

## Fiche 1

## Les déterminants de la coopération

La **coopération**, définie comme l'« action de participer à une œuvre commune<sup>1</sup> », est aujourd'hui un des objectifs essentiels des pouvoirs publics en matière de réformes hospitalières et pour le secteur social et médico-social.

Cette question tient une place importante dans le débat sur la politique de santé depuis plusieurs dizaines d'années. Cependant, les déterminants de la coopération dans les secteurs sanitaire et social ont évolué. Les pouvoirs publics ont mis en évidence successivement plusieurs préoccupations qui semblent converger aujourd'hui, du fait de la conjonction des contraintes imposées aux structures de santé.

Les raisons de coopérer peuvent être économiques. Leur motivation peut résider également dans l'amélioration de la prise en charge ou l'adaptation aux contraintes de la démographie médicale.

## Les contraintes économiques

La coopération peut être motivée :

- par la recherche d'économies ;
- par la mise en place d'organisations moins consommatrices de charges d'exploitation ou de besoins d'investissements.

Cette **recherche d'efficacité** peut prendre la forme d'économies d'échelle, que ce soit à travers la massification des processus et des achats ou la mutualisation de fonctions. La stagnation des crédits alloués par l'assurance maladie et la multiplication des situations de déficits des hôpitaux ont amené les pouvoirs publics et les décideurs des établissements de santé à mener des réflexions pour rationaliser la prise en charge. Ces efforts ont porté sur la recomposition de l'offre de soins et les processus de prise en charge. Les coopérations, qui ont abouti à des **restructurations** d'établissements de santé, des **fusions** ou des **partenariats** ont été rapidement perçues comme des leviers afin de réaliser des économies ou de gains de productivité.

La recherche d'économies d'échelle a été accentuée par les études de type « Base d'Angers », qui ont montré l'intérêt d'atteindre une masse critique ou certains seuils d'activité pour améliorer les ratios de référence (coût du kilo

1. Définition du dictionnaire *Petit Robert*, in Houdart L., Larose D., Barré S., *Traité de la coopération hospitalière*, vol. 1, Paris, Éditions Houdart, 2000, p. 14.

de linge, coût du repas, coût du B pour les laboratoires, etc.). La recherche de l'efficacité économique passe souvent par des démarches de regroupement ou de massification.

Cette logique de recherche d'efficacité par la massification a été renforcée avec la question des mises en conformité. La mise en œuvre des réglementations a été un élément supplémentaire pour considérer la coopération comme seul moyen d'atteindre une conformité, une accréditation ou une habilitation à des conditions économiquement acceptables. Le développement d'une politique de sécurité sanitaire, très visible dans les années 1990 et 2000, a amené à des réglementations exigeantes nécessitant des investissements importants. Des secteurs comme la stérilisation, les blocs opératoires, les laboratoires, les pharmacies, les unités de production alimentaires ou les blanchisseries ont connu chacun des logiques de mise en conformité et d'augmentation de leur processus qualité engendrant des coûts importants à la fois en investissements et en charges d'exploitation. Pour ces secteurs supports de l'activité de soins, ces coûts supplémentaires ne pouvaient trouver comme contrepartie la réalisation de recettes nouvelles.

En effet, dans un contexte de **dotation globale stagnante**, suivi de la mise en place de la tarification à l'activité avec une baisse continue des tarifs des groupes homogènes de séjours, la politique d'investissement des hôpitaux issue de ces réglementations ne pouvait s'appuyer sur une amélioration du rendement des plateaux techniques. Dans cet environnement contraint, marqué par l'obligation du respect de la réglementation mais sans liberté pour la fixation des tarifs, il devient tentant d'engager des démarches de mutualisation afin de partager le coût des investissements. Ce raisonnement a cependant des limites car il induit à la fois une perte d'autonomie des établissements et des charges logistiques supplémentaires. La mutualisation d'une fonction support sur un site unique pour plusieurs structures nécessite la mise en place d'organisations pour l'acheminement et le transport afin de relier les différents établissements. Ces paramètres doivent dans tous les cas être intégrés car ils font partie de la balance avantages/inconvénients liés à la décision de mutualisation. Dans ce cadre, la conception de la *supply chain* devient également plus complexe.

## Les raisons démographiques

---

La **raréfaction des moyens** humains, en particulier s'agissant des compétences médicales, est le second facteur majeur du développement des coopérations en santé. En effet, le phénomène des déserts médicaux en France a été un puissant stimulant pour imaginer des solutions novatrices afin de pallier le déficit de praticiens.

Les **déserts médicaux** peuvent être définis comme le constat d'un manque de praticiens généralistes ou spécialistes sur un territoire donné.

Ce phénomène des déserts médicaux pose la question de l'accès aux soins pour certaines parties du territoire. Même si le nombre de praticiens a augmenté (275 praticiens pour 10 000 habitants en 1985 contre 340 en 2005 selon le journal *La Tribune*), leur répartition sur le territoire aboutit à des déséquilibres avec des secteurs marqués par une pénurie de médecins, notamment dans les zones rurales et les banlieues. Elle trouve son origine à la fois dans le *numerus clausus*, l'arrivée à l'âge de la retraite des générations de médecins issus du *baby-boom* et le manque d'attractivité des zones rurales.

Ce manque de praticiens a des conséquences en termes d'**accès aux soins**. Une zone caractérisée par un accès difficile aux soins est définie comme un secteur géographique de 100 000 habitants avec une densité médicale de 30% à 60% inférieure à la moyenne nationale. Selon une étude de l'association UFC-Que choisir publiée le 29 juin 2016, la capacité d'accès à un médecin généraliste ou spécialiste s'est dégradée en 2016 pour plus de 30 millions de Français par rapport à 2012. En outre, entre 2012 et 2016, 27% des Français ont vu diminuer le nombre de médecins généralistes à moins de 30 minutes en voiture. Sur cette frange de la population, plus de 3 millions de personnes vivent même dans un désert médical, c'est-à-dire une zone avec une densité médicale plus de 60% inférieure à la moyenne nationale. Sur la même période, 59% des Français ont vu une réduction du nombre de gynécologues qui peuvent être consultés à moins de 45 minutes en voiture. Selon les résultats de cette étude, un tiers de la population a un accès difficile à un pédiatre, un gynécologue ou un ophtalmologiste.

L'accès aux soins se révèle encore plus dégradé si l'on retient le critère du temps d'accès à des praticiens ne pratiquant pas de dépassement d'honoraire. En effet, selon cette étude, 45% de la population a un accès difficile à un pédiatre pratiquant les tarifs de la Sécurité sociale. C'est en matière d'accès à un ophtalmologiste ou un gynécologue que la situation est la plus critique puisque c'est alors 80% de la population qui vit dans une zone déficitaire pour ces deux spécialités.

Cette problématique d'accès aux soins, dont les enjeux sont croissants eu égard aux résultats des études menées sur le sujet, se trouve d'autant plus évidente si elle est mise en perspective par rapport aux objectifs de santé publique. Chaque année, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques publie un rapport sur l'état de la santé en France. Au moyen de deux cents indicateurs, ce rapport dresse un panorama de l'état de la santé de la population française. Il en ressort un constat globalement favorable si l'on compare notre nation aux principaux pays développés, mais

on note des disparités persistantes d'ordre social et géographique, d'où le maintien d'inégalités assez fortes.

Il existe tout d'abord un **gradient social en santé**, c'est-à-dire que le risque d'occurrence d'un problème de santé est inversement proportionnel à sa position dans la hiérarchie sociale. Les facteurs identifiés de ces inégalités sont les conditions de vie et de travail, les modes de vie et les comportements à risque. L'espérance de vie à 35 ans est de 6,3 ans plus importante pour les hommes qui sont cadres, en comparaison des ouvriers. L'écart se réduit à 3 ans pour les femmes. La proportion d'enfants obèses est beaucoup plus importante chez les ouvriers que chez les cadres (4,5 % contre 1,2 % en grande section de maternelle, 5,8 % contre 0,8 % en CM2 et 5,5 % contre 1,6 % en classe de 3<sup>e</sup>).

Ces inégalités sociales par rapport aux risques en santé se doublent d'inégalités territoriales. Les espérances de vie varient d'environ 5 points chez les hommes et de 3 points chez les femmes selon les régions. Ces disparités géographiques sont également tributaires du degré d'exposition à des agents polluants de l'air ou de l'eau.

## Les visées qualitatives

Le développement des coopérations est enfin lié à **l'amélioration de la qualité des soins** délivrés aux patients. L'impact de la coopération en termes d'efficacité est un thème qui a été privilégié ces dernières années. Cela ne doit pas occulter que la première préoccupation ayant déterminé la mise en place des coopérations en santé était d'ordre qualitative.

Il est attendu des coopérations dans les secteurs sanitaire et médico-social, une **plus-value dans la prise en charge**, en termes de coordination des intervenants et de globalité d'approche. À ce titre, la démarche de coopération, née de constats des professionnels de terrain, doit être considérée comme une étape dans la conception de la prise en charge du patient, du résident ou de l'utilisateur. Il s'agit pour le système de santé de parvenir à un niveau de maturité supplémentaire, avec une prestation de soins ou de prise en charge plus pertinente, car alliant à la fois un degré de personnalisation plus soutenu et une transversalité dans l'action. Si l'on se place dans une perspective d'analyse critique du système de santé, il est clair que la coopération est née de la volonté de surmonter les cloisonnements existants afin d'adapter la prise en charge aux patients atteints de maladies chroniques ou évolutives, ainsi qu'aux états polyopathologiques. La coopération devient alors le moyen de parvenir à une réponse de soins plus sophistiquée, car offrant à la fois à un standard de qualité et une personnalisation de la prise en charge, afin d'éviter une discontinuité dans l'action, pensée comme plus globale et transversale.