.6134-1 du CSP

⁸ Art. L.6134-1 du CSP

⁹ Art. L.6133-1 à L. 6133-9 du CSP

¹⁰ La loi du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle et la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

¹¹ Ordonnance du 4 septembre 2003

aux recettes du budget, soit en nature, sous forme de mise à disposition de locaux ou de matériels ou par l'intervention de professionnels. Le personnel peut également être directement recruté par le GCS. D'un simple outil d'exploitation commune d'un plateau technique ou équipement lourd, le GCS a cependant vu ses objets se diversifier.

La loi du 21 juillet 2009 (article 23) précise les trois formes juridiques possibles du GCS : le GCS de moyens, le GCS support juridique d'un réseau de santé et le GCS établissement de santé. Selon la rédaction de la loi, tous les GCS autorisés à ce jour à exercer en leur nom au moins une activité de soins est qualifié d'établissement de santé. Pour les GCS établissements de santé de droit public, la nouvelle structure de gouvernance des établissements publics de santé s'applique. Un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) sera négocié avec l'Agence Régionale de Santé (ARS). Le GCS facturera directement ses actes à l'assurance maladie. Cette qualification entraîne donc des conséquences importantes.

1.2. Les recompositions hospitalières en France : des restructurations du secteur privé à la « stratégie de groupe public »

Un panorama des recompositions hospitalières en France dresse un état des lieux différenciés des recompositions sanitaires entre le secteur public et le secteur privé (1.2.1.) Le secteur privé notamment lucratif a connu de profondes mutations depuis les années 1980 avec la constitution de groupes de cliniques privées et de nombreuses opérations de restructuration (1.2.2.). Le secteur public, plus réticent aux recompositions hospitalières et privilégiant la coopération, est aujourd'hui fortement incité à se réorganiser face au secteur privé (1.2.3.).

1.2.1. Panorama des recompositions hospitalières en France

Une étude récente montre que les recompositions hospitalières ont été nombreuses de 1995 à 2005, touchant 60 % des établissements de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), mais d'une grande hétérogénéité¹². Les établissements privés lucratifs ont été concernés par la majorité des opérations (51 %), principalement des fermetures ou regroupements de petits établissements. Les établissements privés non lucratif (14 %) et publics (34 %) ont davantage été concernés par des opérations de reconversion.

¹² « Dix ans de recompositions hospitalières en France », *La Nouvelle fabrique des territoires*, Dexia Crédit Local, janvier 2009, 16 p.

Ce constat amène à l'enseignement que l'étude des modèles économiques des restructurations du secteur privé, dont la stratégie est essentiellement basée sur les fusions et fermetures d'établissements ou de services, trouve une limite certaine dans le cadre d'une application au secteur hospitalier public.

Le rôle des coopérations sanitaires est donc marginal dans l'ensemble des recompositions hospitalières et concerne plus spécifiquement le secteur public. Selon les études de la DRESS, cette tendance s'observe également sur la période 2003-2007 (tableau n°1).

Tableau n°1 : Evolution de l'activité des établissements de santé de 2003 à 2007 (%)

	Ensemble	Public	Privé lucratif	Privé lucratif
Transfert d'activité	21,3	21,0	27,7	19,5
Suppression d'activité	10,7	9,9	17,6	9,2
Fusion totale ou partielle	17,6	11,1	17,3	23,9
Développement d'activité ambulatoire	71,4	61,6	69,4	81,6
Développement d'activités transversales	83,3	93,2	88,4	72,1
Elargissement à d'autres activités	51,5	50,7	48,3	53,5

Source : Enquête statistique publique COI-H 2007, DREES, CEE

Pour le Professeur Vigneron, responsable de l'étude précitée, les recompositions du secteur privé ont été « offensives, stratégiques et partenariales », caractérisées par un objectif de rationalisation et de rentabilité, tandis que celles du secteur public ont été « moins nombreuses, plus contraintes, plus lentes et plus individuelles ». Les recompositions des établissements privés commerciaux ont ainsi renforcé leur positionnement, tandis que celles du secteur public n'ont pas permis d'inverser la tendance à la réduction des capacités d'hospitalisation.

Les études de la DRESS montrent toutefois que les évolutions récentes des coopérations inter-hospitalières apparaissent très rapides (tableau n°2). En 2007, 71,7 % des établissements publics de santé appartiennent à une structure de coopération contre 50,2 % en 2003. Les établissements privés à but non lucratif sont 54,2 % contre 27,5 % en 2003 et les établissements privés à but lucratif sont 41,1 % contre 21,1 %.

Tableau n°2 : Réseaux de santé et structures de coopération en fonction des catégories d'établissements de santé en 2003 et 2007 (%)

Etablissements de santé appartenant à...	2007				2003			
	Ensemble	Public	Privé à but non lucratif	Privé à but lucratif	Ensemble	Public	Privé à but non lucratif	Privé à but lucratif
une structure de coopération	55,8	71,7	54,2	41,1	34,4	50,2	27,5	21,5
un réseau de santé avec d'autres établissements	83,7	88,4	83,8	79,1	61,4	73,5	57,9	51,1
un réseau de santé ville-hôpital	46,9	59,5	53,7	32,5	26,8	39,6	27,2	14,3
des partenariats pour HAD, SIAD	60,8	65,9	73,3	51,7	31,6	35,8	48,8	22,0

Source : Enquête statistique publique COI-H 2007, DREES, CEE

1.2.2. Les profondes restructurations du secteur hospitalier privé

Le secteur hospitalier privé à but lucratif sera principalement étudié en raison de son développement offensif mené depuis les années 1980.

L'architecture traditionnelle de la clinique privée repose sur un assemblage, parfois complexe et évolutif, toujours singulier et local, d'une société d'exploitation, le plus souvent société anonyme, et d'une société civile immobilière (SCI). A côté de la société d'exploitation et de la société civile immobilière peuvent s'ajouter des sociétés civiles professionnelles, des sociétés civiles de moyens, et autres sociétés d'exercice libéral aux intérêts divergents, parfois contradictoires.

Les figures du client sont multiformes. Si l'on considère la société d'exploitation, le client de celle-ci est le patient, qui est aussi le client du médecin exerçant dans l'établissement. Les médecins libéraux sont aussi des clients de la clinique par le biais des flux de redevance versés à la société d'exploitation ou à la société immobilière. Le client de cette dernière est également la société d'exploitation qui lui verse un loyer.

La clinique apparaît donc comme une « structure transactionnelle » (Williamson, 1975) et un véritable « nœud de contrats » passés autour d'un plateau technique. Cette approche, qui s'inscrit dans le cadre de la théorie de l'agence, fait ressortir toute la difficulté de la

coordination des intervenants due à l'asymétrie de l'information (Akerlof, 1971). La restructuration se conçoit comme la recherche de l'adéquation et de la convergence entre les intérêts de la clinique et ceux des entreprises qui gravitent autour. Dans ce contexte, le contrat de travail du médecin est un outil fondamental de la stratégie des groupes de cliniques privées. Les cliniques se sont donc lancées dans une politique du « mieux disant » dans la rémunération du personnel médical.

Le départ à la retraite des fondateurs des cliniques s'est traduit par un éclatement et une dilution des capitaux. La dissociation du capital et du travail a facilité les transactions financières et accéléré les opérations de cession/acquisition (Claveranne, Pascal, Piovesan, 2005). Le groupe *Générale de Santé* a ainsi été cédée trois fois depuis les années 1990. Les rachats par des investisseurs étrangers se traduisent notamment par des fermetures de sites et des cessions d'activités jugées non rentables, qui s'inscrivent dans une logique de « vente par appartements ».

Les grands groupes nationaux devraient à l'avenir consolider leur part de marché des groupes d'envergure locale qui ont peut-être atteint leur taille critique. Le groupe *Vitalia*, a ainsi acquis plus de quarante-cinq établissements de santé MCO depuis son entrée sur le marché français en 2007. L'hypothèse qui sous-tend le modèle économique des grands groupes repose sur l'idée qu'il existe des effets de seuil que seuls pourront franchir les structures les plus rentables et d'une taille suffisante (Richardson, 1972).

Dans le secteur hospitalier, le concept de groupe a longtemps reposé sur des liaisons personnelles qui créaient des ententes informelles par le biais des prises de participations croisées dans des établissements privés. Aujourd'hui, le groupe de cliniques privées repose sur des fondements juridiques formels. Les traits typiques sont les suivants :

- une standardisation des prestations annexes aux soins, mais aussi de certains processus clé (qualité, certification, hygiène, maintenance),
- une mise en cohérence des plans stratégiques sur des bassins de santé avec développement des complémentarités inter-établissements et une tentative de maîtrise des ressources à forte valeur ajoutée, notamment médicales,
- un développement de la fonction management et du contrôle de gestion,
- une tentative de mise sous contrôle de l'activité médicale, avec un plafonnement des dépassements d'honoraires des chirurgiens.

Les politiques ambitieuses de croissance externe affichées par la plupart de ces groupes ne doivent cependant pas occulter les incertitudes structurelles et conjoncturelles qui pèsent sur le devenir du marché hospitalier. Les investisseurs continuent à miser sur des

opportunités de croissance, des économies d'échelle à réaliser, la place de plus en plus grande des cliniques privées dans la réalisation des missions de service public, les conséquences du vieillissement de la population et la solvabilité de la demande. Pourtant, la solidité financière des groupes engagés dans des politiques de croissance externe intensives est problématique. On ne peut exclure l'hypothèse que le dépôt de bilan d'une clinique n'entraîne par un effet de dominos la chute de l'ensemble du groupe.

L'expansion du secteur privé donne des signes d'essoufflement. Pour la première fois depuis les années 1980, se dégage une tendance à la reconquête de parts de marché du secteur public, notamment en chirurgie, due en partie aux dépassements d'honoraires et au forfait hospitalier pratiqués dans les cliniques. Cette tendance doit être saisie comme une opportunité pour le secteur public.

1.2.3. Un secteur public incité à s'engager dans une stratégie de « groupes hospitaliers »

Face aux restructurations du secteur sanitaire privé à but lucratif et la concurrence exercées par celui-ci, il est nécessaire que le secteur public se réorganise. La problématique de la restructuration ne se pose pas de la même manière que dans le secteur privé. Ce n'est pas la rentabilité d'une opération qui décide des restructurations mais la qualité du service public, notion bien plus imperceptible et subjective que celle de rentabilité.

Les dernières années ont montré une évolution assez rapide de la mise en place de coopérations hospitalières entre établissements publics¹³. Déjà, l'enquête menée en 2004 par la Conférence Nationale des Présidents de CME de Centre Hospitalier faisait un bilan à contre-courant des restructurations hospitalières publiques (*op. citée*). L'enquête avait recensé 106 opérations de restructuration avec une proportion sensiblement équivalente d'opérations public-public et public-privé. Ces opérations ont impliqué directement ou indirectement au moins 30 % des centres hospitaliers généraux. Elles ont entraîné une recomposition majeure du paysage hospitalier public : dans 40 % des cas, elles ont abouti à une fusion d'établissements et dans plus de 50 % à la diminution du nombre de sites hospitaliers.

Si les opérations de réduction du nombre de sites sont les plus difficiles à mener vis-à-vis du corps médical, les restructurations sont perçues a posteriori par le corps médical

comme un processus long, difficile mais nécessaire. Il n'y a pas de différence significative selon qu'il s'agit d'une coopération ou d'une fusion. La perte par un établissement d'une activité « vitrine », comme la chirurgie, n'est pas un facteur discriminant si elle se traduit par l'amélioration de la permanence des soins et l'amélioration du service médical rendu. Les restructurations permettent souvent d'éviter la fermeture d'un établissement (50 % des cas), alors qu'elles n'entraînent la fermeture d'un établissement que rarement (4 % des cas). Globalement, les facteurs de réussite les plus couramment cités sont la volonté et l'implication locale et l'association des médecins dès le début des projets. Les facteurs d'échec sont la contrainte par les tutelles, la lenteur des projets dits « en cours » et l'absence de projet médical commun.

Face à ce constat, la *Fédération Hospitalière de France* (FHF) a tenté d'impulser une dynamique de groupe grâce à une communication soutenue et constante autour de la « stratégie de groupe public ». La FHF remplit sa mission de défense des intérêts des établissements membres. Elle s'adresse pour ce faire au pouvoir national, en l'invitant à adapter le cadre législatif, mais également, ce qui est plus singulier, aux établissements membres eux-mêmes qui sont invités à revoir leurs relations avec les établissements publics de santé alentours.

La proposition de créer des communautés hospitalières de territoire (CHT), reprise par le rapport de la commission présidée par le sénateur Gérard LARCHER, a trouvé une traduction législative récente dans l'article 22 de la loi du 21 juillet 2009¹⁴ selon lequel « des établissements publics de santé peuvent conclure une convention de communauté hospitalière de territoire afin de mettre en œuvre une stratégie commune et de gérer en commun certaines fonctions et activités grâce à des délégations ou transferts de compétences entre les établissements et grâce à la télémédecine ».

La convention constitutive de la CHT, approuvée par les directeurs des établissements et par le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS), définit :

- le projet médical commun et les compétences et activités déléguées ou transférées entre les établissements,
- les modalités de mise en cohérence des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), des projets d'établissement (PE), des plans pluriannuels d'investissement (PPI) des établissements,

¹³ Voir études de la DREES (*op. cité*)

¹⁴ Art. L.6132-1 à L. 6133-9 du CSP

- les modalités de coopération entre les établissements en matière de gestion et les modalités de mise en commun des ressources humaines et des systèmes d'information hospitaliers,
- la composition du conseil de surveillance, du directoire et des organes représentatifs du personnel de l'établissement siège de la CHT, qui comprennent chacun des représentants des établissements partie à la convention,
- les modalités d'établissement des comptes combinés.

La désignation de l'établissement siège de la CHT est approuvée par les deux tiers au moins des conseils de surveillance des établissements représentant au moins les trois quarts des produits versés par l'assurance maladie au titre de l'activité de MCO.

Restent maintenant à adopter les décrets d'application et à mettre en œuvre les réformes, qui s'inscriront nécessairement dans un processus long, si on en croit l'expérience de la réforme de l'intercommunalité en France. Un projet de communauté hospitalière peut toutefois trouver dès aujourd'hui un début d'application par le moyen de cadres provisoires comme le GCS. Tel est le cas de la très médiatisée « communauté hospitalière de l'ouest de l'Oise » (CH2O), sous l'impulsion du centre hospitalier de Beauvais avec ceux de Clermont et de Chaumont-en-Vexin, des hôpitaux locaux, un centre de rééducation fonctionnelle, un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) et un la blanchisserie inter-hospitalière. Cette initiative fédère de nombreux projets, qui ont ainsi trouvé un nouveau souffle, notamment en chirurgie, dans le domaine des urgences, de la gynécologie et des soins de suite.

Si l'exemple de la constitution de la « CH2O » illustre l'importance de la volonté politique et institutionnelle couplée à un projet médical partagé entre plusieurs établissements, l'adoption de modèles économiques incitatifs peut permettre de dynamiser une stratégie de groupe hospitalier.

DEUXIEME PARTIE : PRESENTATION DU « LABORATOIRE DES COOPERATIONS », LE GROUPEMENT DES HOPITAUX DU SERVICE PUBLIC DU SUD DE LA METROPOLE LILLOISE

Dans le cadre d'une métropole lilloise fortement marquée par les restructurations du secteur hospitalier privé, et en marge de la démarche de regroupement des hôpitaux publics de la métropole récemment engagée (2.1.), le CHRU de Lille et le CH de Seclin associés au « Centre Régional de Référence en Cancérologie » ont mis en place un GCS dit « des Hôpitaux du Service Public du Sud de la Métropole lilloise » (HPSM) qui a l'ambition d'être un « laboratoire des coopérations » en raison de la diversité de ses projets de rapprochement entre les établissements publics (2.2.) ainsi que de l'originalité de son modèle économique conçu pour inciter au développement des coopérations (2.3.).

2.1. La métropole lilloise, théâtre de nombreuses manœuvres hospitalières

La métropole lilloise présente une importante offre hospitalière des secteurs privé lucratif (1.3.1.) et privé participant au service public hospitalier (1.3.2.) face auxquels le secteur public cherche à se réorganiser (1.3.3.).

2.1.1. La constitution de groupes de cliniques privées offensifs

Le secteur privé lucratif est constitué notamment de deux groupes privés importants constitués à la suite de stratégies de développement très différentes : le groupe *Hôpitaux Privés de la Métropole*, qui est le fruit d'une stratégie de développement conjoint d'établissements indépendants, et le groupe *Générale de Santé*, implanté sur la métropole par le moyen d'opérations d'acquisition d'envergure.

➤ *Le groupe Hôpitaux Privés de la Métropole*

Le groupe *Hôpitaux Privés de la Métropole* (HPM) est issu de la fusion en 2007 de trois groupes indépendants de cliniques privées de la métropole lilloise :

- le groupe *Lille Sud* constitué dans les années 1990 autour de la clinique *Lille Sud* (Lesquin) dont l'activité-phare est « SOS Main » développée avec le CHRU,
- le groupe *Bois*, avec la polyclinique du Bois (Lille) et de la clinique de Lambersart, qui possède un important plateau technique,

- la clinique du Croisé-Laroche (Marcq-en-Baroeul).

Le groupe représente plus de 450 praticiens, près de 3 000 salariés et autour de 120 000 hospitalisations par an. Cela en fait le plus important groupe de cliniques privées de la métropole. Le groupe rencontre cependant depuis sa naissance des problèmes de gouvernance qui ont constitué un frein à tout projet de restructuration et qui a provoqué un repli stratégique de chacun des anciens groupes.

La constitution du groupe a été actée à un niveau institutionnel. Le corps médical a peu été associé. La constitution d'un groupe sur des logiques financières à partir de cliniques privées anciennement concurrentes a provoqué dans un premier temps un regain d'activité des cliniques dans un esprit de défiance. A l'heure actuelle, tout projet de restructuration des plateaux techniques a échoué.

Les facteurs de blocage peuvent être expliqués par la marge d'autonomie des établissements, maintenue au sein d'un groupe qui fonctionne plus comme un conglomérat que comme un groupe : une autonomie financière et juridique, chaque établissement étant doté de la personnalité morale et s'engageant avec l'ARH dans un CPOM. La problématique est donc assez proche de celle des établissements publics engagés dans une stratégie de groupe. L'absence d'adoption d'un modèle économique incitatif n'a pas empêché les cliniques privées de se rapprocher mais a dissuadé tout projet de restructuration.

➤ . *Le groupe Générale de Santé*

La clinique du Parc (Croix) et la clinique de Bois-Bernard (Bois-Bernard) appartiennent au groupe *Générale de Santé* depuis sa fondation en 1987 et ont été le point de départ du développement du groupe dans les départements du Nord (Lille, Douai), et du Pas-de-Calais (Arras). Le groupe *Générale de Santé* a en effet poursuivi une stratégie de développement par concentration. A été acquise en 2007 la clinique de la Louvière (Lille) plus important établissement de santé privé de la métropole lilloise.

A côté du critère géographique, les logiques de développement du groupe ont été basées sur la recherche de complémentarités entre établissements. Celles-ci ont permis des restructurations comme la fermeture de la radiothérapie de la clinique du Parc et la réorientation de la file active de patients sur l'activité de la clinique de la Louvière. La clinique du Parc s'est ainsi spécialisée sur des activités de médecine, de chirurgie notamment ambulatoire, de maternité et de chimiothérapie. Elle a échangé ses lits de

soins de suite avec, d'une part, l'autorisation des lits de maternité d'un établissement resté indépendant, la clinique Coteel (Villeneuve-d'Ascq), et d'autre part, les lits de médecine de la clinique Saint-Jean (Roubaix). La clinique du Parc devrait prochainement être transférée à Villeneuve-d'Ascq.

Ces restructurations ont été facilitées par le fait que la propriété est indépendante du corps médical. La totalité des parts de propriété des cliniques ont été rachetées par le groupe *Générale de Santé*. Les médecins interviennent à titre libéral au moyen d'une redevance. L'opportunité ouverte par ce statut libéral du praticien ne doit toutefois pas masquer le coût élevé qu'a représenté le paiement des exclusivités.

2.1.2. Un important secteur hospitalier privé participant au service public hospitalier

Le secteur privé participant au service public hospitalier (PSPH) sur la métropole lilloise comporte deux établissements qui tiennent un rôle singulier : le *Groupe Hospitalier de l'Institut Catholique de Lille* (GHICL), a caractère hospitalo-universitaire, et le Centre de Lutte contre le Cancer (CLCC) *Oscar Lambret*, partenaire privilégié du CHRU.

➤ *le Groupe Hospitalier de l'Institut Catholique de Lille*

Le GHICL est un établissement privé PSPH unique en son genre puisqu'il est lié à la faculté libre de médecine de l'Institut Catholique de Lille et forme chaque année près de trois cent médecins. Le GHICL est présent sur la métropole lilloise sur deux sites : l'hôpital Saint-Philibert (Lomme) et l'hôpital Saint-Vincent (Lille), reconstruit intégralement en 2002 à l'issue du regroupement sur le même site de trois hôpitaux.

L'hôpital Saint-Vincent est un hôpital de proximité qui dispose d'un service d'accueil des urgences et d'une maternité. Situé sur le boulevard périphérique sud de Lille, il s'agit d'un concurrent direct du CHRU. L'hôpital Saint-Philibert dispose d'un plateau technique important comportant une IRM et deux scanners ainsi que de services de réanimation, de chirurgie notamment neuro-vasculaire et cardiaque. Il s'agit de l'établissement de référence du secteur « Flandres Lys ». C'est donc un filtre entre les centres hospitaliers d'Armentières, Hazebrouck et Bailleul et le CHRU de Lille.

Par ailleurs, le GHICL consolide sa filière universitaire par un partenariat avec l'hôpital de Mons, lié à la Faculté Catholique de Médecine de Mons.

➤ *le Centre de Lutte contre le Cancer Oscar Lambret*

Le CLCC *Oscar Lambret* est présent sur le site du CHRU et s'est tôt engagé dans un partenariat avec l'établissement public. La coopération avait été engagée dès 1999 avec la création d'un « Centre Régional de Référence en Cancérologie » (CRRC).

C'est au sein du comité de pilotage du CRRC que les établissements ont commencé à travailler sur la mise en œuvre de projets communs (tomographie d'émission de positons, tumorotèque, oncogénétique, etc.) s'inscrivant dans une dynamique de mise en cohérence de leurs stratégies médicales et d'organisation commune de leurs plateaux techniques. Les deux établissements ont adopté le cadre du GCS en 2005, répondant ainsi au « Plan de mobilisation nationale contre le cancer ».

Huit thématiques ont été identifiées comme prioritaires par la conférence médicale du groupement : le développement de l'onco-gériatrie, la mise en place d'une chirurgie robotisée mini-invasive, l'amélioration de la prise en charge des métastases osseuses, l'amélioration du traitement des sarcomes, le renfort de la génétique moléculaire somatique, l'amélioration de la détection des tumeurs, l'analyse des données d'activité régionales et l'information médicale partagée.

2.1.3. L'initiation d'une démarche de groupe des hôpitaux publics de la métropole

Le CHRU de Lille s'est efforcé depuis plusieurs années d'être moteur d'une démarche de réorganisation de l'hospitalisation publique qui vise essentiellement à consolider l'offre de soin publique face à la stratégie de réorganisation des deux principaux groupes privés présents sur la métropole lilloise.

Une réflexion commune, à laquelle a participé le CHRU, a été engagée en vue d'établir un projet d'organisation intégrée de l'hospitalisation publique sur le territoire de santé « Métropole ». Un courrier adressé en février 2008 à cinq chefs d'établissement de la métropole par le directeur de l'ARH, leur demandant d'engager ensemble « *une démarche visant à faire émerger un dispositif mutualisé entre les principaux centres hospitaliers publics de la métropole* », a été saisi comme une opportunité.

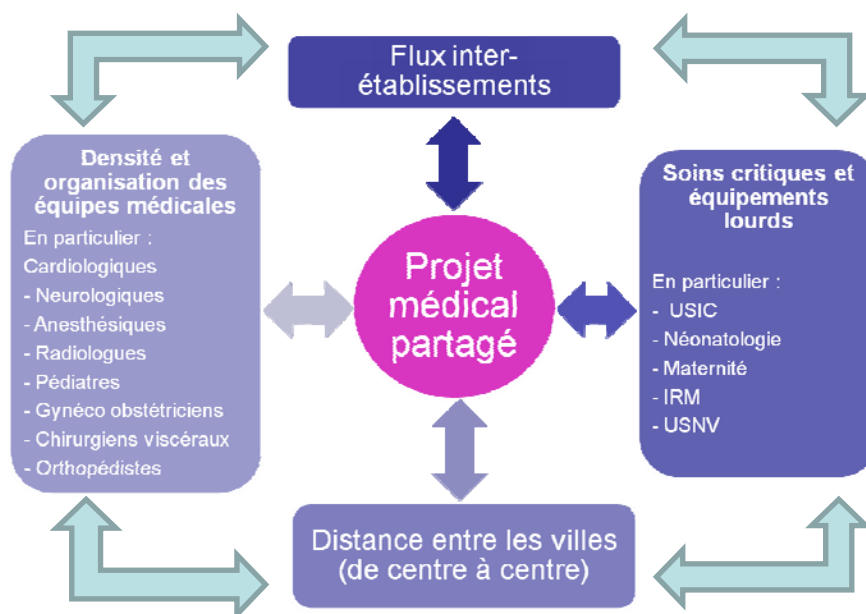
Les sept chefs d'établissement de la métropole réunis dans le groupe « G7 » entendent dépasser la simple réorganisation de la permanence hospitalière des soins sur la métropole, identifiée comme prioritaire dans le courrier du directeur de l'ARH, et

envisagent une recomposition globale de leurs activités. Les objectifs de ce projet ont été formalisés de la manière suivante :

- « réorganisation de la permanence des soins en chirurgie et en imagerie sur le territoire métropole ;
- « recomposition de l'offre de chirurgie et d'imagerie sur le territoire métropole entre les différents sites : activité programmée, activité ambulatoire, désignation des sites de référence et requalification éventuelle des autres sites, mise en place de nouvelles filières, etc ;
- « redéfinition en conséquence de l'offre de soins sur les activités médicales, dans une optique de reconversion de certains sites ;
- « mutualisation des activités médico-technique (biologie, pharmacie, stérilisation), logistiques (cuisine, blanchisserie), techniques et administratives (gestion des ressources humaines, qualité,...) ;
- « enjeux au regard de l'objectif d'équilibre financier de chaque établissement. »

La FHF du Nord-Pas-de-Calais a proposé aux établissements publics de la région un accompagnement, avec le soutien d'un cabinet de conseil, le *Groupe Montaigne*. Selon elle, la combinaison de plusieurs facteurs à un projet médical partagé peut être favorable à la création d'une CHT : les flux inter-hospitaliers, les distances moyennes entre villes, les complémentarités entre plateaux techniques et l'organisation des équipes médicales (cf. schéma n°1).

Schéma n°1 : Les facteurs de composition d'une CHT



Source : FHF / Groupe Montaigne

En partant de ces facteurs de composition des communautés hospitalières de territoire et en analysant les données PMSI 2007 ainsi que le schéma régional de l'organisation sanitaire de troisième génération (SROS III), la FHF et le *Groupe Montaigne* ont proposé huit CHT sur la région. Le territoire « Métropole » y est notamment coupé en trois parties : le sud de la métropole lilloise, le nord de la métropole et, enfin, l'ouest couplé au territoire « Flandre-Lys ». Le groupe « G7 » a apporté une réponse à ces propositions. La stratégie de groupe hospitalier sur la métropole lilloise s'orienterait donc vers la création de trois communautés hospitalières de territoire, conformément aux recommandations de la FHF. Seul le CH de Douai n'a pas souhaité se joindre à la démarche.

A l'heure actuelle, le projet le plus avancé est celui sur le sud de la métropole entre le CHRU de Lille et le CH de Seclin qui, sans attendre les recommandations des partenaires publics, ont créé avec le CRRC un GCS nommé « Hôpitaux du Service Public du Sud de la Métropole lilloise » (HPSM) qui a l'ambition de servir de « laboratoire des coopérations ».

2.2. Les hôpitaux du service public du sud de la métropole lilloise, un « laboratoire des coopérations »

Le CHRU de Lille et le CH de Seclin (2.2.1.) ont mené avec l'association du CLCC un projet de regroupement répondant à un besoin de santé public réel sur le sud de la métropole lilloise (2.2.2.) visant à un rapprochement sur un large champ d'activités (2.2.3.).

2.2.1. Présentation du CHRU de Lille et du CH de Seclin

Le CHRU de Lille et le CH de Seclin sont proches géographiquement, séparés par seulement 10 km. Le CHRU de Lille est centre régional de recours dans la région Nord-Pas-de-Calais et est un des plus importants établissements de santé en France. Il possède près de 3000 lits, emploie près de 13 000 agents et dispose d'un budget de fonctionnement consolidé de plus de 930 millions d'euros de recettes d'exploitation. Le CH de Seclin est un établissement qui présente une offre de proximité en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) sur le sud de la métropole lilloise et jusqu'au versant nord de l'Artois (Carvin).

Le tableau suivant montre le positionnement des deux établissements publics sur leur bassin hospitalier respectif. Si le CHRU de Lille a une forte attractivité (40 %) en raison de son statut d'établissement de recours régional, le CH de Seclin a une attractivité non négligeable (27 %) expliquée par l'absence de centres hospitaliers généraux entre le CH de Seclin et celui de Lens et la faiblesse de l'offre privée. Le CHRU détient une part d'activité (25 %) sur son bassin hospitalier quasi équivalente à celle du CH de Seclin (26 %). L'explication tient, pour le premier, à l'importance de la concurrence privée sur la métropole, pour le second, au taux de fuite des patients (74%), essentiellement vers le CHRU ou des cliniques privées de Lille.

Tableau n°3 : Positionnement du CHRU de Lille et du CH de Seclin sur leur bassin hospitalier		
	CHRU de Lille	CH de Seclin
Nombre total de séjours de l'établissement	128 286	15 896
Population du bassin hospitalier	1 150 000	167 000
Attractivité des établissements	40 %	27 %
Part d'activité de l'établissement sur le bassin	25 %	26 %
Taux de fuite du bassin hospitalier	24 %	74 %

Source :

Le CHRU de Lille a suivi dans les années passées une stratégie de croissance interne et externe dans le cadre de son plan de retour à l'équilibre financier (CREF). Cette stratégie, qui porte aujourd'hui ses fruits, l'a amené à consolider son positionnement sur les secteurs MCO, à s'implanter dans l'alternative à l'hospitalisation et à consolider ses partenariats de santé avec des établissements de santé publics et privés de la région et des réseaux de santé.

Le CH de Seclin a des services de médecine bien implantés, notamment en néphrologie, pneumologie, gastroentérologie, cardiologie et neurologie. Il possède une maternité importante et aspire à obtenir une reconnaissance du niveau 2A pour son service de néonatalogie. Le CH de Seclin a toutefois rencontré dans les années passées des difficultés à maintenir ses activités chirurgicales sur un plateau technique chirurgical pourtant neuf, en raison des difficultés régionales de démographie médicale. Ce problème l'a porté à se tourner vers le CHRU de Lille et a posé les bases du projet de groupement de coopération sanitaire.

2.2.2. La mise en place du Groupement de Coopération Sanitaire des « Hôpitaux du Service Public du Sud de la Métropole Lilloise »

Avant la formalisation d'une stratégie de groupe public sur la métropole (*cf. supra*), la coopération entre le CHRU de Lille et le CH de Seclin avait été formalisée au travers de la convention-cadre du 21 décembre 2007. Le partenariat visait à promouvoir, améliorer ou développer l'activité des deux établissements. Cet objectif de partenariat a été formalisé dans l'orientation stratégique n°4, visant à « Contribuer à l'élaboration d'une stratégie de groupe avec les hôpitaux publics de la métropole », de l'avenant au CPOM signé entre l'ARH du Nord-Pas-de-Calais et le CHRU de Lille le 17 janvier 2008.

Le CHRU de Lille et le CH de Seclin ont souhaité approfondir leur partenariat en créant le GCS « HPSM ». Afin d'accompagner le développement de projets communs en cancérologie entre les hôpitaux publics du Sud de la métropole lilloise, le CRRC a été invité à se joindre à la démarche de groupe et à être membre à part entière du groupement « HPSM ». La convention constitutive du GCS a été arrêtée par le directeur de l'ARH le 2 mars 2009.

Le groupement « HPSM » s'inscrit dans une logique de réorganisation de l'offre hospitalière sur le sud de la métropole lilloise en tenant compte des contraintes normatives, comme les seuils de cancérologie, et des perspectives d'évolution de la démographie médicale. La réorganisation des activités de chirurgie sur le sud de la métropole suivrait trois axes : le développement sur le site de Seclin de la chirurgie ambulatoire et programmée, le maintien d'une offre hospitalière de service public et la réponse à des besoins nouveaux ou insuffisamment pris en charge. C'est donc la mise en place de filières de prises en charge qui permettra d'établir un dispositif fiable et durable de permanence et de continuité des soins au CH de Seclin et sur le sud de la métropole lilloise.

2.2.3. Présentation générale des volets de coopération du GCS « HPSM »

Les projets menés dans le cadre du groupement « HPSM » apportent une réponse à trois problématiques : les enjeux de sécurité et de qualité de la prise en charge des malades, le maintien d'une offre publique de soins de proximité, et les enjeux de démographie médicale et de formation médicale.

➤ *Une réponse aux besoins de santé publics de la région Nord Pas-de-Calais*

La réponse aux besoins de santé publique dans la région concerne notamment la chirurgie plastique à visée reconstructrice avec la prise en charge des séquelles d'obésité, et les soins dentaires sous anesthésie générale pour les patients handicapés. Ces activités ont démarré en août 2008 avec l'appui des équipes médicales du CHU sur le site de l'hôpital de Seclin. Ces activités relèvent aujourd'hui d'une réelle logique de service public, puisque le secteur privé ne les prend pas en charge dans la région Nord - Pas-de-Calais.

Le GCS permet également, à travers une forte articulation entre les partenaires, d'offrir une meilleure prise en charge de certaines pathologies cancéreuses. A compter de novembre 2009, le GCS « HPSM » verra se mettre en place un pôle de cancérologie cutanée à Seclin, placé sous la coordination de la « Réunion de Concertation Pluridisciplinaire » du CHRU de Lille, avec la mise en place d'une consultation médico-chirurgicale et la réalisation des interventions sur le plateau technique de Seclin par les équipes lilloises.

Par ailleurs, dans le cadre des autorisations des activités de cancérologie, les établissements ont engagé une demande d'autorisation commune pour la cancérologie des voies aérodigestives supérieures (VADS), et le développement en aval d'un projet de réadaptation et rééducation fonctionnelle (RRF).

Les établissements partenaires s'engagent pour 2009 dans la mise en place d'une offre de soins innovante avec l'installation d'un urétéroscope laser sur le plateau technique de Seclin pour la prise en charge des tumeurs rénales par les équipes chirurgicales du CHRU et du CH de Seclin.

➤ *Une optimisation par la mutualisation des plateaux techniques*

Le CHRU de Lille et le CH de Seclin sont conscients de la nécessité d'une optimisation et d'une mutualisation de leurs plateaux techniques. Dans le cadre de la mise en place d'un « réseau des urgences », les urgences chirurgicales seront prises en charge, en période de permanence de soins, sur la base d'une organisation commune qui devrait être rendue opérationnelle à compter de janvier 2010 dans le cadre du calendrier établi avec le directeur de l'ARH.

A ce titre des projets de développement de la chirurgie programmée en chirurgie viscérale et en chirurgie orthopédique viendront compenser la diminution potentielle de la part de chirurgie d'urgence sur le site de Seclin. Les axes précis de ces collaborations sont encore à ce jour à l'étude avec les équipes chirurgicales. D'ores et déjà ces équipes s'engagent dans la mise en place d'équipes médicales communes permettant un maintien des compétences au niveau d'excellence universitaire en proximité d'une part, et la garantie de l'orientation des patients dans le cadre d'une filière hospitalo-universitaire.

Le groupement permet donc la mise en place de « filières de soins » offrant notamment un accès privilégié au plateau technique de recours du CHRU pour les malades du sud de la métropole lilloise. Un projet de mise en place d'une filière de cardiologie, en particulier pour les activités de cardiologie interventionnelle est en cours d'étude.

Concernant la biologie, les deux établissements travaillent au regroupement de leurs activités d'analyse biologique compte tenu des enjeux qui s'attachent à cette activité dans le secteur public (rapport Ballereau, 2008). Compte tenu de la réforme prochaine de la biologie, ils se sont mis d'accord sur l'objectif d'une mutualisation effective de cette activité pour 2011.

➤ *Une réponse concrète aux enjeux de démographie médicale et de formation*

Le GCS est enfin porteur, au-travers de ses différents volets, d'une stratégie locale et régionale de réponse aux enjeux de la démographie médicale et de formation. Deux disciplines « sensibles » sont ainsi intégrées en tant que telles dans le partenariat : l'anesthésie-réanimation et l'imagerie médicale.

Concrètement, un règlement intérieur spécifique à chacune de ces activités vient préciser les modalités de collaboration et d'appui entre les établissements, notamment dans le cadre de postes partagés dont certains sont d'ores et déjà mis en place depuis mai 2008 (en anesthésie-réanimation). Les radiologues du CHRU de Lille viendront également conforter la position de Seclin dans le cadre de l'installation d'une prochaine IRM à Seclin en venant occuper une partie des plages dédiées à l'hôpital (dossier de partenariat avec un groupement de radiologues libéraux).

Le partenariat est également un support privilégié dans la mise en place des « assistants spécialistes en CHU » (37 au CHRU de Lille) et qui vise, en renforçant le « post-internat », à favoriser le maintien des compétences médicales dans la région.

Ainsi, les projets développés en commun seront dans le cadre du GCS le support médical du dispositif d'assistants spécialistes pour venir en appui des axes prioritaires de la collaboration (chirurgie plastique, chirurgie maxillo-facial, dermatologie, chirurgie viscérale et chirurgie orthopédique), et ce à compter de novembre 2009.

2.3. Le modèle économique adopté pour les activités chirurgicales réalisées dans le cadre du GCS, une réponse circonstanciée à la problématique ?

Le GCS a l'ambition d'être un « laboratoire des coopérations » en raison notamment de l'originalité de son modèle économique adopté pour les activités de chirurgie plastique à visée reconstructrice, d'odontologie-stomatologie et chirurgie maxillo-faciale conçu pour être incitatif pour chacun des partenaires. Ce modèle, qui sera par la suite discuté, consiste en une égale répartition des recettes et charges marginales liées à la réalisation de l'activité (2.2.1.). Le gain marginal identique constaté par chacun des établissements illustre le caractère incitatif du modèle (2.2.2.).

2.2.1. Le principe du modèle : une répartition des charges et recettes marginales

Le modèle économique adopté pour les activités de chirurgie plastique à visée reconstructrice, d'odontologie-stomatologie et chirurgie maxillo-faciale consiste à répartir entre les deux établissements les charges et les recettes liées à l'activité réalisée dans le cadre de la coopération, à savoir les charges variables (titre 2, titre 3 et titre 4 pour l'amortissement de matériel médical spécifique) ainsi que les recettes d'activité.

Les charges de personnel médical et soignant préexistant à l'activité (titre 1), de logistique générale et médicale (titre 2 et titre 3) et de structure (titre 4) sont considérées comme des apports en nature de chacun des membres. Les charges éventuelles de personnel recruté pour le développement de l'activité (titre 1) et les charges de structures liées à un investissement réalisé pour le compte du GCS (titre 4) seront considérées comme des charges variables réparties entre les deux établissements pour moitié (cf. annexe n°3).

Avec ce modèle, le CH de Seclin, qui supporte plus de 85 % des charges liées à l'activité, voit sa participation réduite à 73 % après remboursement par le CHRU de la moitié des charges variables liées à l'activité.

2.2.2. Analyse du modèle : un gain marginal identique pour les deux établissements

Les activités de chirurgie plastique à visée reconstructrice, d'odontologie-stomatologie et chirurgie maxillo-faciale réalisées dans le cadre du GCS représentent 230 975 € de recettes prévisionnelles pour 2009 (cf. annexe n°4).

Le modèle économique adopté permet au CH de Seclin de rentabiliser son plateau technique en obtenant des recettes d'activité grâce à l'intervention des chirurgiens du CHRU. Ce dernier trouve également un intérêt financier puisqu'il obtient la moitié des recettes d'activité alors que les charges fixes (personnel non médical, plateau technique et charges de structures) sont essentiellement supportées par le CH de Seclin. Ce modèle est donc gagnant pour les deux établissements, donc économiquement incitatif.

Ce modèle raisonne à partir d'une situation considérée comme acquise. On considère en effet que les charges de personnel sont des fixes et que le personnel affecté à un bloc opératoire sous-exploité alourdit le déficit structurel de l'établissement.

On remarque à partir de ce constat que les charges totales supportées par l'établissement d'accueil, le CH de Seclin, sont nettement supérieures à celles de l'établissement partenaire, le CHRU. Outre la moitié des charges variables liées à l'activité qui sont refacturées par le CH de Seclin, les seules charges fixes supportées par le CHRU sont celles liées au personnel chirurgical. Le CH de Seclin supporte les charges liées au personnel anesthésiste, au personnel soignant ainsi que les charges de bloc opératoire et autres charges de structures. Au total, le CH de Seclin, établissement d'accueil, supporte près des trois quarts des charges (73,5 % dans les prévisions pour 2009) et ne perçoit que la moitié des recettes d'activité. L'équilibre pourrait être jugé perdant pour le CH de Seclin puisque l'activité en elle-même est déficitaire.

Ce modèle économique repose toutefois sur une approche « EPRD de projet », à savoir sur une mesure de l'impact marginal de la réalisation de l'activité sur le budget de l'établissement. Dans cette optique, les charges permettant la réalisation de l'activité sont essentiellement les charges de personnel et charges de structure liées à un plateau technique sous-exploité qui sont considérées comme des charges fixes, quelque soit le niveau de l'activité. La réalisation d'une activité permet de produire des recettes qui sont nettement supérieures aux charges variables liées à cette activité. L'approche « EPRD de projet » montre que la réalisation de l'activité est globalement bénéficiaire pour l'établissement. Si l'activité, considérée isolément, est déficitaire, la réalisation de celle-ci

permet à l'établissement de combler, en partie, son déficit structurel. La présentation de l'impact de la réalisation de l'activité du GCS sur les EPRD des deux établissements permet d'illustrer le propos.

Tableau n°4 : Consolidation dans l'EPRD du CH de Seclin de l'activité menée dans le cadre du GCS « HPSM »

	Dépenses	Recettes
T1		230 000
T2	30 000	
T3	26 000 + 115 000	30 000
T4	4 000	
Résultat		+ 85 000

Le schéma précédant retrace les charges et recettes marginales sur l'EPRD global du CH de Seclin liées à la réalisation prévisionnelle de l'activité pour 2010.

Les charges de personnel n'apparaissent donc pas ni les charges de structures autres que l'amortissement. Les charges variables, à hauteur de 60 000 €, sont réparties entre les titres 2 (30 000 €), titre 3 (26 000 €) et titre 4 (4 000 €). Au titre 3 apparaît également le montant de la moitié des recettes d'activité reversées au CHRU (115 000 €).

Sur la colonne de droite, les recettes d'activité apparaissent au titre 1 (230 000 €) et au titre 3 apparaît le montant remboursé par le CHRU correspondant à la moitié des charges variables (30 000 €). Au total, l'activité génère pour le CH de Seclin un gain net prévisionnel 85 000 €.

Tableau n°5 : Consolidation dans l'EPRD du CHRU de Lille de l'activité menée dans le cadre du GCS « HPSM »

	Dépenses	Recettes
T1		
T2	15 000	
T3	13 000	
T4	2 000	115 000
Résultat		+ 85 000

Concernant l'impact prévisionnel pour 2010 de la réalisation de l'activité sur l'EPRD du CHRU, les charges de titre 1, considérées comme fixes, non sont pas non plus retracées.

Apparaissent aux titres 2 (15 000 €), titre 3 (13 000 €) et titre 4 (2 000 €) la moitié des charges variables liées à la réalisation de l'activité et remboursées par le CHRU au CH de Seclin. Elles apparaissent aux recettes de titre 3 de l'EPRD de Seclin.

Dans la colonne de gauche, la moitié des recettes d'activité reversées par le CH de Seclin pour un montant de 115 000 € apparaissent au titre 3. Au total, la réalisation de l'activité génère un gain net de 85 000 € pour le CHRU.

Pour conclure, on constate que cette approche « EPRD de projet » permet aux établissements partenaires de réaliser un gain marginal strictement identique (85 000 €). La question est donc posée de savoir si ce modèle incitatif est transposable à d'autres projets de coopération.

TROISIEME PARTIE : UNE PROPOSITION DE MODELISATION ECONOMIQUE DES COOPERATIONS SANITAIRES

L'interrogation soulevée par la direction générale du CHRU de Lille portait sur la viabilité du modèle économique adopté pour les activités chirurgicales effectuées dans le cadre du GCS « HPSM », et plus généralement sur la consolidation des coopérations sanitaires dans l'EPRD du CHRU de Lille.

Le constat a rapidement été effectué d'une impossibilité de transposer le modèle adopté pour les activités chirurgicales à tous les autres projets menés dans le cadre du groupement « HPSM » a porté à réfléchir à des distinctions entre types de projets.

La réflexion permettant de dégager des types de projets a constitué un acquis important car il existe véritablement des tendances lourdes propres chaque famille de projets. L'autre base de la modélisation procède d'une réflexion sur la notion « d'intérêt à agir » et les perspectives d'intéressements spécifiques aux acteurs de la coopération. Le croisement de ces deux pistes permet de présenter une trame à un modèle économique global des coopérations sanitaires dont la pertinence et l'utilisation seront étudiées (3.1.).

En définitive, même si la trame esquissée est un outil intéressant pour « visualiser » les modèles économiques des coopérations sanitaires, il n'a pas semblé opportun de pousser la logique de modélisation au bout afin d'éviter les rigidités inhérentes à un modèle préconçu. La démarche retenue, plus « souple », présentera donc des principes illustrés afin d'aider à la construction d'un modèle économique adapté au projet et de le rendre attractif pour chacune des parties. Cette présentation se fondera essentiellement sur l'intéressement des acteurs spécifiques des coopérations sanitaires que sont les établissements, les pôles et les praticiens (3.2.).

3.1. Les deux axes de réflexion sur la modélisation économique des coopérations sanitaires

Ces deux axes de réflexion sont, d'une part, la distinction de typologies de projets (3.1.1.), et d'autre part, la distinction de dispositifs d'intéressements (3.1.2.). Le croisement de ces deux axes permet d'obtenir un modèle global des coopérations sanitaires dont la pertinence et l'utilité seront discutées (3.1.3.).

3.1.1. La distinction par types de projets de coopération

La construction d'une modélisation économique globale permettant de situer tout type de projet et de lui attribuer un modèle économique propre nécessite de prime abord une réflexion sur les typologies de projets. Celle-ci doit partir d'une analyse concrète de différents projets de coopération. Le groupement « HPSM », porteur de nombreux projets entre deux établissements publics, a servi de cadre d'analyse. C'est tout le sens que l'on donne à la notion de « laboratoire des coopérations ».

Il a été nécessaire dans un premier temps d'élaborer une méthode d'analyse des projets de coopération. Cette méthode est présentée dans le guide méthodologique ci-dessous.

Fiche n°1 : Méthode de présentation et d'analyse des projets de coopération

1) Description exhaustive du projet

L'étape initiale est la description exhaustive du projet réalisé ou en cours de réalisation.
→ Cette étape permet d'engager l'analyse méthodologique.

2) Description de la situation de départ

La description de la situation de départ permet de revenir aux fondements du projet afin de comprendre les raisons qui ont mené les acteurs à l'élaborer.
→ Sont donc étudiés la situation de départ de chacun des établissements sur le secteur concerné par le projet, leur positionnement concurrentiel, ainsi que le positionnement des deux établissements l'un par rapport à l'autre dans le projet engagé.

3) Détermination des objectifs de la coopération

Cette étape doit permettre d'appréhender avec clarté la finalité du projet visée par les promoteurs de la coopération.
→ Elle implique la description précise des quelques objectifs poursuivis par la réalisation du projet de coopération. Il ne s'agit pas de décrire les moyens de la réalisation du projet (humains, organisationnels, etc.), mais bien les objectifs finaux.

4) Identification de la stratégie poursuivie

L'identification de la stratégie poursuivie permettra de dresser une typologie de projets auxquels seront proposés les modèles économiques applicables.
→ Il s'agit donc d'une étape importante qui doit tirer un enseignement des étapes précédentes afin de parvenir, si possible, à caractériser le projet et in fine à le classer dans une catégorie de projets.

5) Présentation des charges et recettes

L'analyse des charges engagées et recettes produites par l'activité réalisée dans le cadre de la coopération a pour objectif de permettre la décision sur les apports des membres et le partage des charges ainsi que sur le partage de l'activité et des recettes.
→ Cette étape servira de base à l'élaboration du modèle économique.

Pour chaque volet de la coopération engagée dans le cadre du groupement « HPSM », une fiche d'analyse a été dressée. Celles-ci ont été annexées à ce présent mémoire.

A la lumière de l'analyse méthodologique effectuée, il est possible de proposer un classement des projets de coopération en types de projets. Cette typologie pourra être un élément facilitant la proposition pour chaque projet de coopération d'un modèle économique cohérent.

On part du constat selon lequel le soin hospitalier repose sur la rencontre entre trois « éléments » : un patient, une expertise médicale et un plateau technique avec le personnel qui y est rattaché.

De l'analyse méthodologique des projets menés dans le cadre du groupement « HPSM », se dégagent trois types de projets :

- les projets fondés sur la mutualisation d'un plateau technique grâce à l'intervention de chirurgiens en provenance d'établissements partenaires,
- les projets fondés sur la création d'une équipe médicale commune à plusieurs établissements,
- les projets fondés sur la structuration d'une filière de prise en charge du patient entre plusieurs établissements.

On remarque que chaque catégorie de projet se fonde sur la mise en commun d'un élément fondamental de la production de soin hospitalière : le patient, l'expertise médicale et la structure hospitalière. Ce croisement d'indices valide a posteriori la pertinence des catégories des coopérations issues de l'analyse méthodologique des projets poursuivis dans le cadre du groupement « HPSM ». Ces catégories seront donc considérées comme des types de projets pouvant servir de fondement à la tentative de modélisation économique des coopérations sanitaires.

On peut donc proposer la classification des projets menés dans le cadre du groupement « HPSM » en types de projets de la manière suivante :

- les coopérations fondées sur la mutualisation d'un plateau technique : chirurgie plastique à visée reconstructrice et cancérologie cutanée, odontologie-stomatologie et chirurgie maxillo-faciale, cancérologie des VADS (ORL) pour la partie chirurgicale, réorganisation de la permanence des soins en chirurgie, prise en charge en cancérologie urologique et chirurgie orthopédique programmée ;

- les coopérations fondées sur la structuration d'une filière de prise en charge du patient : réorganisation de la permanence des soins en chirurgie, cardiologie et oncologie des VADS (ORL) pour la partie des soins de suite ;
- les coopérations fondées sur l'organisation d'une équipe médicale commune : anesthésie-réanimation et imagerie médicale.

On remarque que deux projets importants, celui de la réorganisation de la permanence des soins en chirurgie ainsi que celui de la prise en charge de la oncologie des VADS (ORL), relèvent de deux types de projets. Ce constat implique la conception d'un modèle économique adapté, nécessairement plus élaboré.

Toutefois, cette distinction en typologies de projets correspond peu ou prou à une phase initiale de mise en œuvre d'une coopération étroite entre plusieurs établissements. L'intégration progressive des établissements se traduit par une convergence de ces types de projets. Finalement, un projet de mutualisation du plateau technique d'un établissement, qui apparaît rétrospectivement comme un projet « pionnier » ou « levier » de la coopération, aboutit à la structuration d'une filière de prise en charge avec l'établissement partenaire et la création d'équipes médicales inter-hospitalières.

3.1.2. La gouvernance hospitalière et la notion « d'intérêt à agir » des différents acteurs des coopérations

La conception d'un modèle économique global doit appréhender la complexité de l'organisation hospitalière, et plus largement les intérêts concurrents, parfois conflictuels, propres aux grandes organisations. La conciliation de ces intérêts est une clef de réussite d'un projet.

Le modèle du *Principal-Agent*, issu de la théorie des contrats (voir paragraphe 1.1.1.), apporte une explication par l'asymétrie de l'information à cet équilibre sous-optimal propre aux grandes organisations. En outre sont en jeu les motivations des agents, leurs capacités et leur attitude face au risque. Cette approche enseigne que l'accord entre les parties repose sur un contrat, proposé par le *Principal* à l'*Agent*, et par lequel la coordination des comportements est possible (Milgrom, Roberts, 1992). L'hypothèse de départ est que, si le résultat de l'action est parfaitement observable, la valeur du résultat fournit un indicateur parfait de l'effort. Ainsi, le fait de payer l'agent sur la base de cette valeur induit un niveau optimal d'effort de sa part. Si l'*Agent* est averse au risque, le contrat optimal doit lui permettre de recevoir un paiement fixe complété d'un bonus basé sur le résultat.

Le secteur sanitaire a servi de cadre privilégié pour l'application de la théorie du contrat, considérée comme centrale dans l'approche économique de la régulation des systèmes de santé (Gravelle, Smith, 2000 ; Rochaix, 1997) et plus particulièrement hospitaliers (Boadway R., Marchand M., Motohiro S., 1997). Cette approche fonde également les interrogations autour de la problématique de la performance et des incitations dans le secteur public, comme en témoigne le rapport au Conseil d'Analyse Economique sur ce thème (Bureau, Mougeot, 2007).

L'identification des responsabilités partagées dans la gouvernance d'un établissement hospitalier et dans la conduite des projets de coopération sanitaire est donc une étape nécessaire à la construction du modèle. Ces acteurs sont l'établissement, le pôle d'activité et le praticien, trois maillons incontournables du succès d'un projet de coopération sanitaire, trois volontés autonomes animés par des intérêts propres qu'il importe de coordonner et de concilier.

Le modèle économique des coopérations sanitaires en construction doit ainsi prendre en considération la problématique des « intérêts à agir » et des incitations à la performance des acteurs de la coopération au sein de chaque établissement :

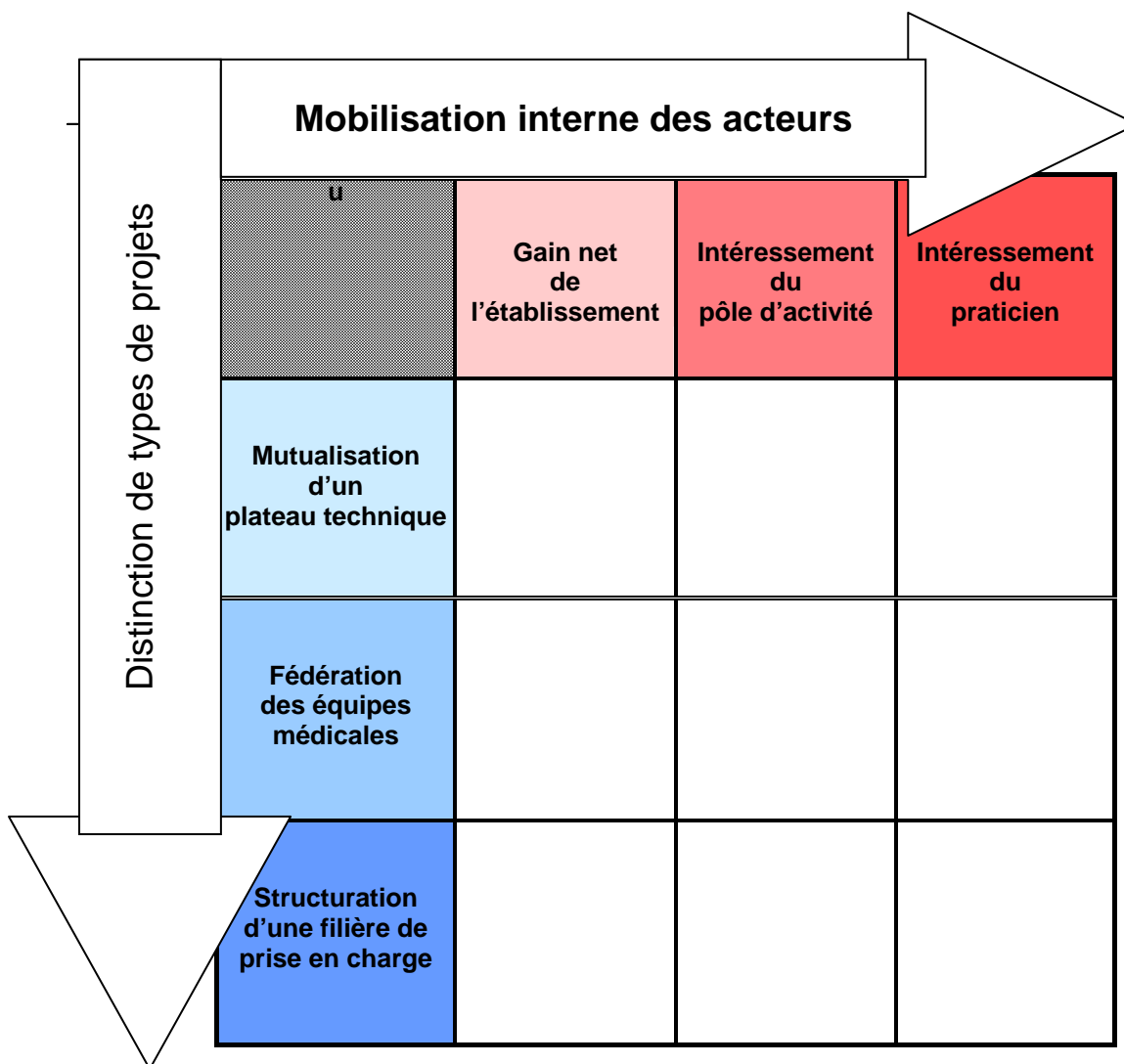
- l'établissement lui-même qui est l'acteur institutionnel de la coopération. C'est entre deux établissements que se noue juridiquement le contrat de coopération.
- le pôle d'activité, structure interne à l'établissement qui porte le projet de coopération de manière opérationnelle. C'est en effet le pôle médical qui possède la compétence de l'organisation médicale et de la prise en charge du patient, décidant ainsi du niveau de l'activité produite. En outre, il peut être initiateur du projet de coopération.
- le praticien, qui réalise l'activité de coopération.

La modélisation économique des coopérations sanitaires se propose donc d'investir la question de l'attractivité d'un projet de coopération pour chacun de ces différents « acteurs ». Il apparaît ainsi que trois niveaux d'intéressement doivent être prévues pour caractériser un projet de coopération d'un aspect nettement incitatif : un intéressement à l'établissement lui-même, qui doit pouvoir identifier un gain marginal du fait de ses activités de coopération, un intéressement en lien avec la contractualisation interne pour le pôle d'activité porteur de la coopération, et un intéressement pour le praticien.

3.1.3. Discussion autour du modèle économique global résultant du croisement de ces deux axes

Deux problématiques ont donc été identifiées pour la construction d'un modèle : celle de la distinction en types de projets, et celle de l'intéressement des différents acteurs des coopérations au sein de chaque établissement. Le croisement de ces deux axes identifiés a permis d'élaborer un modèle économique global des coopérations sanitaires pouvant être schématisé dans un carré à neuf cases, chacune d'elle correspondant à une action incitative propre dont les principes doivent être précisés (cf. schéma n°2).

Schéma n°2 : Un modèle économique global des coopérations sanitaires



On rappellera utilement dans un premier temps que cette modélisation économique ne peut correspondre qu'à un stade initial de mise en place d'un projet de coopération à vocation intégrative entre deux établissements. La mise en œuvre d'une stratégie de

groupe hospitalier aboutit à la convergence des projets et ne pose plus la question de la mobilisation interne des acteurs avec la même acuité.

D'autre part, il n'a pas semblé souhaitable de retenir des distinctions aussi rigides, suivant le modèle présenté. La problématique la plus pertinente à prendre en compte dans la modélisation des coopérations sanitaires semble finalement être celle de la mobilisation des acteurs : établissements, pôles, praticiens. L'autre problématique concernant les types de projets relève plus d'une construction permettant de donner des indices pour la construction du modèle, sans que ceux-ci soient figés, du fait du caractère transversal de certains projets. La modélisation économique présentée se présente donc plus comme un ensemble de principes illustrés à caractère opérationnel que comme un véritable modèle.

3.2. Présentation des éléments facilitant l'élaboration des modèles économiques des coopérations sanitaires

Les éléments constitutifs de l'intéressement à un projet de coopération des établissements (3.2.1.), des pôles (3.2.2.) et des praticiens (3.2.3.), permettant de faciliter l'élaboration de l'économie propre à chaque projet de coopération, sont ainsi présentés ci-dessous.

3.2.1. Les éléments constitutifs d'un gain net pour chacun des établissements

Il semble possible de déduire du modèle économique adopté pour les activités de chirurgie réalisée dans le cadre du groupement « HPSM » (présenté au 2.3.) un principe général ainsi que les éléments qui orienteraient la traduction opérationnelle de ce principe.

Ce principe général consiste en un égal partage entre les établissements partenaires du gain net global créé par la coopération. Chaque établissement doit pouvoir identifier clairement dans son EPRD un gain net marginal, et celui-ci doit être égal à celui du partenaire. Ce principe implique que l'on raisonne en coûts marginaux et non en coûts complets. Les seules charges marginales liées à la réalisation de l'activité de coopération lui sont imputables. Les charges de structure et charges de personnel préexistant à la réalisation du projet de coopération sont des apports en nature de chacun des établissements. C'est l'approche « EPRD de projet ». De même, les charges variables doivent être supportées par les établissements partenaires à due proportion des recettes d'activité qui leur reviennent.

Ce principe trouve une traduction opérationnelle essentiellement sur les projets de mutualisation d'un plateau technique, dans le cadre ou non de la structuration d'une filière de prise en charge.

- *Sur les projets de mutualisation d'un plateau technique avec mobilité du personnel médical*

Afin d'aider la construction du modèle économique, la réponse apportée aux deux interrogations suivantes permet de tirer des enseignements :

- 1) Le praticien « mobile » intervenant sur le plateau technique d'un établissement partenaire produit-il des actes directement facturables ?
- 2) La coopération porte-t-elle sur un projet médical innovant, sur l'exploitation commune d'un nouvel équipement ou d'une nouvelle autorisation ?

En réponse à la première question, si le praticien « mobile » intervenant sur le plateau technique d'un établissement partenaire est un anesthésiste, il ne produit pas d'actes directement facturables. Les recettes d'activité reviennent normalement à l'établissement d'accueil qui facture l'acte. Celui-ci remboursera le temps médical à l'établissement partenaire qui emploie le praticien « mobile ».

Si, à l'inverse, le praticien « mobile » intervenant sur le plateau technique d'un établissement partenaire est un chirurgien, il produit des actes directement facturables. L'activité réalisée peut alors être considérée comme une activité « délocalisée », et on peut en tirer les indications suivantes permettant la construction du modèle économique :

- Les actes facturés par l'établissement d'accueil sont considérés comme produits directement par l'établissement partenaire. Lorsque c'est lui qui facture les actes à l'assurance maladie, il doit alors reverser les recettes d'activité à l'établissement partenaire.
- Les charges de personnel médical « mobile » sont un apport en nature de l'établissement employeur du praticien.
- L'exploitation d'un plateau technique doit toutefois faire l'objet d'une équitable répartition entre les deux établissements selon une clé à déterminer institutionnellement. Le partage se fait soit sur l'activité elle-même via la programmation sur les plages horaires du plateau technique, soit sur les recettes d'activité perçues par l'établissement sous forme de déduction lors du reversement à l'établissement partenaire, ce qui est le cas du modèle adopté pour les activités chirurgicales du groupement « HPSM ».

La seconde question posée concerne la nouveauté de l'équipement exploité ou de l'autorisation de l'activité réalisée en commun. Si le projet de coopération porte sur la réalisation en commun d'une activité déjà réalisée d'un établissement ou sur l'exploitation en commun d'un équipement ancien de cet établissement, les charges de personnel (hors personnel « mobile ») et les charges de structure sont supportées par l'établissement lui-même. Elles sont considérées comme des apports en nature de cet établissement. Si, à l'inverse, l'activité réalisée en commun porte sur la prise en charge d'une nouvelle pathologie ou sur un mode de prise en charge innovant, on considérera que les charges de personnel (hors personnel médical « mobile »), peuvent être réparties avec l'établissement partenaire selon la clé de répartition de l'activité. De même, si la coopération porte sur l'exploitation d'un nouvel équipement, les charges liées à cet investissement sont également réparties entre les deux établissements selon la même clé de répartition. On appliquera ce modèle essentiellement lorsqu'une nouvelle autorisation d'activité ou d'équipement est délivrée, afin de créer une ligne de partage nette.

A titre d'illustration, le projet d'exploitation de « l'urétéroscope laser » installé sur le site de Seclin trouve une réponse positive à ces deux questions. Pour la construction du modèle économique à adopter, on peut donc proposer un partage des recettes d'activité entre les deux établissements ainsi qu'un partage de l'ensemble des charges fixes entre les deux établissements selon la clef de répartition de l'activité, à l'exclusion des charges de personnel chirurgical qui seraient des apports en nature de chacun des membres. Le modèle serait donc profitable aux deux établissements qui bénéficieraient de l'usage de ce nouvel équipement et qui en partageraient le coût.

Concernant la prise en charge de la cancérologie des VADS, les actes de chirurgie réalisés au CHRU par les praticiens de Seclin peuvent être considérés comme une activité « délocalisée » pour laquelle le CH de Seclin peut prétendre à un reversement des recettes d'activité. Considérant qu'il s'agit d'une activité innovante, les charges fixes, autres que celles de personnel chirurgical, ainsi que les charges variables pourraient être partagées entre les deux établissements selon la quote-part de répartition de l'activité. Selon les mêmes considérations, si des praticiens du CHRU exerçaient en aval une activité de rééducation et réadaptation fonctionnelle (RRF) au CH de Seclin, les lits d'hospitalisation détenus en commun dans le cadre du GCS pourraient être répartis entre les deux établissements selon la quote-part d'activité. Les charges fixes, autres que le personnel médical, ainsi que les charges variables seraient ainsi partagées entre les deux établissements. Les deux établissements tireraient ainsi profit de la réalisation de ce

projet médical innovant, le CH de Seclin bénéficiant d'une autorisation de lits de RRF et les deux établissements mutualisant ainsi l'exploitation de leurs installations.

- *Sur les projets de structuration d'une filière de prise en charge du patient sans mobilité du personnel médical*

Les projets de structuration d'une filière de prise en charge du patient entre deux établissements supposent une spécialisation de chacun de ces établissements sur un créneau de la filière. Or, certains créneaux de la filière sont plus rentables que d'autres, même si toute stratégie de spécialisation sur un créneau rentable est fortement incertaine. En l'absence de mobilité du personnel médical sur un plateau technique mutualisé, qui permettrait d'élaborer un modèle économique selon les principes présentés au paragraphe précédant, la solution qui viserait à répartir intégralement les coûts et les recettes imputables à l'activité de coopération est lourde à mettre en place et présente un caractère faiblement incitatif. Et malgré les progrès du contrôle de gestion et de la comptabilité analytique, cette solution reste incertaine.

Une autre solution serait de neutraliser l'impact financier en répartissant entre les deux établissements participant à la réorganisation de la filière les recettes des activités considérées comme prestations inter-hospitalières. C'est le cas du projet de réorganisation de la permanence des soins chirurgicale, les urgences chirurgicales graves de nuit ou de week-end devant être réorientées du CH de Seclin vers le CHRU de Lille. On voit bien que ce projet de structuration d'une filière implique la mutualisation du bloc opératoire du CHRU en période de permanence des soins (cf. annexe). Cette réorientation des patients provoque un manque à gagner pour le CH de Seclin estimé à 641 000 € pour 215 actes selon les chiffres de 2008. Cet impact financier sera neutralisé en répartissant avec le CH de Seclin une partie des recettes produites par ces activités selon une clé de répartition à déterminer tenant compte du manque à gagner pour le CH de Seclin mais également de la diminution des charges liées à la suppression de la permanence des soins chirurgicale. Le financement prévisionnel MIGAC de la permanence des soins perçu par le CHRU doit entrer aussi en ligne de compte pour déterminer un juste partage entre les deux établissements.

- *Sur les projets de création d'une équipe médicale de territoire*

L'élaboration d'un modèle économique pour les projets de création d'une équipe médicale commune est toutefois plus incertaine. L'intéressement des établissements semble difficile à appliquer pour ce type de projets qui concerne principalement les spécialités

médico-techniques ne produisant pas de recettes d'activité. A défaut d'un intéressement, il semble nécessaire de répartir justement la charge de rémunération des praticiens entre les deux établissements. Cette nécessité implique une bonne connaissance de l'organisation du temps médical, un rapprochement sur les politiques de gestion de la ressource humaine médicale et une optimisation des outils de gestion du temps médical et de la rémunération.

En outre, on doit rappeler que les projets sont souvent développés en complément les uns des autres et qu'un projet de création d'une équipe médicale commune à plusieurs établissements, sans bénéficier lui-même d'un modèle économique incitatif, peut venir en appui d'autres projets, participant ainsi du modèle économique incitatif de ces derniers.

3.2.2. Les éléments constitutifs d'un intéressement des pôles

Les éléments constitutifs d'un intéressement des pôles au développement des activités de coopération peuvent relever de deux séries de critères prévus dans le contrat interne du pôle signé avec la Direction générale de l'établissement : des critères quantitatifs et des critères qualitatifs.

➤ Les critères quantitatifs d'amélioration de la situation médico-économique du pôle

Concernant le premier critère, l'absence d'insertion dans le contrat interne du pôle de critères d'intéressement spécifiques est une solution peu incitative dans la mesure où les bénéfices de l'activité de coopération peuvent être neutralisés par une éventuelle détérioration de la situation médico-économique globale du pôle. Il est donc nécessaire d'adopter une politique d'intéressement spécifique, ce qui suppose deux préalables :

- l'identification dans le compte de résultat analytique (CREA) du pôle des charges et recettes imputables aux activités développées dans le cadre de la coopération.
- la mise en place effective d'une contractualisation interne et l'insertion dans ses dispositions relatives à l'intéressement du pôle d'un volet spécifique relatif au projet de coopération sanitaire concerné.

Pour faire apparaître distinctement dans le CREA du pôle une ligne spécifique retraçant les charges et recettes imputables aux activités développées dans le cadre de la coopération inter-hospitalière, la solution du retraitement « extra-comptable » n'est pas satisfaisante. Il est alors nécessaire d'adapter le « fichier commun de structure » (FCS) de l'établissement. Pour prendre en compte les coopérations dans la structure de l'hôpital, la

solution à privilégier consiste à créer à l'intérieur du « centre de responsabilité » du pôle un « secteur » global spécifique aux activités de coopération du pôle. Il conviendrait d'attribuer à ce « secteur » la qualification d'UF, afin d'attribuer à l'ensemble du pôle, les activités de coopération.

Dans la perspective d'un modèle économique incitatif et donc de l'intéressement du pôle, il serait préférable de distinguer les différentes coopérations dans des secteurs/UF propres. Certaines coopérations peuvent en effet se révéler déficitaires. La globalisation des coopérations dans le même secteur/UF reviendrait à faire supporter par les activités de coopération bénéficiaires du pôle les déficits d'autres activités de coopération.

La structure du pôle ainsi adaptée et le CREA du pôle pouvant déterminer une ligne spécifique retraçant les charges et les recettes du pôle imputables directement aux activités réalisées dans le cadre d'un projet de coopération, la politique d'intéressement du pôle aux activités de coopération peut être mise en œuvre. Il est alors nécessaire d'adapter le contrat interne du pôle en insérant des modalités spécifiques d'intéressement aux activités de coopération. Pour cela, la solution la plus incitative consisterait à prévoir des modalités d'intéressement spécifiques aux activités de coopération.

Cette solution, en attribuant une autonomie aux modalités d'intéressement propres aux activités de coopération, permettrait de définir des critères spécifiques et un niveau d'intéressement nettement plus incitatif. L'intéressement pourrait ainsi représenter un pourcentage du bénéfice imputable aux activités de coopération. Le niveau peut être fixé dans un premier temps à 50 %, ce qui aurait l'avantage de répartir à égalité le bénéfice tiré de l'activité de coopération entre l'établissement et le pôle. Le pourcentage de l'intéressement peut être dégressif en fonction de l'activité ou révisé à partir d'un certain seuil, afin d'être incitatif essentiellement lors de la mise en place d'un projet de coopération.

➤ *Les critères qualitatifs et l'atteinte d'objectifs médicaux et stratégiques*

D'autre part, un certain nombre de projets ne permettent pas toujours l'identification de bénéfices directement attribuables aux activités réalisées dans le cadre de la coopération. Dans ces cas, une politique d'intéressement des pôles peut être fondée sur un critère qualitatif et porter sur l'atteinte d'un objectif médical préalablement identifié dans le contrat interne du pôle. Ainsi, la participation du pôle à la création d'une équipe médicale commune à plusieurs établissements ou à la structuration d'une filière de prise en charge du patient doit alors être identifiée comme un objectif dans le contrat interne du pôle. Des

modalités spécifiques d'intéressement peuvent être prévues au vu de la réalisation de l'objectif admis.

3.2.3. Les éléments constitutifs d'un intéressement des praticiens

Les conventions de mise à disposition d'un praticien ne permettent pas en général de complément de rémunération du praticien. A ce jour, la seule disposition réglementaire récompensant l'activité partagée entre plusieurs établissements publics est la prime multi-sites. Les établissements peuvent identifier des critères d'attribution afin de restreindre leur attribution. La prime multi-sites doit en effet être utilisée avec précaution car elle est forfaitaire quelque soit l'activité réellement réalisée dans le cadre de la coopération. Le cadre de l'intérêt général peut aussi être utilisé afin d'offrir un complément de rémunération aux praticiens exerçant une activité dans un établissement extérieur, ceci dans la limite de deux demi-journées. Ce complément de rémunération est souvent l'objet d'une négociation directe entre le praticien et l'établissement d'accueil. La prise en charge des frais de transports est possible, mais celle-ci est souvent aussi négociée directement entre le praticien et l'établissement d'accueil.

En somme, l'intéressement des praticiens exerçant une partie de leurs activités dans des établissements partenaires résulte aujourd'hui, au CHRU de Lille comme dans beaucoup d'établissements, d'une construction empirique issue des négociations entre praticiens et établissements d'accueil et sans lien avec l'intérêt institutionnel ou stratégique de l'établissement qui concède la ressource médicale.

Plusieurs pistes existent néanmoins pour concevoir une politique d'intéressement uniformisée des praticiens se positionnant sur des activités de coopération. On doit ainsi distinguer trois cas de figure : celui de l'activité programmée dans l'établissement partenaire, celui de la participation à la permanence des soins dans l'établissement partenaire et celui, spécifique, des postes véritablement partagés entre deux établissements.

En outre, divers autres éléments constituent l'attractivité des projets de coopération. L'opportunité d'exploiter un équipement nouveau acquis dans le cadre du GCS (exemple : urétéroscope laser) ou de développer une prise en charge innovante (exemple : cancérologie des VADS) n'est pas à négliger. Il est également possible de développer par de nombreux moyens la « reconnaissance symbolique » des praticiens s'impliquant dans des projets de coopération, en leur permettant par exemple d'accéder plus facilement à des responsabilités dans la gouvernance hospitalière.

➤ *L'intéressement des praticiens exerçant une activité programmée dans un établissement partenaire*

Le cas de l'exercice d'une activité programmée dans un établissement partenaire peut faire l'objet de l'attribution au praticien d'une part complémentaire variable de rémunération, conformément aux préconisations de plusieurs rapports publics récents (Bras, Duhamel, 2008 ; Vallancien, Aubrart, Cuq, 2008 ; About, 2008) et au corpus normatif qui s'en est suivi mais nulle part appliqué. Cette part complémentaire variable peut reposer sur le cadre juridique de l'intérêt général, dans la limite des deux demi-journées autorisée. L'indemnisation se ferait ainsi en référence à un barème selon des critères à définir, parmi lesquels le temps passé et la nature des activités. Chaque situation individuelle serait analysée en référence à ce barème, permettant de définir un taux d'indemnisation qui serait repris formellement dans la convention d'intérêt général.

Il est également envisageable de lier la part complémentaire variable au niveau d'activité atteint par le moyen de la contractualisation sur des objectifs d'activité entre le praticien et son établissement employeur. Le complément de rémunération serait attribué selon les anticipations et une régularisation serait effectuée annuellement selon le niveau réellement constaté. Cette solution nécessite que les clarifications concernant la structure du pôle et le CREA du pôle, introduites dans le paragraphe précédant (3.1.2.), soient effectivement réalisées.

Une piste de réflexion avancée par le Directeur des affaires médicales du CHRU de Lille est celle du développement contrôlé de l'activité libérale des praticiens dans les établissements extérieurs et dans le cadre des activités de coopération. Cette idée permettrait de créer une attractivité financière immédiate pour les praticiens. Elle doit cependant être consolidée juridiquement car il n'est pas certain que le cadre juridique du GCS assure aujourd'hui la possibilité d'exercer une activité libérale.

➤ *L'intéressement des praticiens participant à la permanence des soins hospitalière dans un établissement partenaire*

Le cadre de la permanence des soins hospitalière doit être distingué car il implique des règles de rémunération spécifiques. L'attribution d'une part complémentaire variable de rémunération n'est pas possible. Il existe toutefois des voies permettant d'inciter financièrement les praticiens à se positionner sur des activités de coopération.

Dans un courrier en date du 17 septembre 2009 du Directeur Général et du Président de la CME du CHRU au responsable de la Fédération d'anesthésie-réanimation de l'établissement, un dispositif spécifique de rémunération pour les gardes prises dans le cadre du GCS « HPSM » a été proposé.

Outre le versement de l'indemnité de sujétion réglementaire (262 € bruts), le CHRU propose d'indemniser à hauteur de 100 % le temps additionnel réalisé dans ce cadre, ce qui constitue une dérogation à la règle institutionnelle limitant cette possibilité à 70 % du temps additionnel constaté chaque quadrimestre. Dans ce cas, l'indemnisation additionnelle s'élèverait à 300 € bruts par garde.

D'autre part, le praticien pourra bénéficier d'un quart de la prime multi-sites (102,50 €) par garde réalisée dans la limite de quatre gardes mensuelles. Ce mécanisme permet d'attribuer la prime mutli-sites en fonction de l'activité réellement réalisée en non de manière forfaitaire.

Cette politique particulièrement incitative peut être étendue aux autres spécialités entrant dans le cadre de la permanence des soins et correspondant au projet médical commun aux établissements partenaires. Dans le cadre du groupement « HPSM », les radiologues pourraient notamment bénéficier de l'extension de ce dispositif.

➤ *L'intéressement spécifique des praticiens à temps partagé*

Les postes de praticiens à temps réellement partagé entre plusieurs établissements peuvent se voir attribuer un complément de rémunération attractif.

Dans le cadre du GCS « HPSM », le CHRU de Lille et le CH de Seclin ont décidé de recruter quatre anesthésistes à temps partagé qui réaliseraient 70 % de leur activité à Seclin. Leur rémunération serait prise en charge en intégralité par le CH de Seclin, le CHRU prenant en charge les deux demi-journées d'intérêt général ainsi que la prime multi-sites. Au final, le dispositif est plutôt attractif pour les praticiens, et les établissements y trouvent leur intérêt. Cela permet au CH de Seclin d'accueillir dans les meilleurs délais 2,8 ETP d'anesthésistes payés au prix de 4, ce qui nettement moins couteux que le recours à des intérimaires. Le CHRU obtient 1,2 ETP d'anesthésiste pour le prix de 0,8 ETP sans compter la prime multi-sites et le complément de rémunération. Ce dispositif pourra également être élargi à d'autres spécialités dans le cadre du groupement « HPSM », comme l'imagerie ou la médecine d'urgence.

D'autre part, la rémunération des « assistants à temps partagé » (ATP) et « assistants spécialistes en CHU » doit faire l'objet de règles spécifiques, lesquelles ont été définies à l'été 2009 dans le Nord-Pas-de-Calais entre l'ARH, le Conseil Régional et les quatre CHRU de Lille, Amiens, Rouen et Caen.

Les ATP exercent leur fonction, la première année, sur un poste partagé à 50 % au CHRU et à 50 % dans un CH général. Les deux établissements prennent en charge la quote-part de rémunération de base. La seconde année, les ATP réalisent jusqu'à 80 % de leur activité dans leur CH dans la perspective de leur implantation dans l'établissement. Partant du principe que l'ATP finance son poste par son activité à 80 %, sa rémunération est prise en charge entièrement par le CH. Le temps de l'ATP réalisé en CHU est consacré à la préparation du concours de praticien hospitalier (PH).

En outre, le CH peut verser aux ATP une prime d'engagement de deux ans versée en une seule fois représente 400 € mensuels, l'ARH s'est engagée à prendre en charge une prime multi-sites à hauteur de 450 € mensuels sur deux ans, et le Conseil Régional soutient le dispositif par le versement d'une prime de territoire variant de 500 à 700 € par mois en fonction selon la situation de la démographie médicale du territoire. Au final, la rémunération de l'ATP est très attractive.

Les « assistants spécialistes en CHU », quant à eux, sont rémunérés directement par l'ARH, le CHRU prenant en charge la prime d'engagement et le CH général la prime multi-sites versée dans son intégralité, ce qui rend le dispositif également très attractif.

En définitive, l'ensemble de ces principes et dispositifs permettant de rendre attractif le développement des coopérations sanitaires pour chacun des établissements partie au projet et de l'impliquer dans la mobilisation interne des acteurs constituent une modélisation souple et opérationnelle en soutien à une stratégie de groupe hospitalier public.

Conclusion

L'économie globale d'une coopération sanitaire est un facteur déterminant dans la réalisation d'un projet. La question soulevée en introduction portait sur la possibilité de modéliser l'économie des coopérations sanitaires et d'en faire un outil opérationnel et transposable permettant de faciliter la mise en place et le développement des projets de coopération. Le GCS des « hôpitaux du service public du sud de la métropole lilloise » a été utilisé comme un cadre d'étude opérationnel permettant la réponse à cette problématique, en raison de la diversité de ses projets.

Deux axes de réflexion ont été développés : celui de la distinction de types de projets et celui de « l'intérêt à agir » et donc de l'intéressement des différents acteurs qui soutiennent la coopération. Le croisement de ces deux axes a permis de proposer une première modélisation économique des coopérations sanitaires (*cf.* schéma n°2, p. 44).

Toutefois, il n'a en effet pas semblé opportun de poursuivre la logique vers la conception d'un modèle global et transposable jugé trop rigide. Cette modélisation présentée a en définitive servi plus comme outil facilitant la compréhension de la problématique de la modélisation économique que comme véritable modèle transposable permettant la conception de l'économie de chaque nouveau projet de coopération sanitaire. La modélisation économique des coopérations sanitaires proposée en fin de mémoire, présentant des principes et dispositifs d'intéressement opérationnels, ressemble donc à un guide méthodologique facilitant la conception de l'économie d'un projet de coopération.

Le principal enjeu retenu, et qui peut être considéré comme l'ossature d'un modèle général, est celui de l'intéressement des différents acteurs des coopérations sanitaires : l'établissement, le pôle d'activité et le praticien. Pour inciter chacun de ces acteurs à soutenir un projet de coopération, le mémoire se termine sur la présentation de plusieurs principes et éléments pratiques, permettant de faciliter une traduction opérationnelle.

Cette conclusion s'achèvera sur une réflexion sur le modèle et une réflexion plus large sur la problématique de la modélisation économique des coopérations sanitaires.

Alors que l'idée initiale de la modélisation économique des coopérations sanitaire était de proposer les fondements d'un partenariat « gagnant-gagnant » entre plusieurs établissements, l'enjeu essentiel pour la direction d'un établissement hospitalier semble être en définitive non pas tant de susciter l'adhésion du partenaire hospitalier mais celles des acteurs internes à l'établissement, les pôles d'activité et praticiens. On se trouve donc

au cœur des problématiques de la gouvernance hospitalière et de ses implications en termes de contractualisation interne et de gestion des ressources humaines médicales.

Cette remarque nous conduit à une réflexion, plus générale, sur la problématique de la modélisation économique des coopérations sanitaires dans un contexte de contrainte financière forte.

Le constat dressé en introduction sur le bouleversement de l'économie des coopérations sanitaires par le changement du mode de financement des hôpitaux publics avait conduit à la nécessité de proposer de nouveaux modèles incitatifs pour les différents projets de coopération sanitaire. L'enseignement selon lequel l'enjeu fondamental de la modélisation économique des coopérations sanitaires est moins d'offrir aux responsables hospitaliers un outil pour convaincre l'établissement partenaire que de susciter l'adhésion des acteurs internes nous place au centre des problématiques liées au développement de l'activité hospitalière et au système de financement des hôpitaux selon l'activité.

Le mode de financement des hôpitaux à l'activité avait à l'origine été avancé par des économistes selon lesquels l'introduction d'une concurrence entre établissements de santé conduirait à une optimisation des moyens et à l'amélioration de la qualité de l'offre hospitalière (Mougeot, 2000 ; Enthoven, 2002). Ce mode de tarification n'est donc pas fondamentalement favorable aux coopérations sanitaires entre établissements (Bellanger, 1999). D'où les contradictions de notre époque marquée, d'une part, par un système de financement hospitalier favorisant la concurrence entre établissements, et, d'autre part, par l'encouragement à une profonde recomposition de l'offre hospitalière publique dans le cadre de groupes hospitaliers de territoire.

Il ressort ainsi que, si l'adoption d'un modèle économique incitatif par les décideurs hospitaliers peut être un élément décisif pour le développement des coopérations sanitaires, la puissance publique porte seule la responsabilité de résoudre cette contradiction inhérente à notre système de santé. L'accompagnement à la conduite de projets de coopération par le Fonds de Modernisation des Etablissements de Santé Publics et Privés (FMESPP), les perspectives d'une réforme du statut des personnels médicaux hospitaliers ainsi l'hypothèse d'une « bonification » publique en soutien aux projets d'efficience portés collectivement par plusieurs établissements sont autant de moyens permettant de favoriser le développement des coopérations sanitaires sans rien céder à l'aporie du dirigisme.

Bibliographie

Ouvrages généraux

- ANZIEU, MARTIN, *La Dynamique des groupes restreints*, Paris, PUF, 1986
- BLONDEL, BUDET, *L'hospitalisation publique et privée*, Berger-Levréau, Paris, 2004
- CLEMENT, *Cours de droit hospitalier*, tome 1 et 2, Les Etudes Hospitalières, Paris, 2004
- CLEMENT, *Réflexions pour l'hôpital : proximité, coopération, pouvoirs*, Les Etudes Hospitalières, Paris, 2004
- CROZIER, FRIEDBERG, *L'Acteur et le Système : les contraintes de l'action collective*, Editions du Seuil, 1981
- DUPONT, BERGOIHANAN-ESPER, PAIRE, *Droit hospitalier*, Dalloz, Paris, 2007
- DUSSAUGE, *Les Stratégies d'alliance*, Les Editions d'Organisation, 1995
- HOUDARD, LAROSE, BARRE, *Traité de Coopération Hospitalière*, Houdart, Paris, 2000
- MOUGEOT, *Système de santé et concurrence*, Economica, Paris, 1999
- MOSCOVICI, DOISE, *Dissensus et Consensus*, Paris, Seuil, 1992
- MILGROM, ROBERTS, *Economics, Organization and Management*, Prentice-Hall Englewood-Cliffs, New Jersey, 1992
- WILLIAMSON, *Markets and Hierarchies: Analysis and Anti Trust Implications*, Macmillan, New York, 1975

Thèses de doctorat

- CUEILLE S., « Un modèle d'analyse de la formation du processus stratégique dans un contexte de mutations environnementales : le cas des établissements hospitaliers publics français », thèse de doctorat en sciences de gestion, Université Toulouse 1, 2000
- LACOSTE C., « Coopération hospitalière et modernisation de l'offre de soins », thèse de doctorat en sciences de gestion, GRAPHOS, Université Lyon 3, 1999
- PIOVESAN D., « Les restructurations des cliniques privées. Adaptation, évolution ou métamorphose ? », thèse de doctorat en sciences de gestion, IFROSS, Université Lyon 3, 2003

Articles

- AKERLOF G.A. (1971), « The market for lemons : quality uncertainty and the market mechanism », *Quarterly Journal of Economics*, n°74
- BADIN X. (2007), « Conventions constitutives des groupements de coopération sanitaire : les pièges à éviter », *Revue générale de droit médical*, n°22
- BELLANGER M.M., MOSSE P.R. (2005), « The search of the Holy Grail : combining decentralized planning and contracting mechanisms in the French Health Care system », *Health Economics*, n°1
- BOADWAY R., MARCHAND M., MOTOHIRO S. (1997), « An optimal contract approach to hospital financing », *Journal of Health Economics*, n°23

BURGESS S., RATTO M., (2003), « The role of incentives in the public sector : issues and evidence », *Oxford Review of Economic Policy*, n°19

CLAVERANNE J.-P., PASCAL C., PIOVESAN D. (2003), « Les restructurations des cliniques privées : radioscopie d'un secteur en mutations », *Revue française des affaires sociales*, n°57

CORMIER M. (2007), « Les groupements de coopération sanitaire : instruments de coopération à privilégier ? », *Revue générale de droit médical*, n°22

CUEILLE S. (2002), « L'engagement des hôpitaux publics français dans des stratégies d'alliance : construction et test d'un modèle d'analyse », *Finances Contrôle Stratégie*, Volume 5, n°2, p. 5-31

DAVIES C. (2005), « Links between Governance, Incentives and Outcomes », Report for the National Co-ordination Center for NHS Service Delivery and Organization R&D

ESPER C. (2007), « Le groupement de coopération sanitaire : actualité et limites », *Revue de Droit Sanitaire et Social*, n°1/2007

GADREAU M. (1981), « Les fondements économiques d'une maîtrise des dépenses de santé », *Revue Française des Affaires sociales*, vol.3

GARETTE B., DUSSAUGE P. (1995), « Les stratégies d'alliance », *Les Editions d'organisation*

GRAVELLE H., SMITH PC. (2000), « The new NHS : a principal-agent viewpoint », in SMITH PC., *Reforming markets in health care: an economic perspective*, Open University Press, Buckingham

HAMEL G., DOZ Y., PRAHALAD C.-K. (1989), « Cooperate with Your Competitors – and Win », *Harvard Business Review*, n°67

JAAFAR D. (2006), « Groupement de coopération sanitaire et fiscalité », *Gestions hospitalières*, mai

JACOBZONE S. (1995), « Les apports de l'économie industrielle pour définir la stratégie de gestion du secteur hospitalier public », *Sciences Sociales et Santé*, vol.13

JAFFRE D. (2007), « LE GCS de territoire au service d'une organisation des soins plus efficiente ? », *Objectif soins*, n°160

LEFEBVRE J.-L., CHEVALIER D., WEINGERTNER F., STANEK A. (2007), « CHU de Lille / Centre Oscar Lambret : Un projet médical commun en cancérologie », *Revue Hospitalière de France*, n°516, p.41-45

MOSSE PR. (2005), « L'hôpital, un service public saisi par la gouvernance », in LIOGIER R., *La Révolution de l'hôpital*, Ed. Etudes Hospitalières, Paris

MOUGEOT M. (2000), « La tarification hospitalière : de l'enveloppe globale à la concurrence par comparaison », *Annales d'Economie et de Statistique*, n°58

RICHARDSON G.-B. (1972), « The organization of industry », *The Economic Journal*, vol.82

ROCHAIX L. (1997), « Asymétrie d'information et incertitude en santé: les apports de la théorie des contrats », *Economie et Prévision*, n°129-130

VIGNERON E. (2008), « Les territoires au cœur de la réforme », *Les Cahiers hospitaliers*, décembre

Rapports publics

BALLEREAU M. (2008), « Rapport pour un projet de réforme de la biologie médicale », Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative

BELLANGER M.M. (1999), « Evaluation of the Effects of the Introduction of the Market Forces in the French health care system », Rapport pour la Commission Européenne

BRAS P-L., DUHAMEL G. (2008), « Rémunérer les médecins selon leurs performance : les enseignements des expériences étrangères », Inspection générale des affaires sociales

BUREAU D., MOUGEOT M. (2007), « Performance, incitations et gestion publique », rapport pour le Conseil d'Analyse Economique, Paris, *La Documentation Française*

CHAMBAUD L., KHENNOUF M., LANNELONGUE C., MORDELET P., DUSEHU E., GEFFROY L., (2009), « Enquête sur la rémunération des médecins et chirurgiens hospitaliers », Inspection générale des affaires sociales

LARCHER G. (2008), rapport au Président de la République, au Premier ministre, à la Ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital

MILLION A. (2008), « Accès à des soins de qualité ; le cas de la chirurgie », rapport d'information, Sénat

VALLANCIEN G. (2006), « L'évaluation de la sécurité, de la qualité et de la continuité des soins chirurgicaux dans les petits hôpitaux publics en France », rapport au Ministre de la santé et des solidarités

VALLANCIEN G., AUBART, CUQ (2008), « Quels modes de rémunération pour les chirurgiens ? Situation actuelle et perspectives », rapport au Ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative

Publications du Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports

Atlas des recompositions hospitalières, Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS), Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports

AUDE (2008), « L'évolution de la situation économique et financière des cliniques privées à but lucratif entre 2005 et 2006 », *Etudes et Résultats*, n°650, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille et de la Solidarité, Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, Ministère du Budget, des Comptes publics et de la Fonction publique

BALSAN (2003), « Une typologie des établissements de soins publics et PSPH en fonction de leur activité et de leur environnement », *Série Etudes*, n°37, DREES, Ministère des Affaires sociales, du Travail et de Solidarité, Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées

CORDIER (2008), « Hôpitaux et cliniques en mouvement. Changements de l'organisation de l'offre de soins et évolution de l'attente des patients », *Etudes et Résultats*, n°633, DREES, Ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille et de la Solidarité, Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, Ministère du Budget, des Comptes publics et de la Fonction publique

FENINA, GEFFROY, DUEE (2008), « Les comptes nationaux de la santé en 2007 », *Etudes et Résultats*, n°655, DREES, Ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille et de la Solidarité, Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, Ministère du Budget, des Comptes publics et de la Fonction publique

LOMBARDO (2008), « La spécialisation des établissements de santé en 2006 », *Etudes et Résultats*, n°664, DREES, Ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille et de la Solidarité, Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, Ministère du Budget, des Comptes publics et de la Fonction publique

Etudes et actes de colloques

Conférence nationale des Présidents de CME des centres hospitaliers (2005), « Enquête à propos de 106 opérations de restructurations hospitalières »

Dexia Crédit Local (2009), « Dix ans de recompositions hospitalières en France », *La Nouvelle fabrique des territoires*

DERVAUX B., LELEU H. (1999), « Analyse du partage de clientèle entre le service public et le secteur privé : une approche par les fonctions-distance », Actes des XXIIIèmes Journées des Economistes Français de la Santé, Université de Montpellier

ENTHOVEN A.C. (2002), « Introducing Market Forces into Health Care », Forth European Conference on Health Economics, Paris

EUROSTAF (2007), « Les cliniques privées à l'épreuve de la T2A »

Mémoires de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

BOUQUEREL, « Point de vue sur la recomposition de l'offre de soins », mémoire professionnel, Ecole Nationale de la Santé Publique, 2002

BRIGNON, « Le rapprochement des hôpitaux de Sélestat, Obernai, Sainte-Marie-aux-Mines. Vers une communauté d'établissements à part entière ? », mémoire professionnel, Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, 2008

CHAUCHAT, « La gouvernance hospitalière en Emilie-Romagne : le modèle des hôpitaux intégrés dans l'Agence Sanitaire Locale », rapport de stage à l'étranger, Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, 2009

DELAS, « Les nouvelles coopérations territoriales du CHU-Hôpitaux de Rouen », mémoire professionnel, Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, 2008

GALLET, « Le GCS est-il un bon moyen de coopération public-privé pour le développement d'une activité de soins ? Exemple du GCS *Unité de cardiologie interventionnelle 74* », mémoire professionnel, Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, 2008

HENRY, « La singularité du rapprochement des CH d'Orsay et de Longjumeau : vers un groupe hospitalier Nord-Essonne ? », mémoire professionnel, Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, 2008

LAGIER, « Hôpital public et stratégie externe : les projets de coopération public-privé du CH de Rambouillet sur la ville nouvelle de Saint-Quentin-en-Yvelines », mémoire professionnel, Ecole Nationale de la Santé Publique, 2004

Liste des annexes

Annexe n°1 - Listes des personnes sollicitées

Annexe n°2 - Fiches de présentation méthodologique des volets de la coopération du groupement « HPSM »

Annexe n°3 - Schéma du projet de réorganisation de la permanence des soins en chirurgie entre le CHRU de Lille et le CH de Seclin

Annexe n°4 - Tableau des prévisions d'activité et de recettes 2009 du groupement « HPSM »

Annexe n°5 - Budget 2009 du groupement HPSM – apports des membres et charges communes

Annexe n°6 - Liste des schémas et tableaux

Annexe n°1 - Liste des personnes sollicitées

Mme Martine M. BELLANGER, Professeur d'économie, EHESP

M. Frédéric BOIRON, Directeur, CH de Beauvais

M. Nicolas BRULE, chargé de mission, ARH du Nord-Pas-de-Calais

Mme Frédérique CARESMEL, Directrice Adjointe, CHRU de Lille

Mme Sandrine DELAMAERE, Attachée d'Administration Hospitalière, CHRU de Lille

M. Pascal DELERUE, Département des Ressources Financières, CHRU de Lille

M. Bruno DONIUS, Directeur Général Adjoint, CHRU de Lille

M. Thibault DOUTE, Directeur adjoint, CHRU de Lille

M. Vincent DUPONT, Directeur du Département des Ressources Financières, CHRU de Lille

Dr. Marysa GERMAIN, Département de l'Information Médicale, CH de Roubaix

M. Jean-Michel HONORE, Directeur adjoint, CHRU de Lille

Mme Delphine LAMBERT, chargée de la Délégation du Contrôle de Gestion Stratégique, CHRU de Lille

Dr. Claire LAUERIERE, Secteur PMSI et Direction de la Stratégie et des Activités, CHRU de Lille

Mme Valérie LE BORGNE, FHF

M. Fabrice LEBURGUE, Directeur des Affaires Médicales, CHRU de Lille

M. François LECLERCQ, Directeur du CH de Seclin

M. Olivier LEFEBVRE, consultant

M. Michel LOUAZEL, Enseignant-chercheur, EHESP

Mme Anne-Sophie NEIRINCK, chargée de la Délégation à la Stratégie Médicale, CHRU de Lille

M. Didier NONQUE, Directeur, CH de Tourcoing

M. Jean-Jacques OCHRYMCZUCK, Directeur adjoint, CHRU de Lille

M. Christophe PASCAL, Professeur en sciences de gestion, IFROSS, Université Lyon 3

Mme Dominique PICAULT, Directrice de la Stratégie et des Activités, Direction Générale, CHRU de Lille

Mme Carmen SOLE, FHF Nord-Pas-de-Calais

Dr Didier THEIS, Responsable du Secteur PMSI, CHRU de Lille

Mme Hélène VAAST, chargée de la Délégation aux Structures et aux Coopérations, CHRU de Lille

Pr. Benoît VALLET, co-président de la Fédération Médico-Economique, CHRU de Lille

Mme Françoise WEINGERTNER, directrice du GCS « CRRC »

**Annexe n°2 – Fiches de présentation méthodologique des volets de la coopération
du groupement « HPSM »**

Volet n°1 : Chirurgie plastique à visée reconstructrice et cancérologie cutanée

Volet n°2 : Odontologie-stomatologie et chirurgie maxillo-faciale

Volet n°3 : Anesthésie-réanimation

Volet n°4 : Imagerie médicale

Volet n°5 : Urologie cancérologique

Volet n°6 : ORL- cancérologie des voies aéro-digestives supérieures (VADS)

Volet n°7 : Réorganisation de la permanence des soins en chirurgie

Volet n°8 : Cardiologie

Volet n°9 : Chirurgie générale et traumatologique programmée

Volet n°1 : Chirurgie plastique à visée reconstructrice et cancérologie cutanée

1) Description du projet

Ce projet a consisté à implanter, dans un premier temps, une activité chirurgicale au CH de Seclin sur un segment qui n'était pas couvert jusqu'alors et qui apporte une véritable réponse du secteur public à un besoin de santé. Un dossier de demande d'autorisation a été déposé.

L'activité développée couvre tout le champ de la chirurgie plastique générale. Initialement étaient envisagées uniquement les ablations de tumeurs cutanées, puis les réductions mammaires. Ce type de collaboration a créé une dynamique ouvrant des perspectives sur la chirurgie des séquelles d'obésité et la chirurgie cancérologique.

Le projet repose sur une délocalisation de deux praticiens de l'équipe lilloise au CH de Seclin pour l'intervention chirurgicale et l'hospitalisation. Les consultations pré et post-opératoires restent organisées dans le service de chirurgie plastique et reconstructrice du CHRU de Lille. Le week-end, un plasticien de garde est présent au CHU et est joignable si nécessaire téléphoniquement par les praticiens du CH de Seclin.

Au total, l'équivalent d'une plage de bloc opératoire par semaine et d'une plage de consultations par quinzaine sont programmées dans le cadre du groupement HPSM. A partir de novembre 2009, un assistant spécialiste prendra en charge l'activité à Seclin. La possibilité lui sera offerte d'opérer sur deux plages hebdomadaires.

Les consultations pré-opératoires d'anesthésie sont réalisées au CH de Seclin une semaine avant l'intervention. Le suivi post-opératoire est assuré dans de bonnes conditions au CH de Seclin, la première nuit post-opératoire pouvant se dérouler au sein de l'Unité de Soins Intensifs de l'établissement. La prise en charge anesthésique des personnes âgées est aussi réalisée sans difficulté avec la possibilité de réserver un lit de soins de suites.

L'hospitalisation est réalisée pour un tiers dans une structure d'hospitalisation conventionnelle et pour les deux autres tiers dans une structure d'hôpital de jour. Après l'hospitalisation, les patients sont revus au CHU pour une consultation post-opératoire.

A compter de novembre 2009, le groupement HPSM verra se mettre en place un pôle de cancérologie cutanée à Seclin, avec une consultation médico-chirurgicale et la réalisation des interventions sur le plateau technique de Seclin par les équipes lilloises. Ce pôle de cancérologie cutanée sera placé sous la coordination de la « Réunion de Concertation Pluridisciplinaire » du CHRU de Lille.

Il s'agit de développer sur le site du CH. de Seclin, une consultation médico-chirurgicale assurée par un chirurgien plasticien et un dermatologue. Cette consultation médico-chirurgicale permettra de recueillir l'avis du dermatologue et du chirurgien plasticien sur la thérapeutique à mettre en place et de définir les modalités de l'intervention. L'intervention chirurgicale et les suites opératoires seront ensuite assurées sur le site du CH. de Seclin.

2) Situation initiale :

- CHRU : listes d'attente pour avoir accès aux soins à l'hôpital Salengro
- CH de Seclin : plateau technique surdimensionné, perte des chirurgiens

- Besoin de santé publique

3) Objectifs de la coopération :

- Libération des activités en interne au CHRU
- amélioration de la lisibilité de l'offre de soins
- optimisation du plateau technique de Seclin
- réponse à un problème de santé publique
- développement des activités et des recettes des établissements
- prise en charge de proximité dans des délais plus courts
- garantie d'une prise en charge de qualité dans le cadre d'une filière hospitalo-universitaire
- possibilité de pratiquer un type de chirurgie (pariétale) non exercé au CHRU

4) Typologie de projet : mutualisation du plateau technique

5) Constat des charges

- Charges fixes : pour le CH de Seclin, le personnel non médical et anesthésiste, les charges de logistique médicale et de structure ; pour le CHRU, le personnel chirurgical
- Charges variables : charges variables de produits médicaux (médicaments et fournitures médicales, consommation d'actes médico-techniques, maintenance de certains équipements médicaux, surcoûts d'investissements spécifiques pour certains équipements, mise à disposition d'installations comprenant nettoyage et entretien des blocs opératoires) et charges variables à caractère hôtelier (logistique hôtelière)

6) Constat des recettes

L'admission du patient ainsi que la facturation sont prononcées par le CH de Seclin.

(cf. annexe n°2)

Volet n°2 : Odontologie-stomatologie et chirurgie maxillo-faciale

1) Description du projet

L'activité de soins et d'extraction dentaire sous anesthésie générale est une activité de recours régionale réalisée pour l'essentiel au CHRU de Lille. Le projet de coopération avec le CH de Seclin a permis de développer dans un premier temps cette activité en ambulatoire sur le site de Seclin. Cette coopération permet de prendre en charge prioritairement les patients polyhandicapés et les enfants dont les délais de prise en charge sont excessivement longs.

Les patients pris en charge dans ce cadre sont orientés à partir de la consultation du service de stomatologie et chirurgie maxillo-faciale du CHRU de Lille. Le circuit du patient est le même que pour la chirurgie plastique. La consultation chirurgicale est réalisée au CHRU et la consultation pré-opératoire d'anesthésie au CH de Seclin.

Pour l'odontologie, la prise en charge est réalisée en ambulatoire. Le circuit du patient est par conséquent différent : une partie des consultations sont réalisées au CH de Seclin. A la suite des consultations, le médecin peut faire la visite de contrôle pour les sorties pour les patients opérés le matin même.

Sur le champ des pathologies prises en charge, il n'est pas exclu que le développement de la collaboration puisse conduire par la suite à une prise en charge de chirurgie plus lourde (ostéotomie, chirurgie pré-prothétique, cancérologie, etc.). A été évoqué le développement d'une activité d'endoscopie des glandes salivaires grâce à l'acquisition en cours par le CHRU d'un sialendoscope et qui pourrait être installé sur le site de Seclin. Il s'agit d'une activité de recours en raison de la faible diffusion de cet équipement.

2) Situation initiale :

- CHRU : listes d'attente pour avoir accès aux soins à l'hôpital Salengro
- CH de Seclin : plateau technique surdimensionné, perte des chirurgiens partis vers le secteur lucratif
- Besoin de santé publique (activité non exercée par le secteur privé)

3) Objectifs de la coopération :

- Libération des activités en interne au CHRU
- amélioration de la lisibilité de l'offre de soins
- optimisation du plateau technique de Seclin
- réponse à un problème de santé publique
- développement des activités et des recettes des établissements
- prise en charge de proximité dans des délais plus courts (les délais de prise en charge pour les patients polyhandicapés sont environ d'1 an actuellement, 6 mois pour les enfants, 3 mois pour les extractions dentaires)
- développement d'un projet universitaire et de formation avec l'accueil d'internes de spécialité sur le site de Seclin, et l'ouverture d'un débouché supplémentaire en post-internat destiné à maintenir les compétences médicales dans la région

4) *Typologie de projet* : mutualisation du plateau technique

5) *Constat des charges* :

- Charges fixes : pour le CH de Seclin, le personnel non médical et anesthésiste, les charges de logistique médicale et de structure ; pour le CHRU, le personnel chirurgical
- Charges variables : charges variables de produits médicaux (médicaments et fournitures médicales, consommation d'actes médico-techniques, maintenance de certains équipements médicaux, surcoûts d'investissements spécifiques pour certains équipements, mise à disposition d'installations comprenant nettoyage et entretien des blocs opératoires) et charges variables à caractère hôtelier (logistique hôtelière)

6) *Constat des recettes* (cf. annexe n°)

L'admission du patient ainsi que la facturation sont prononcées par le CH de Seclin.

Volet n°3 : Anesthésie-réanimation

1) Description du projet

L'anesthésie-réanimation constitue une discipline clé du développement du groupement HPSM. Elle fait donc l'objet d'un volet spécifique dont l'objectif est double : faire du groupement HPSM un cadre d'exercice attractif pour de nouveaux anesthésistes-réanimateurs afin de soutenir le développement commun des activités chirurgicales, et permettre aux anesthésistes-réanimateurs des deux établissements d'exercer une activité multi-sites dans un cadre organisationnel reposant sur des standards de qualité communs.

Le premier objectif implique le développement de postes partagés entre les établissements. La démultiplication de l'activité des médecins du CHRU sur deux sites n'est pas envisagée actuellement. Un cadre de coopération officiel doit être mis en place entre les deux établissements permettant de définir les conditions dans lesquelles les praticiens du CHRU pourraient être intéressés à exercer une partie de leurs activités au CH de Seclin.

Le second objectif doit permettre la réalisation d'un règlement intérieur de l'anesthésie-réanimation commun aux deux établissements identifiant des référentiels de pratique permettant d'assurer la qualité et la sécurité des soins, et répondant aux missions de recherche et d'enseignement du CHRU.

2) Situation de départ

- Discipline « sensible » au CU de Seclin
- Besoin de support au développement des activités chirurgicales à Seclin

3) Objectifs de la coopération

- Accompagner la démarche du GCS et le développement des activités chirurgicales
- Renforcer l'équipe d'anesthésie-réanimation du CH de SECLIN
- Mettre en place des référentiels partagés (réalisation à terme d'un règlement intérieur de l'anesthésie-réanimation commun aux deux établissements identifiant des référentiels de pratique, et répondant aux missions de recherche et d'enseignement du CHRU)

4) Typologie de projet : équipe médicale de territoire

5) Charges : charges fixes uniquement (rémunération du personnel médical)

6) Recettes : pas de recettes d'activité propres

Volet n°4 : Imagerie médicale

1) Description du projet

L'imagerie constitue également une discipline clé du développement des projets en chirurgie dans le cadre du groupement HPSM. Elle fait aussi partie des disciplines « sensibles » au plan de la démographie médicale.

Le G.C.S. devrait conduire à recruter, sur toutes les spécialités d'organe, des radiologues exerçant à temps partagé entre le CHRU et le C.H. de SECLIN. Il s'agit bien de construire une seule équipe médicale commune aux deux sites, de même que le groupement HPSM devrait conduire à ce qu'il n'y ait pas deux mais un seul plateau technique d'imagerie.

Le projet doit permettre de promouvoir une « imagerie d'organe » qui se substitue à la « radiologie générale ». Chaque spécialiste du CH de Seclin doit pouvoir travailler avec un référent d'imagerie par organe.

Le plateau technique en imagerie médicale de Seclin est constitué d'une IRM, un scanner et plusieurs échographes. Le groupement HPSM est porteur du projet d'installation d'une deuxième IRM sur le site de Seclin.

2) Situation de départ

- Discipline « sensible » au CH de Seclin (déficit de 4 ETP)
- Besoin de support au développement des activités chirurgicales à Seclin

3) Objectifs de la coopération

- Accompagner la démarche du GCS et le développement des activités chirurgicales
- Renforcer l'équipe d'imagerie du CH de SECLIN en réponse à un problème de démographie médicale
- Mettre en place des référentiels partagés assurant la qualité et la sécurité des soins
- Adopter une nouvelle clé de répartition de l'activité en soutenant la demande d'autorisation d'une nouvelle IRM sur le site de Seclin

4) Typologie de projet : équipe médicale de territoire

5) Charges : charges fixes uniquement (rémunération du personnel médical)

6) Recettes : pas de recettes d'activité propres

Volet n°5 : Urologie oncologique

1) Description du projet

Les établissements partenaires s'apprêtent à installer un urétroscope laser sur le plateau technique de Seclin pour le traitement par les équipes chirurgicales du CHRU et du CH de Seclin des tumeurs urothéliales et le traitement des lithiases (calculs) pour les patients en échec de traitement par lithotritie interventionnelle. L'équipement est composé d'une colonne de fluorescence pour le diagnostic et l'interventionnel et d'un laser pour les actes interventionnels.

Il s'agit d'une prise en charge innovante : il existe cinq centres d'urétroscopie laser en France. La prise en charge est réalisée en ambulatoire.

Toute l'activité thérapeutique sur le rein sera réalisée au CH de Seclin par les deux équipes dans la mesure où le laser sera disponible uniquement sur ce site. L'acquisition de l'ensemble de l'équipement dans le cadre du projet nécessite l'acquisition d'une seconde colonne de fluorescence pour l'activité de diagnostic sur la vessie qui restera localisée au CHU.

L'urétroscope laser est acquis par le groupement HPSM avec une subvention du Conseil Régional à hauteur de 50 %.

2) Situation initiale

- Activité non existante
- Plateau technique de Seclin sous-exploité

3) Objectifs de la coopération

- Exploitation d'un nouvel équipement et prise en charge innovante
- Mise en commun d'une autorisation
- Amélioration de la position concurrentielle

4) Typologie de projet : mutualisation du plateau technique

5) Identification des charges

- charges fixes : temps médical, locaux
- charges variables : consommables, maintenance, amortissements

6) Identification des recettes

Le projet médical prévoit la prise en charge de 115 patients par an au démarrage du projet, (dont 20 au titre des tumeurs urothéliales). L'augmentation d'activité est souhaitable compte tenu de l'investissement et de la courte durée de l'amortissement. Sur cette base, le compte d'exploitation de cet équipement affiche un résultat légèrement négatif à hauteur de 2 500 € sur un total de 188 000 € de charges prévisionnelles. Concernant l'activité de diagnostic au CHRU, le compte d'exploitation prévisionnel est positif à hauteur de 43 000 € ou 49 000 € en fonction des hypothèses de subvention. .

Volet n°6 : ORL- oncologie des voies aéro-digestives supérieures (VADS)

1) Description du projet

Les établissements ont engagé une demande d'autorisation commune pour la oncologie des VADS, dont l'activité chirurgicale sera réalisée au CHRU, et le développement parallèle d'un projet, de recours régional, de rééducation fonctionnelle (RRF) autour des ces pathologies sur le site de Seclin.

Les patients concernés par la prise en charge en RRF sont ceux présentant des troubles de la déglutition, de la phonation, de la statique mandibulaire, une atteinte de l'épaule, des problèmes cardio-respiratoires, ou ceux ayant subi une laryngectomie reconstructive.

La prise en charge reposera sur une équipe pluridisciplinaire comportant un kinésithérapeute, un orthophoniste, un psychologue, un diététicien, un ergothérapeute, un médecin rééducateur avec la collaboration de médecins de soins de suites et de deux médecins ORL spécialisés en oncologie.

Il s'agit d'un projet novateur, la seule structure comparable étant située à Marseille.

2) Situation initiale :

- nécessité de réorganiser la répartition des activités et la filière de prise en charge chirurgicale, notamment dans le contexte de la mise en place de seuils d'activité en oncologie.
- absence d'offre de rééducation fonctionnelle sur ce secteur

3) Objectifs de la coopération :

- Mise en place d'une graduation des soins
- Mise en place d'une filière H-U « hors les murs »
- Valorisation des complémentarités entre établissements
- Approfondissement des activités d'excellence des établissements

4) Typologie de projet : mutualisation d'un plateau technique et structuration d'une filière de prise en charge du patient

5) Charges

- pour le CHRU : charges fixes et variables liées aux activités de prise en charge de la oncologie des VADS
- pour le CH de Seclin : charges fixes et variables de l'activité des soins de suite en oncologie des VADS

6) Recettes

L'admission et la facturation sont prononcées par chacun des établissements en fonction de la prise en charge.

Volet n°7 : Réorganisation de la permanence des soins en chirurgie

1) Description du projet (voir annexe n°3)

Le projet vis à organiser un réseau des urgences sur la métropole lilloise. En période de permanence des soins, la garde chirurgicale sera assurée uniquement par le CHRU, tandis que le CH de Seclin assurera une simple astreinte chirurgicale. Les urgences chirurgicales graves seront immédiatement transférées au CHRU dans le cadre du groupement HPSM. Les urgences jugées moyennement graves ou peu graves feront l'objet d'une intervention chirurgicale sur le site de Seclin le lendemain matin.

La prise en charge en hospitalisation des soins post-chirurgicaux des patients en provenance de Seclin et opérés au CHRU dans le cadre de la permanence des soins chirurgicale sera assurée, toutes les fois où cela est possible, au centre hospitalier de Seclin, et ce dès que l'état de santé du patient le permettra.

2) Situation de départ :

Le CH de Seclin a assuré 468 séjours comprenant une intervention en bloc opératoire avec entrée par les urgences la nuit, le week-end et les jours fériés en 2008. Parmi ces séjours, 215 sont le cadre d'une intervention chirurgicale en période de permanence des soins.

3) Objectifs de la coopération :

- assurer une prise en charge de qualité en condition d'urgence
- mutualiser le plateau technique du CHRU en période de permanence des soins

4) Typologie de projet : mutualisation d'un plateau technique et structuration d'une filière de prise en charge

5) Charges : pas de charges marginales identifiables

6) Recettes

215 séjours avec bloc en PDS = 641 000 € en 2008

468 séjours avec entrée par les urgences en PDS, avec un bloc durant le séjour (dont les 215 supra) = 1 789 000€

Une telle organisation peut être accompagnée du développement d'une activité chirurgicale programmée sur le site de Seclin. On peut ainsi imaginer des mécanismes de répartition des recettes « évolutifs » selon le niveau de compensation constaté de l'activité d'urgence manquante par l'activité programmée.

Volet n°8 : Cardiologie

1) Description du projet

Le projet d'élaboration d'un projet médical commun en cardiologie porte sur la mise en place d'une filière de prise en charge du patient entre le CHRU et le CH de Seclin.

Le plateau technique serait sur le site du CHRU tandis que le CH de Seclin assurerait une activité de rééducation et réadaptation fonctionnelle (RRF) à orientation cardiologique.

Cette filière doit reposer sur un réseau de compétences médicales couvrant l'hémodynamique, la rythmologie et l'insuffisance cardiaque.

2) Situation de départ

- nécessité de réorganiser la répartition des activités et la filière de prise en charge chirurgicale
- nécessité de développer une activité de rééducation fonctionnelle

3) Objectifs de la coopération

- Mise en place d'une graduation des soins
- Mise en place d'une filière H-U « hors les murs »
- Valorisation des complémentarités entre établissements
- Approfondissement des activités d'excellence des établissements

4) Typologie de projet : structuration d'une filière de prise en charge du patient

5) Charges :

- charges fixes et variables de chaque établissement en fonction de leur activité conformément au projet de filière de prise en charge

6) Recettes :

- recettes de chacun des établissements en fonction de leur activité conformément au projet de filière de prise en charge

Volet n°9 : Chirurgie générale et traumatologique programmée

1) Description du projet

Dans le cadre du Groupement HPSM, les établissements sont favorables à la mise en place d'un modèle global cohérent reposant sur le renforcement de la chirurgie programmée.

Le développement des activités de chirurgie générale et traumatologique programmée sur le site de Seclin sera opérationnel à compter de novembre 2009 et l'arrivée d'un assistant à temps partagé au CH de Seclin.

Ce volet du projet est porté par les Professeurs PRUVOT et MIGAUD du CHRU de Lille.

2) Situation de départ :

- Plateau technique de Seclin sous-exploité,
- manque de personnel chirurgical à Seclin
- délais d'attente pour une intervention chirurgicale au CHRU

3) Objectifs de la coopération

- Libération des activités en interne au CHRU,
- amélioration de la lisibilité de l'offre de soins,
- optimisation du plateau technique de Seclin,
- réponse à un problème de santé publique,
- développement des activités et des recettes des établissements,
- prise en charge de proximité dans des délais plus courts

4) Stratégie poursuivie : mutualisation d'un plateau technique

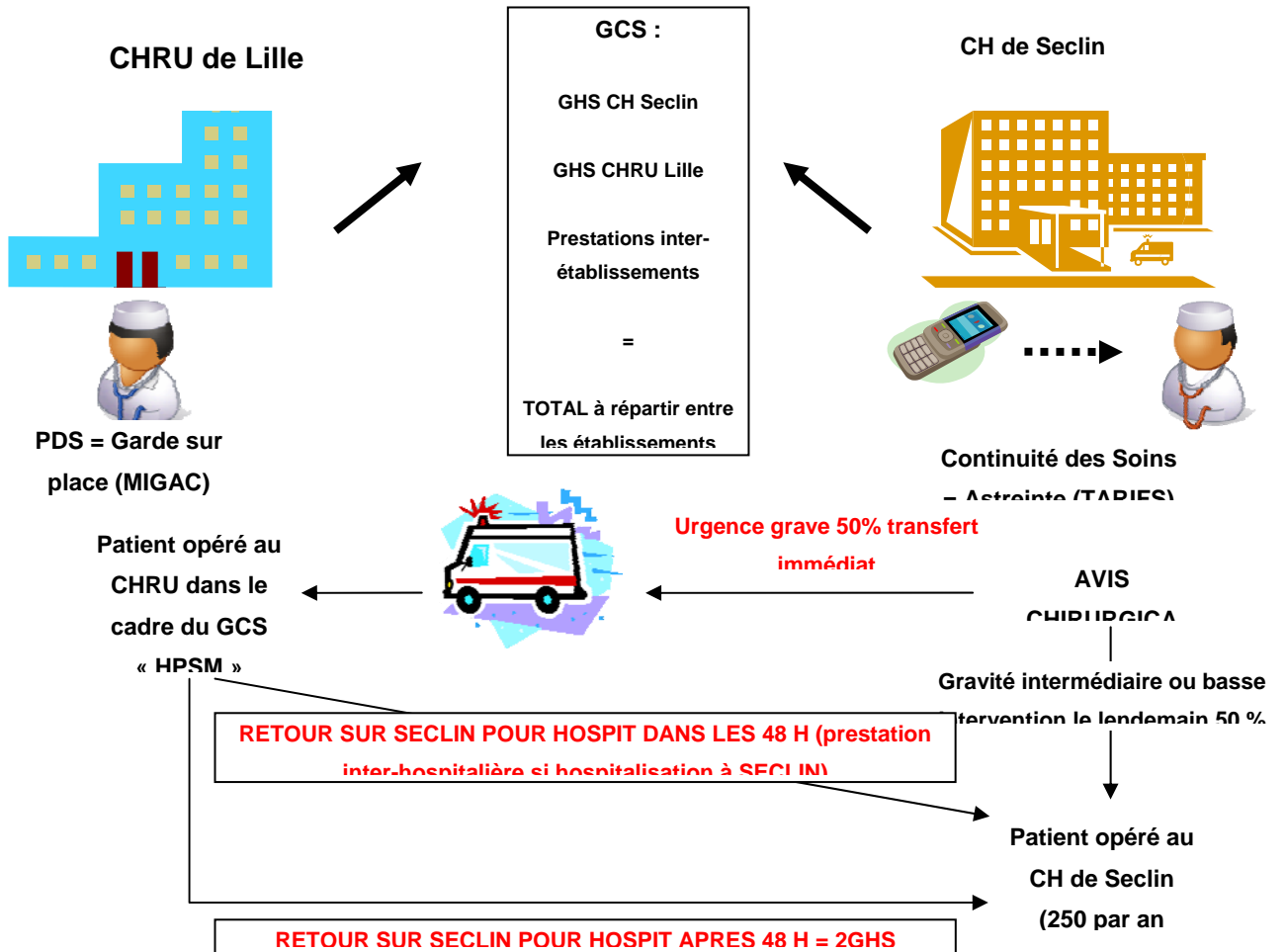
5) Charges : à constater

- plateau technique, locaux, personnel non médical, anesthésistes, prime multi-sites pour les assistants spécialistes en CHU
- temps médical dont assistants spécialistes en CHU

6) Recettes : à constater

L'admission et la facturation sont prononcées par le CH de Seclin.

Annexe n°3 - Schéma du projet de réorganisation de la permanence des soins en chirurgie entre le CHRU de Lille et le CH de Seclin



Annexe n°4 - Prévisions d'activité et de recettes 2009 du GCS « HPSM »

GHM	Libellé	Nb de séjours	Valorisation 100% T2A	Discipline	PREV 2009
24C48Z	Interventions sur la peau et les tissus sous-cutanés : séjours de moins de 2 jours	8	6 948 €	Chirurgie plastique et reconstructrice	
09C03V	Greffes de peau et/ou parages de plaie à l'exception des ulcères cutanés et cellulites sans CMA	2	7 199 €	Chirurgie plastique et reconstructrice	
09C06Z	Interventions sur le sein pour des affections non malignes autres que les actes de biopsie et d'excision locale	2	5 350 €	Chirurgie plastique et reconstructrice	
24C07Z	Affections de la CMD 03 : séjours de moins de 2 jours, avec autre acte opératoire de la CMD 03	1	1 152 €	Chirurgie plastique et reconstructrice	
17C05V	Autres interventions au cours d'affections myéloprolifératives ou de tumeurs de siège imprécis ou diffus sans CMA	1	3 396 €	Chirurgie plastique et reconstructrice	
24C41Z	Actes non mineurs de la CMD 02, séjours de moins de 2 jours	1	1 507 €	Chirurgie plastique et reconstructrice	
08C30V	Interventions sur les tissus mous pour affections non malignes sans CMA	1	2 614 €	Chirurgie plastique et reconstructrice	
24C18Z	Affections de la CMD 08 : séjours de moins de 2 jours, avec autre acte opératoire de la CMD 08	1	1 161 €	Chirurgie plastique et reconstructrice	
24C47Z	Interventions sur le sein : séjours de moins de 2 jours	1	964 €	Chirurgie plastique et reconstructrice	60 SEJOURS
Sous-total chirurgie plastique		18	30 291 €	Chirurgie plastique et reconstructrice	101 000 €

24K15Z	Affections de la CMD 03 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD 03, avec anesthésie	16	16 257 €	Odontologie	32 SEJOURS
Sous-total odontologie		16	16 257 €	Odontologie	32 514 €

24K15Z	Affections de la CMD 03 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD 03, avec anesthésie	38	37 593 €	Stomatologie	
24M06Z	Affections de la CMD 03 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD 03	1	557 €	Stomatologie	100 SEJOURS
Sous-total stomatologie		39	38 150 €	Stomatologie	97 821 €

Total	73	84 698 €
--------------	-----------	-----------------

Total PREV 2009	192	230 975 €
------------------------	------------	------------------

Annexe n°5 - Budget 2009 du groupement de coopération sanitaire « HPSM »
- Apports des membres

G.C.S. "HPSM"

Budget . 2009 DU GCS (APPORTS DES MEMBRES)

		apports CH SECLIN	apports CHU Lille	
DEPENSES				
CHARGES FIXES	TITRE 1			
	Personnel Médical Bloc		35 000	
	Personnel Non-Médical Bloc	55 000		
	Personnel Médical Anesthésie	12 000		
	Personnel Salle de Réveil	3 500		
	Personnel consultations	2 000		
	Personnel Hospitalisation (3ème Sud ACA)	27 000		
	Total TITRE 1	99 500	35 000	
DEPENSES DIRECTES	TITRE 2			
	Médicaments, Consommables médicaux, Sang	20 500		
	Consommables Stérilisation			
	Consommables d'Anesthésie			
		Total Consommables Intervention	20 500	0
	Biologie et Imagerie			
	Biologie	3 100		
	Imagerie	1 300		
		Total Biologie et Imagerie	4 400	0
	Stérilisation			
	Prestation stérilisation	4 500		
		Total Stérilisation	4 500	0
		Total TITRE 2	29 400	0
	TITRE 3			
	Prestation restauration	3 150		
	Prestation blanchisserie	600		
	Maintenance	0		
	Total	3 750	0	
Charges locatives				
Charges locatives	22 350			
	Total Charges locatives	22 350		
	Total TITRE 3	26 100	0	
TITRE 4				
Amortissement				
Amortissement Matériel médical spécifique	4 500			
	Total TITRE 4	4 500	0	
	Sous-Total CHARGES DIRECTES (hors personnels)	60 000	0	
CHARGES INDIRECTES	Charges de logistique générale et médicale	50 000		
	Charges de structure			
	TOTAL	209 500	35 000	
		seclin	Lille	
compensations entre les membres dans le cadre du partage des charges variables "QUOTE-PART"		-30 000 €	30 000 €	
TOTAL DES CHARGES PREVISIONNELLES		179 500 €	65 000 €	

Annexe n°6

Liste des schémas

Schéma n°1 : Les facteurs de composition d'une communauté hospitalière de territoire

Schéma n°2 : Un modèle économique global des coopérations sanitaires

Liste des tableaux

Tableau n°1 : Evolution de l'activité déclarée par les établissements de santé entre 2003 et 2007 (%)

Tableau n°2 : Réseaux de santé et structures de coopération en fonction des catégories d'établissements de santé en 2003 et 2007 (%)

Tableau n°3 : Le positionnement du CHRU de Lille et du CH de Seclin sur leur bassin hospitalier

Tableau n°4 : Consolidation dans l'EPRD du CH de Seclin de l'activité menée dans le cadre du GCS « HPSM »

Tableau n°5 : Consolidation dans l'EPRD du CHRU de Lille de l'activité menée dans le cadre du GCS « HPSM »