

**GILLES CALMES**

Directeur d'hôpital, administrateur d'un GCS

**JULIEN KEUNEBROEK**

Élève directeur d'hôpital

**CÉLINE LELEUX**

Attachée d'administration hospitalière

Centre hospitalier de Saint-Quentin (Aisne)

# Évaluation des modèles économiques des structures de coopération sanitaire

## Les GCS de moyens

**La pratique de la coopération entre établissements de santé en vue d'assurer des fonctions techniques et logistiques s'est considérablement développée ces dernières années.**

**La création d'outils juridiques ad hoc, tels que le groupement de coopération sanitaire (GCS), a favorisé ce mouvement. La question de la mesure de leurs réels effets économiques se pose toutefois régulièrement, de même que l'évolution dans le temps des modèles économiques, jugés performants à un instant « T ». La Revue hospitalière de France présente ici une étude de benchmark conduite sur un GCS de stérilisation. Que révèle la comparaison des coûts de prestation d'un GCS de moyens avec ceux d'un établissement réalisant en interne des prestations identiques ? Quels enseignements apporte la comparaison des coûts de production de ce GCS avec un groupement de coopération nouvellement créé, dans une autre région ?**

**L**e code de la santé publique rappelle que l'objectif de toute démarche de coopération est « de faciliter, de développer ou d'améliorer l'activité » des partenaires. Si la réalisation de cet objectif s'apprécie au regard d'une amélioration qualitative des prestations, elle s'évalue également à l'aune des économies d'échelle attendues. Cette

dernière observation explique le souci, pour l'administrateur d'un GCS par exemple, de mesurer le gain d'efficacité généré le cas échéant par sa structure.

L'étude d'un GCS assurant la stérilisation du matériel médical d'établissements d'un même territoire de santé a été réalisée sur la période 2008/2010, avec deux objectifs :

- comparer le coût des prestations d'un GCS de moyens, en valeur absolue et en structure, avec celui des établissements assurant en interne la même fonction ;
  - comparer le coût de production du GCS de moyens étudié avec celui d'un autre GCS nouvellement créé, dans une autre région (cf. chapitre « évaluation de projets nouveaux »).
- Cette structure de coopération refacture ses charges aux partenaires (au nombre de sept, dont un de statut privé) proportionnellement aux volumes traités. Elle vient de connaître une augmentation de ses charges (et donc de ses coûts), consécutive à l'extinction de l'accompagnement versé par l'agence régionale de santé au titre des trois premières années de fonctionnement.

### Exploiter la base d'Angers

Dans la démarche qui consiste à se comparer (benchmark), la question fondamentale est celle du choix de la référence. En la matière, la seule référence existante est la base nationale coordonnée par le CHU d'Angers, qui vise à comparer les différents postes de dépenses des activités médico-techniques et logistiques d'un établissement de santé.

La fiche relative à la stérilisation agrège les données de 139 établissements, dont 116 CH et 23 CHU. Cependant, la version la plus récente de la base s'appuie sur des chiffres de 2009 au

moment de la réalisation de l'étude (second trimestre 2011). Afin de réduire au maximum le décalage temporel, le choix a été fait de comparer ces données avec les coûts du GCS constatés sur l'exercice 2008/2009 (hors dotation ARH), soit la deuxième année de fonctionnement. En effet, certaines dépenses engagées lors de l'exercice initial faussaient les comparaisons.

En vue d'établir le rapprochement entre les coûts du GCS et ceux de la base d'Angers, il convient ensuite de retraiter les coûts du GCS selon la nomenclature de la base d'Angers. Cette phase s'avère délicate, puisque seuls les établissements ayant alimenté la base connaissent précisément le contenu de cette nomenclature. Pour autant, cette opération est indispensable pour pouvoir comparer la structure des coûts. En procédant à cet alignement, le résultat fait alors apparaître un coût d'unité d'œuvre de 855 €/m<sup>3</sup> pour le GCS, contre 692,60 €/m<sup>3</sup> pour la moyenne nationale de la base d'Angers (tableau 1).

### Appréhender les incertitudes méthodologiques

Ce résultat brut semble en première lecture défavorable au GCS objet de l'étude. Pour autant, une lecture plus attentive permet de tirer deux enseignements intéressants en matière de

structure des coûts, malgré la conscience de l'existence d'incertitudes méthodologiques interférant inévitablement sur cette dernière.

#### >> Premier enseignement relatif aux charges de personnel

Le coût en personnel du GCS, rapporté à la production, est inférieur en valeur absolue au coût moyen constaté dans les établissements de la base (476 € contre 547 €). Le champ des coûts à prendre en compte dans cette rubrique étant peu aléatoire, la comparaison est estimée fiable.

#### >> Deuxième enseignement relatif aux autres charges

Le GCS présente deux postes de surcoûts expliquant chacun pour moitié l'écart avec le résultat de la base d'Angers, au niveau des « autres charges directes » et au niveau des amortissements :

- **autres charges directes** : les coûts du GCS intègrent de manière exhaustive les consommations énergétiques, ainsi que les charges

économiques et financières. Sur ce point, et à défaut de précision supplémentaire, il convient de s'interroger sur l'exhaustivité de telles charges recensées dans la base. Et ce, en raison de la difficulté - légitime pour un établissement assurant en interne sa stérilisation - à isoler la part des charges spécifiquement imputables à ce secteur ;

- **amortissements** : le matériel du GCS n'étant pas amorti en propre puisque mis à sa disposition par l'un des établissements membres, le coût d'amortissement est en réalité repré-

## Le coût en personnel du GCS, rapporté à la production, est inférieur en valeur absolue au coût moyen constaté dans les établissements de la base.

senté par le coût de la redevance, qui répercute ces amortissements. Ici, l'écart défavorable au GCS peut résulter du caractère récent des investissements (locaux notamment), ou refléter un surdimensionnement du projet.

#### Au-delà de la base d'Angers : enquête par questionnaire « flash »

Ces conclusions, qui offrent des pistes de réflexion, demandent à être affinées. Afin de pallier le manque d'outils de comparaison alternatifs et de garantir l'homogénéité des données à exploiter, il a été décidé de solliciter directement une quarantaine d'établissements publics de santé : cette démarche a été réalisée à partir d'un questionnaire portant sur la taille des équipes, la nature de l'équipement, les horaires de fonctionnement (...), accompagné d'une nomenclature des comptes simplifiée. Les réponses devaient bien entendu rester confidentielles en cas de communication externe ultérieure. L'avantage d'un tel type d'enquête est

#### >> Coûts au m<sup>3</sup> (tableau 1)

	GCS 2008/2009		Base d'Angers 2009	
	en valeur (€)	en volume (%)	en valeur (€)	en volume
Personnel	475,92	55,64	547,29	79,02%
Amortissements (redevances)	183,15	21,41	84,64	12,22 %
Autres charges directes	151,88	17,76	38,15	5,51 %
Charges induites (entretien - maintenance)	44,39	5,19	42,06	6,07 %
Total charges	2 319 880,00	100,00		
Activité (m <sup>3</sup> )	2 712,20			
<b>PU au m<sup>3</sup></b>	<b>855,38</b>		<b>692,60</b>	

Le total dépasse 100% : tous les ES n'ont pas répondu à toutes les données

de permettre à son initiateur de fixer lui-même le périmètre du champ d'analyse et la méthodologie qu'il entend appliquer ; l'inconvénient est que ce type d'initiative isolée ne recueille pas un taux élevé de réponses. En l'espace d'un mois, cinq réponses ont été obtenues. Parmi elles, trois n'ont pu être exploitées dans les temps : la première ne faisait pas figurer les coûts de personnel, la deuxième ne faisait au contraire figurer que ceux-ci, et la dernière fournissait des données exhaustives mais se fondait sur une unité d'œuvre différente du m<sup>3</sup>, ce qui impliquait une conversion et ne permettait donc pas d'établir des comparaisons dans le délai imparti à la réalisation de l'étude. Deux réponses seulement ont pu être exploitées : il s'agissait de deux centres hospitaliers généraux, assurant chacun des volumes représentant 50 % de l'activité du GCS étudié (tableau 2). L'un de ces centres a accepté de communiquer la synthèse d'un audit de sa fonction stérilisation réalisé deux ans auparavant, gage de fiabilité des données recueillies.

### Analyser tous les paramètres : quantitatifs et qualitatifs

Au plan organisationnel, on constate que le délai de rendu du matériel stérilisé est sensiblement raccourci dans les deux centres hospitaliers concernés par l'étude : un résultat logique

si l'on considère la vocation « interne » de la structure. Le délai opposé par le GCS intègre toutefois l'acheminement chez les partenaires, distant de 50 km pour le plus éloigné.

Si les différences observées en termes de volume et de périmètre d'activité ont logiquement des répercussions en matière de coûts de personnel (tableau 3), il est intéressant d'étudier le ratio du volume traité rapporté aux effectifs de production, qui fournit un indicateur de productivité intéressant. À cet égard, le GCS se révèle en posi-

tion favorable, avec une moyenne de 120 m<sup>3</sup> traités annuellement par équivalent temps plein (ETP), contre au mieux 86 m<sup>3</sup> dans les deux centres hospitaliers concernés (tableau 4). Au total, le prix unitaire du m<sup>3</sup> traité au GCS - hors dotation par l'ARS - se

## Les GCS permettent des économies d'échelle, qui semblent toutefois plafonner au-delà d'une certaine taille.

situé au deuxième rang dans ce classement (sous réserve de la prise en compte de l'ensemble des coûts dans les établissements ayant répondu à l'enquête), avec un coût de 918 €/m<sup>3</sup>, contre 800 € pour l'un des CH et plus de 1 000 € pour l'autre (tableau 4).

### L'évaluation de projets nouveaux

L'évaluation de projets nouveaux implique d'appréhender l'évolution des modèles économiques dans le temps et dans l'espace. Un procédé de benchmark (comparaison) peut également être appliqué de manière originale en confrontant une structure existante, parvenue à maturité, à une structure nouvelle dont la création a été validée, et située dans une autre région.

L'intérêt de ce type d'analyse est multiple :

- estimer l'actualité du modèle économique sur lequel repose la structure existante parvenue à maturité ;
- évaluer l'impact du contexte régional sur l'efficacité de cette structure. La création du GCS étudié s'est historiquement inscrite dans le cadre d'un schéma régional de stérilisation défini en deux axes : la concentration de l'activité de stérilisation de la région sur cinq sites, et la capacité des sites à absorber au moins provisoirement l'activité d'un autre, en cas de défaillance technique.

Le GCS étudié (structure existante parvenue à maturité) est comparé à

### >> Type de structure et volume d'activité (tableau 2)

	GCS	CHG A	CHG B
Type	GCS	stérilisation centrale	stérilisation centrale
Volume de production 2010 (m <sup>3</sup> )	2 654	1 303	1 326
Moyenne des m <sup>3</sup> traités / jour (m <sup>3</sup> )	10	5	5

### >> Effectifs en personnels (tableau 3)

	GCS	CHG A	CHG B
<b>Personnel d'encadrement</b>			
Nombre de pharmaciens	1	2	1
Nombre de cadres de santé	1	1	1
<b>Personnel de production</b>			
Effectif de production (ETP)	22	15,1	16,8
Temps de travail quotidien	7h42	7h36	7h40
Coût de l'encadrement (€)	213 109		107 865
Coût du personnel non médical (€)	1 111 257	N.C.	* 717 872
Total coût de personnel (€)	1 324 366		* 825 736

\* Pour le centre hospitalier B, le coût des 8 chauffeurs n'est pas imputé sur les 16,8 ETP du personnel non médical. Le centre hospitalier B n'a comptabilisé que les charges de personnel directement rattachables à la production (IBODE...).

### >> Indicateurs de productivité et de coûts (tableau 4)

	GCS	CHG A	CHG B
Volume annuel traité / ETP de production (m <sup>3</sup> )	120,6	86,3	78,9
Prix unitaire au m <sup>3</sup> en 2010 (€)	918	800	1 006

une nouvelle structure (dénommée « nouveau GCS »), qui présente en outre l'avantage d'avoir vocation à traiter un volume annuel significativement plus important que le GCS étudié (pratiquement le double : cf. tableau 5). Ceci permet d'évaluer également l'impact potentiel d'une économie d'échelle.

Compte tenu des effectifs de ces structures, la comparaison des taux de productivité par ETP hors encadrement (cadre de santé et pharmaciens) fait apparaître des valeurs assez similaires (tableau 6). Ceci invite à considérer que l'impact réel de l'économie d'échelle reste donc très mesuré.

Il en résulte que la part des charges de titre 1 (en valeur absolue) dans la structure du coût de production unitaire est pratiquement identique pour les deux structures (tableau 6).

Pourtant, au final, la valeur de ce coût de production diffère sensiblement pour les deux structures (tableau 7), ce qui semble confirmer le sentiment du surdimensionnement du GCS étudié.

### Des économies d'échelle... à pondérer

Les GCS permettent des économies d'échelle, qui semblent toutefois plafonner au-delà d'une certaine taille.

L'évaluation du GCS étudié apporte plusieurs enseignements :

- le prix unitaire du m<sup>3</sup> au GCS étudié reste comparable à ceux des centres hospitaliers assurant la stérilisation en interne, alors qu'il est possible que le coût réel de ces derniers ne soit pas toujours exhaustivement connu ;

- le prix unitaire du m<sup>3</sup> au GCS peut apparaître légèrement supérieur à celui de la base d'Angers, du fait d'incertitudes méthodologiques inhérentes à la base d'Angers qui en limite l'interprétation ;
- le coût de la structure apparaît plus élevé au sein du « GCS étudié » que dans les hôpitaux expertisés, signe d'un probable surdimensionnement initial de la structure. Ce constat est confirmé par la comparaison avec le « nouveau GCS ». Ce coût de structure connaîtra toutefois une forte baisse dès 2012 en raison de la réduction des charges d'amortissement ;
- la productivité des GCS révèle des structures performantes. Toutefois, les économies d'échelle en personnel plafonnent au-delà d'une certaine taille.

Le benchmark permet sans nul doute d'accroître la visibilité des acquis et opportunités de productivité. Mais il doit, dans certaines circonstances, être éclairé par les spécificités propres à chaque situation. Le procédé constitue souvent un point de départ en vue d'adopter de meilleures pratiques d'organisation : ceci ne dispense pas de s'intéresser à la « compétence » de chaque acteur dans le processus étudié. Il permet enfin d'évaluer dans le temps la validité d'un modèle économique, et de comparer, dans l'espace, l'impact des différents choix régionaux présidant à leur création. ■

#### >> Volume d'activité (tableau 5)

	GCS étudié	Nouveau GCS
Moyenne des m <sup>3</sup> traités / jour (m <sup>3</sup> )	10	17

#### >> Indicateur de productivité globale, hors encadrement (tableau 6)

	GCS étudié	Nouveau GCS
Volume annuel traité / ETP hors encadrement (m <sup>3</sup> )	92	94,2

À noter : à défaut de connaître précisément, pour le nouveau GCS, le nombre d'ETP affectés à la production proprement dite, un ratio de productivité globale est calculé sur l'ensemble des ETP non médicaux, hors encadrement.

#### >> Indicateur des coûts (tableau 7)

	GCS étudié	Nouveau GCS
Prix unitaire au m <sup>3</sup> (€)	920,42 € (2011)	837,05 €

À noter : le coût de production du « nouveau GCS » ne tient pas compte ici des frais financiers inhérents au financement du projet, afin de ne pas fausser les comparaisons.

Revue  
hospitalière de France

www.revue-hospitalieres.fr

Abonnement à la revue « papier »  
Recherche en ligne par mots clés, archives,  
accès illimité pour les abonnés



FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE