

# Projet de coopération entre les hôpitaux Max Fourestier (CASH) et Louis Mourier (HUPNVS)

Commission médicale d'établissement – 8 janvier 2013



# Rappel du contexte

- **Objectif**: rapprochement des hôpitaux Max Fourestier (CASH) et Louis Mourier (HUPNVS, AP-HP) sur la base d'un projet médical commun et dans le cadre d'un GCS de moyens
- **Gouvernance**:
  - Gwéno­lée ABALAIN (directrice de Louis Mourier) chef de projet;
  - comité de pilotage associant l'ARS, la PP et l'AP-HP, les directions administratives et les communautés médicales des sites, la direction du GH (HUPNVS)

*NB: changement en 2012 dans la gouvernance du CASH : nouveau Préfet de police, nouvelle direction administrative (directrice et directrice des finances) + élection d'une nouvelle CME*

# Les coopérations inter-hospitalières

- **Elles sont généralement présentées comme des leviers de réorganisation de l'offre de soins**
  - Graduation de l'offre de soins et organisation des filières sur un territoire
  - Réalisation d'économies d'échelle et recherche de la taille critique sur certaines activités (efficience)
  - Accroissement des parts de marché et diversification des activités des établissements impliqués dans la coopération
  - Substitution d'une logique de complémentarité à une logique de concurrence potentiellement délétère
  - Rentabilisation des investissements par densification de l'activité au sein des bâtiments neufs
  - Mutualisation de services en raison des contraintes de démographie médicale

➔ *Les coopérations ne répondent pas aux mêmes objectifs selon les territoires (zone surcapacitaire vs. désert médical) et les établissements (hôpitaux en difficulté financière ou établissements en croissance d'activité)*

- **Les logiques de coopération peuvent être plus ou moins poussées**
  - Leur ambition est variable: elle va de la coopération dans la prise en charge des patients à la fusion de deux établissements
  - Leur encadrement peut prendre diverses formes juridiques: fédérations inter-hospitalières, conventions de partenariat, GCS de moyens ou GCS « établissement de santé »

# Le paysage hospitalier

## Le CASH

### Capacité (lits & places) autorisées

- Médecine : 131
  - Chirurgie : 50
  - Gynéco-obstétrique : 25
  - Psychiatrie : 83
  - Moyen séjour : 47
- Max Fourestier
- Hébergement : 912
- 1 CHAPSA, 2 CHRS, 1 EHPAD, 1 résidence sociale, des lits halte soins santé...

→ Soit un total de **1 223 lits et places autorisées, dont 311 lits dans le secteur sanitaire**

## Louis Mourier

### Capacités (lits & places) installées

- Médecine : 207
- Chirurgie : 36
- Gynéco-obstétrique : 68
- Psychiatrie : 61
- SSR & USLD : 110

→ Soit un total de **482 lits installés**

Autres acteurs de l'offre territoriale de soins: Bichat/Beaujon, CH Argenteuil, hôpital Foch, Centre cardiologique du Nord, diverses cliniques (Lambert, Martinets, etc.)...

# L'offre de soins

HC (2011): 21 260 séjours  
HP (2011): 10 416 séjours  
1/3 à MF, 2/3 à LM

Activité ambulatoire essentiellement à MF (1 940 interventions en 2011)

## Max Fourestier (MF)

- SAU adulte
- Réanimation
- Médecine interne
- Médecines spécialisées : hépato-gastro-entérologie, cardiologie, pneumologie, diabétologie
- Chirurgies : orl, ophtalmologie, stomatologue, urologie, orthopédie
- Maternité de niveau 1
- Psychiatrie de secteur

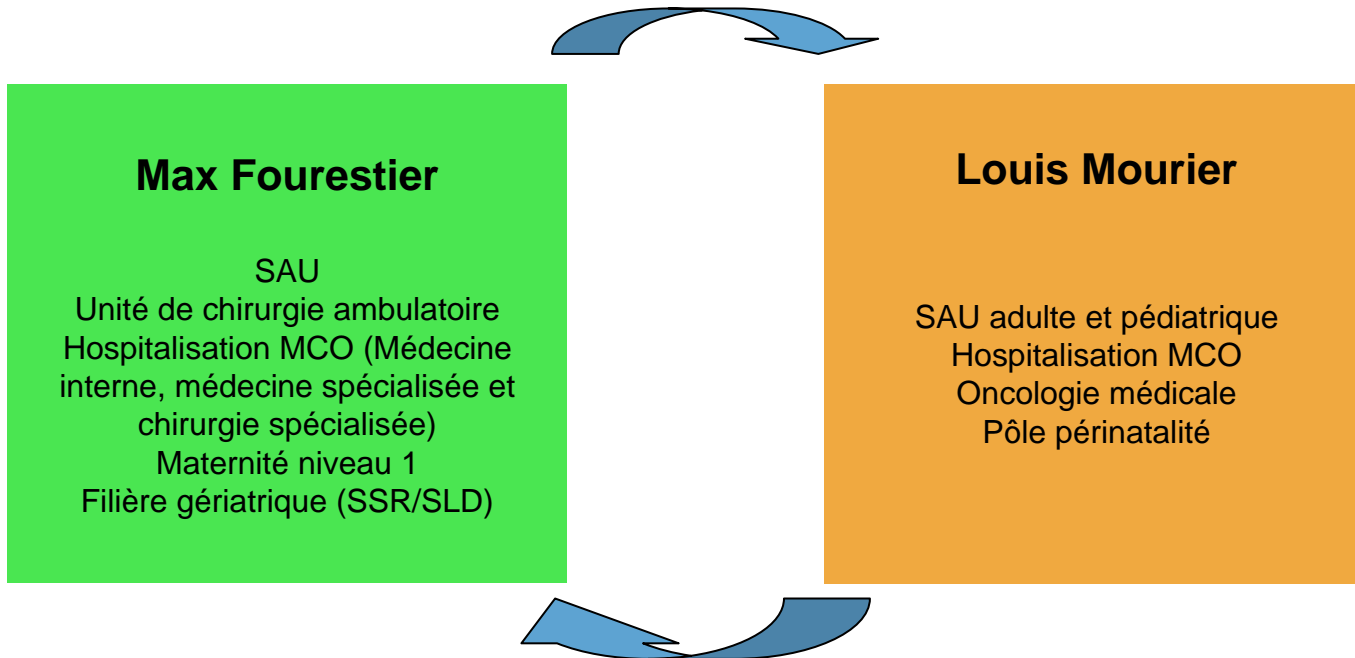
## Louis Mourier (LM)

- SAU adulte et pédiatrique
- Réanimation + USC
- Médecine interne
- Gériatrie aigue
- Hépato-gastro-entérologie
- Chirurgie digestive et de l'obésité
- Psychiatrie et addictologie
- Odontologie
- Maternité de niveau 3
- Néonatalogie
- Pédiatrie

# Le projet médical commun

- Plusieurs pistes de réflexions discutées au sein d'un séminaire médical commun aux deux hôpitaux
- A ce stade, un scénario de travail identifiant un nombre limité de transferts de services MCO vers Louis Mourier, en échange d'une concentration de la filière SSR/SLD et des prises en charge ambulatoires sur Max Fourestier

Transfert possible d'activités MCO (par ex: orthopédie, pneumologie, réa, urgences de nuit)



Transfert possible de la filière SSR/SLD + transfert de la chirurgie ambulatoire

# Avancement du projet

## ■ Les facteurs de blocage ne doivent pas être sous-estimés

- Facteurs d'ordre médical
- Facteurs d'ordre financier
- Facteurs d'ordre social
- Facteurs d'ordre immobilier
- Facteurs d'ordre politique

## ■ L'arbitrage final nécessite au préalable une analyse médico-économique approfondie

- Analyse des **points forts et des points de fragilité** du projet actuel

➔ *Quels risques court-on à ne pas s'engager dans la coopération?*

- Estimation de l'**impact** des réorganisations envisagées **sur le cycle d'exploitation** des deux hôpitaux

➔ *Plusieurs groupes de travail, associant les deux hôpitaux, l'ARS et les directions fonctionnelles du siège, expertisent les différents volets du projet de coopération (schémas capacitaire, financier, immobilier, informatique, juridique)*

➔ *Le dossier fera l'objet d'un examen en commission des structures et des restructurations*

# Quelques enseignements

- **La coopération ne peut se traduire par l'organisation de quelques transferts d'activité**
  - Risque de « jeu à somme nulle »
  - Nécessité de poursuivre en parallèle les efforts d'efficience et de recherche de parts de marché
  - Nécessité de densifier au global le projet de coopération par apport de capacités extérieures
  - Nécessité d'intégrer le projet de coopération dans une vision stratégique globale sur l'avenir du CASH
  
- **La coopération pose la délicate question de la solidarité financière entre établissements**
  
- **La coopération demande une forte implication de l'ARS (accompagnement financier, dialogue avec les élus locaux)**
  
- **Les approches doivent être différenciées selon les situations de coopération**
  - La même recette ne peut être appliquée au projet de rapprochement CASH-Louis Mourier et au projet de coopération CHIC-Henri Mondor