

Ecole Nationale de la Santé Publique

Franck MASURELLE
Elève-Directeur d'Hôpital
Promotion 1998/2000

*

* *

Mémoire de fin de formation

Un partenariat novateur pour
la cardiologie interventionnelle
dans le valenciennois

*

* *

SOMMAIRE

*

* *

Liste des principales abréviations

<u>Introduction</u>	P 1 à 12
<u>Préambule; la pathologie cardiaque face à l'évolution des prises en charge</u>	P 13 à 27
I. Données épidémiologiques	P 13 à 17
II. Eléments de définition	P 18 à 23
III. La prise en compte de la cardiologie interventionnelle	P 24 à 27

Partie 1 De la mise en place du partenariat

Introduction	P 29
<u>Chapitre I: Le patient au coeur du système</u>	P 30
Section A: une offre de soins dynamisée	P 31
Section B: le statut juridique du patient	P 32-33
Section C: les modalités de prise en charge	P 34-35
<u>Chapitre II: La recherche d'un cadre juridique souple et innovant</u>	P 36
Introduction	P36
Section A: Un système juridique souple et cohérent	P 36 à 39
Section B: Le régime des responsabilités	P 39 à 42
Section C: Le positionnement de la tutelle et de	

l'assurance Maladie	P 42-43
<u>Chapitre III: Mise en oeuvre et gestion au quotidien</u>	P 44
Section A: Les ressources humaines	P 44-45
Section B: Les aspects financiers et budgétaires	P 46-47
Section C: Le volet logistique	P 48 à 50
Conclusion	P 50
<u>Partie 2 Analyse prospective du partenariat</u>	
<u>Introduction</u>	P 52
<u>Chapitre Préliminaire: Analyse et bilan</u>	
<u>du comité de pilotage</u>	P 53 à 56
<u>Chapitre I: Premier bilan par les acteurs du partenariat</u>	P 57
Section Préliminaire: Données épidémiologiques	P 57 à 60
Section A: L'évaluation des utilisateurs	P 60 à 63
Section B: Le point de vue des structures hors	
cardiologie	P 64 à 67
<u>Chapitre II: La nécessité d'un suivi constructif</u>	P 68
Section A: La mise en place d'un système	
de comptabilité analytique spécifique	P 68 - 69
Section B: De la nécessité d'instaurer un coût	
par pathologie	P 69 à 74
<u>Chapitre III: Un avenir fait de prospectives</u>	
<u>mais aussi d'ajustements</u>	P 75

Section A: Quelle évolution pour la convention de partenariat?	P 75 à 78
Section B: Les perspectives d'avenir en termes d'activité	P 79
Section C: La validation de l'expérimentation: un exemple probant	P 79 à 81
<u>Conclusion générale</u>	P 82

Remerciements

Bibliographie

Annexes

LISTE DES PRINCIPALES ABREVIATIONS UTILISEES

ARH: Agence Régionale de l'Hospitalisation

ASH: Agent des Services Hospitaliers

CH: centre hospitalier

CMD: Catégorie Majeure de Diagnostic

CPAM: Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CRC: Chambre Régionale des Comptes

CROSS: Comité Régional d'Organisation Sanitaire et Sociale

CSP: Code de la Santé Publique

DGF: Dotation Globale de Financement

DGS: Direction Générale de la Santé

DH: Direction des Hôpitaux

DIM: Département d'Information Médicale

DMS: Durée Moyenne de Séjour

EQTP: Equivalent Temps Plein

GHM: Groupe Homogène de Malades

IDE: Infirmière Diplômée d'Etat

ISA: Indice Synthétique d'Activité

PDG: Président Directeur Général

PH: Praticien Hospitalier

PSPH: Participant au Service Public Hospitalier

RSS: Résumé Standardisé de Sortie

RUM: Résumé d'Unité Médicale

SROS: Schéma Rgional d'Organisation Sanitaire

UF: Unité Fonctionnelle

USIC: Unité de Soins Intensifs Cardiaques

INTRODUCTION



La région Nord-Pas-de-Calais est l'une des régions les plus denses de France en termes de population. Elle regroupe quatre millions d'habitants pour 172 établissements de soins. Elle comporte quatre bassins de vie délimités par l'ARH en termes de santé, autour d'un réseau routier de qualité que sont la métropole lilloise, le littoral, l'Artois et le Hainaut français.

A lui seul, le département du Nord regroupe 2 549 800 habitants et une densité en habitants au kilomètre carré de 444 (La France comptant au 21 juillet 1999 un nombre de 60 082 000 habitants)¹.

C'est au sein du Hainaut, situé au sud/sud-est du département du Nord, que se trouvent trois des onze secteurs sanitaires (7,8,9) couvrant les zones de Cambrai, Maubeuge et Valenciennes. Le bassin de vie du Hainaut est, des bassins de vie hors Métropole, celui qui présente le degré d'autonomie le plus important. Dans certaines disciplines (maternité, néphrologie) ce bassin apparaît même comme fournisseur net de soins dans la mesure où il attire de nombreux

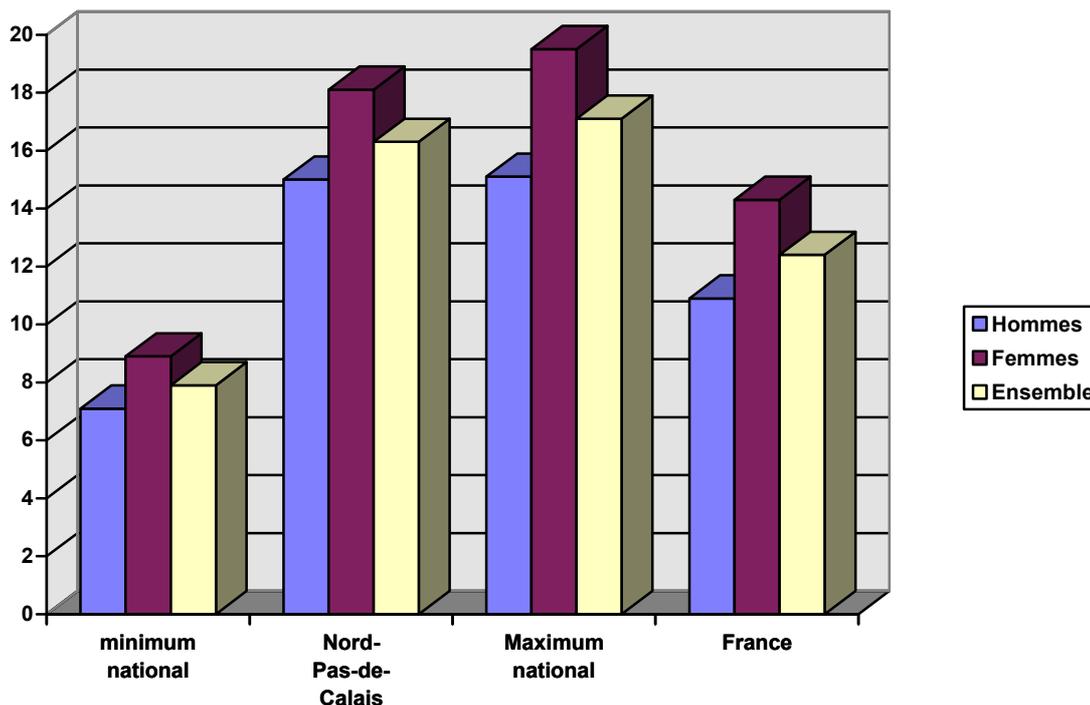
patients de secteurs voisins (de Douai et de Picardie principalement). Globalement, ce bassin de vie connaît des fuites qui se limitent souvent à un taux incompressible de recours régional. En outre, le bassin du Hainaut présente la caractéristique de disposer d'une offre hospitalière fortement centralisée et hiérarchisée, avec les secteurs de Cambrai et surtout Maubeuge qui apparaissent systématiquement déficitaires. Ce déséquilibre traduit le rôle prépondérant de Valenciennes dans le réseau hospitalier du Hainaut.

Ainsi, concernant le secteur 7, Valenciennes, on peut y recenser une population de 375 530 habitants dont 41 278 pour la seule ville de Valenciennes avec une densité (hab./km²) de 2 983².

Concernant la situation économique et sociale de la région du Nord-Pas-de-Calais et plus précisément du valenciennois, il est à noter que l'on est ici confronté à un contexte difficile. En effet, en termes d'emplois, la région Nord-Pas-de-Calais est l'une des plus touchées de France.

¹ Source INSEE Première/recensement de la population 1999 n°663 - juillet 1999

² Source; INSEE recensement de la population de 1999



Données 1997 source INSEE ³	Minimum national (Région Alsace)	Nord-Pas-de- Calais	Maximum national (Région Languedoc- Roussillon)	France métropolitaine
Hommes	7.1%	15%	15.1%	10.9
Femmes	8.9%	18.1%	19.5%	14.3%
Ensemble	7.9%	16.3%	17.1%	12.4%

Plus particulièrement, la zone économique du valenciennois représentait un taux de chômage de 21% au 30 juin 1996⁴.

Cette situation est pourtant actuellement en évolution du fait d'un grand dynamisme de la région et de nombreux investissements ayant des répercussions

³ Définition: Taux de chômage (nombre de chômeurs rapporté à la population active). La définition du chômage est ici celle du Bureau International du Travail (BIT)

directes sur l'emploi. Citons, à titre d'exemple, l'implantation des usines *Toyota* aux abords immédiats de Valenciennes. La région renoue avec l'essor économique après nombre d'années noires.

Les indicateurs de santé de la région laissent apparaître de nombreux facteurs de surmortalité. Ainsi, les tumeurs malignes se révèlent importantes. La mortalité par suicide est élevée pour une zone urbaine. Les effets de l'alcoolisation immodérée sont extraordinairement élevés, avec un taux de surmortalité nettement supérieur à la moyenne nationale. L'aire de surmortalité alcoolique massive touche la périphérie de Valenciennes⁵. Concernant plus particulièrement les maladies cardio-vasculaires, on y relève la surmortalité régionale la plus élevée de France chez l'homme⁶.

Dans ce cadre, le Centre Hospitalier de Valenciennes apparaît comme évoluant dans un environnement spécifique.

⁴ Source; « la Voix du Nord » du 5 novembre 1996

⁵ Source; rapport d'étude sur l'état de santé dans le bassin houiller du Nord-Pas-de-Calais O.R.S - sept. 1996

⁶ Source; F.H.F Nord-Pas-de-Calais synthèse des données nationales et régionales sur l'état de santé et les priorités de santé publique - janv.96

Présentation du centre hospitalier de Valenciennes

Le centre hospitalier de Valenciennes a été reconnu par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation Nord-Pas-de-Calais comme ayant vocation à être l'établissement qualifié « pôle de référence », en amont du Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Lille, pour la population du bassin de vie du Hainaut, en relais des établissements publics et privés des secteurs sanitaires de Cambrai, Maubeuge et de son propre secteur.

Cet établissement dispose de 1948 lits et places d'hospitalisation. Il est l'un des plus gros employeurs du bassin de vie puisque comprenant 2860 agents et 318 médecins. Il accueille 116 000 personnes en consultation et établit quelques 75 000 entrées par an.⁷ En termes de structures, le CH de Valenciennes comprend neuf sites de soins ou d'hébergement répartis dans l'agglomération valenciennoise. En effet, il regroupe des unités très diverses tels que le site principal dit « nouvel hôpital » accolé à un bâtiment plus ancien dénommé Hôtel Dieu qui comprennent les unités de court séjour et de consultations, une maternité, plusieurs structures de long séjour réparties dans la ville, ainsi que des sites de psychiatrie sur son secteur de référence.

Concernant les soins de court séjour, le centre hospitalier de Valenciennes dispose, à la fois, d'unités de médecine, chirurgie et hospitalisation classiques. Mais, il offre également aux patients de son bassin de vie des structures de

⁷ Source; Rapport de gestion du CH Valenciennes 1998/1999

pointe, dont notamment un service de médecine nucléaire, un service d'imagerie comprenant IRM et scanner, ou encore dispose d'une unité d'hématologie-immunologie-cytogénétique à caractère universitaire.

c'est dans ce cadre de médecine avancée que se situe le service de cardiologie de l'hôpital.

Le service de cardiologie du centre hospitalier de Valenciennes

Le service de cardiologie du centre hospitalier de Valenciennes revêt un caractère particulier puisque la pathologie cardiaque se révèle très forte dans notre région.

En effet, l'analyse des problèmes de santé de la région Nord-Pas-de-Calais a conduit la conférence régionale de santé à identifier en 1996 et à confirmer en 1997 les priorités essentielles de santé publique dans la région qui concernent quatre domaines:

- les maladies cardio-vasculaires
- les cancers
- les problèmes de santé liés aux conduites de consommation
- les problèmes de santé liés à la précarité et à l'exclusion sociale

En matière de cardiologie, le schéma affichait, entre autres priorités, un objectif de développement régulé de la coronarographie, cardiologie interventionnelle et chirurgie cardiaque. Le schéma constatait un nombre élevé de petits centres, ainsi qu'une concentration de l'activité de cardiologie

interventionnelle dans le secteur métropole lilloise. C'est pourquoi, une déconcentration de l'offre de soins en cardiologie interventionnelle avec constitution de centres coopératifs « public-privé » était envisagée dans les quatre bassins de vie. Pour autant, le CHRU de Lille continue d'occuper son rôle majeur de recours pour les pathologies lourdes ou complexes, dont le traitement exige un niveau de technicité et un environnement médico-technique important: dilatations complexes des artères coronaires, réanimation cardiologique, échographie de contraste, prise en charge de certaines endocardites, cardiomyopathies familiales, les bilans pré-greffes, extraction de sondes de pacemakers, stimulation pour l'insuffisance cardiaque et dans le cadre de la prévention des fibrillations auriculaires. De manière générale, le champ des nouvelles indications en cardiologie (insuffisance cardiaque, hypertension artérielle, cardiopathies infantiles et congénitales, imagerie) relèvent pour une large part de services du CHRU de Lille.

Le centre hospitalier de Valenciennes étant répertorié comme hôpital de référence dans son bassin de vie, il lui appartenait de mettre en oeuvre toutes les démarches en vue de répondre à la demande de soins de la population de son secteur, en accord avec les instances de tutelle. Ce fut l'une des orientations de son contrat d'objectifs et de moyens signé avec l'ARH en décembre 1997. Ce contrat fait suite, en effet, à la reconnaissance de l'établissement en « niveau A » (soins intensifs cardiologiques) par le SROS.

L'hôpital de Valenciennes a alors négocié au sein de ce contrat d'objectifs et de moyens un volet « cardiologie » dont les aspects de mise en oeuvre font l'objet de la présente étude.

C'est pourquoi, afin de mieux cerner la prise en charge de la cardiologie sur le centre hospitalier de Valenciennes, il convient de dresser le descriptif de ce service de cardiologie.

Organisation et effectifs médicaux de la cardiologie

	Praticiens hospitaliers	Praticiens libéraux
Cardiologie 52 lits Cardiologie de liaison Consultations	3 EQTP* 5 jours/7 2 EQTP le samedi <i>soit 854 jours de travail</i>	-
Plateau technique Soutien médico-technique à l'USIC	2 EQTP 6 jours/7 <i>soit 604 jours de travail</i>	-
USIC	0.5 EQTP 6 jours/7 <i>soit 151 jours de travail</i>	0.5 EQTP 6 jours/7 <i>soit 151 jours de travail</i>
TOTAL	1609 jours de travail <i>soit 7.66 EQTP**</i>	151 jours de travail

*EQTP: Equivalent temps plein en temps médical

**base de calcul: 210 jours par EQTP et par an

Effectif médical actuel sur l'activité de cardiologie interventionnelle en secteur public

Postes	EQTP en temps médical
4 praticiens hospitaliers temps plein	4
1 assistant spécialiste associé	1
1 praticien hospitalier temps partiel	0.6
2 attachés	0.15
TOTAL	5.75

A cela s'ajoutent des attachés liés au CH de

Valenciennes par convention avec d'autres

établissements publics

Effectif paramédical
actuel sur l'activité de
cardiologie
interventionnelle

Postes	EQTP en temps
6 infirmières DE*	6
10 Manipulateurs Radio	10
2 Agents des Services Hospitaliers	2
1 préparateur en pharmacie**	0.5
TOTAL	18.5

*dont 1 IDE affectée à l'hospitalisation, et 1 IDE en suivi post-interventionnel

**0.5 EQTP affecté au suivi des consommables de la cardiologie interventionnelle

Activité actuelle du service

- Hospitalisation:

- Nombre d'entrées: 4 159 (1997) / 4 951 (1998)
- Durée Moyenne de Séjour: 5.01 (1997) / 4.08 (1998)
- Taux d'Occupation Moyen: 91% (1997) / 93.18 % (1998)

- Plateau technique:

- Coronarographies: > 1 300
- Angioplastie des coronaires:> 200
- Pace makers: 153
- Echographies: 4 330

- Points ISA⁸ 1996: 6 075 594 pour un ratio ISA/RSS de 1 502

1997: 6 147 713 pour un ratio ISA/RSS de 1 547 (+ 1.19%)

1998: 9 417 714 pour un ratio ISA/RSS de 1 898 (+ 53.19%)

⁸Source: rapport de présentation budgétaire 2000 du CH de Valenciennes

Pourquoi une telle démarche de partenariat public/privé?

Lors de la première parution du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire en 1996, signé alors par le Préfet de Région, l'orientation en matière de cardiologie interventionnelle était de ne retenir la création d'aucun centre de coronarographie dans le bassin valenciennois, compte tenu de l'éclatement de ces centres sur la région (mais pas sur les secteurs sanitaires du valenciennois). Le document SROS, dans son volet cardiologique du 25 février 1997 ajoutait que pour les centres de cardiologie interventionnelle qui ne bénéficiaient pas d'une reconnaissance initiale dans le schéma, la seule modalité possible d'accession à une reconnaissance était la co-utilisation de plateaux techniques, à partir de centres existants (la clinique Grégoire et le centre hospitalier de Valenciennes), modalité passant par la constitution d'équipes communes interhospitalières (public/public, public/privé, privé/privé).

En termes épidémiologiques, un constat était, par ailleurs, fait au niveau du bassin de vie concernant l'absence d'offre de soins en matière de cardiologie .

- Présence d'un important taux de fuite hors du bassin de vie (plus de 10% pour le secteur 7 Valenciennes à destination de la métropole, plus de 50% pour le secteur 8 Maubeuge à destination de la métropole, plus de 80% pour le secteur 9 Cambrai à destination de l'Artois et la métropole).
- Transferts obligatoires sur la métropole et notamment le CHRU de Lille pour des dilatations et pontages .

- Des pratiques inégales, inadaptées et sans procédure d'évaluation en matière de coronarographie diagnostique. En effet, les praticiens des secteurs public et privé n'avaient aucun débat pour parvenir à des harmonisations dans les domaines de la réalisation des anesthésies et des bilans préinvasifs (notamment scintigraphies). Des disparités ont pu être constatées concernant l'anesthésie en secteur privé, où, dans un environnement sanitaire moindre qu'en centre hospitalier, et avec un système de coronarographie non numérisée, la pratique de l'anesthésie générale était très fréquente. Par ailleurs, en secteur public disposant d'appareils à scintigraphie, la pratique de scintigraphies myocardiques en amont des coronarographies se révélait également disproportionnée. De plus, ont été constatées des scintigraphies redondantes effectuées alors que l'ECG de repos ou d'effort mettait déjà en évidence des signes typiques d'ischémie chez des hommes non hypertendus.

Il résulte de l'ensemble de ces constatations que:

1. Le patient disposait d'une qualité de soins et de prise en charge assez médiocre, étant astreint à être transféré, ou à subir une anesthésie générale ou une scintigraphie
2. Les coûts engendrés par ces pratiques se révélaient néfastes à la politique de santé de la région. Une échographie de stress moins coûteuse qu'une scintigraphie (de 1 à 3) permet par ailleurs un meilleur résultat pour la détermination du diagnostic. Les transferts sur la métropole dus à un déficit de matériel d'angioplastie qui pourraient être évités, le manque d'attractivité du bassin de vie... représentent un coût élevé.

3. Le CHRU de Lille se retrouvait engorgé, et le centre hospitalier de Valenciennes n'aurait pu englober seul le taux de fuite si celui-ci était résorbé.

C'est pourquoi, l'Agence Régionale de l'Hospitalisation a souhaité que des rapprochements s'établissent entre les secteurs du valenciennois pour permettre une meilleure harmonisation des pratiques médicales au profit du patient. En parallèle si les deux secteurs privé et public acceptaient cette collaboration, l'ARH acceptait de reconnaître un site de diagnostic privé pour la coronarographie numérisée, d'autoriser le renouvellement d'une salle d'angioplastie numérisée mixte (coronarienne et vasculaire) au centre hospitalier de Valenciennes, et de créer un centre d'angioplastie coopératif public/privé au centre hospitalier de Valenciennes, dans le but affiché d'une offre de soins manquante, de combattre les taux de fuite et les surcoûts engendrés tout en redonnant une attractivité au secteur.

Cette mise en oeuvre de partenariat, initiée de manière expérimentale sur la région grâce au soutien de l'ARH, fera l'objet de nos développements en s'attachant, dans un premier temps, à analyser les conditions pratiques de cette démarche (partie 1), pour ensuite en établir une évaluation critique après quelques mois de fonctionnement et en dresser les perspectives d'avenir et les orientations à ajuster (partie 2). Pour autant, nous ne pourrions pas débiter cette étude sans, en préambule, apporter un éclairage sur la cardiologie interventionnelle et l'évolution historique de cette discipline.

* * *

PREAMBULE

La pathologie cardiaque face à l'évolution des prises en charge

*

* *

I. DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES

L'accroissement de l'espérance de vie des populations occidentales et les modifications rapides de l'environnement ainsi que des habitudes de vie ont comme conséquence l'augmentation massive des maladies dites de « civilisation », au premier rang desquelles se situent les maladies cardio-vasculaires. La France est, comme les autres pays développés, concernée par l'essor de ces pathologies. On constate, pour notre pays, que les maladies cardiaques représentent la première cause de mortalité, que le nombre d'infarctus du myocarde avoisine chaque année 100 000 cas, que 11.5% des hospitalisations relèvent des maladies cardio-vasculaires, que, si l'on ajoute mort subite d'origine coronaire et mortalité

de l'infarctus à la phase aiguë additionnées, 50% des infarctus décèdent à la phase aiguë⁹. Par ailleurs, la mortalité de l'infarctus hospitalisé est de 15%.

Pour autant, les trente dernières années ont connu un relatif déclin de ce type de pathologies. Ainsi, l'espérance de vie de l'infarctus du myocarde hospitalisé était en 1950 d'environ dix mois; actuellement, la survie après infarctus est nettement améliorée grâce notamment à la prise en charge rapide de la phase aiguë, aux stratégies de traitement et au développement des techniques de revascularisation myocardiques.

Les maladies cardio-vasculaires ont été responsables de 171 650 décès en 1995. Elles constituent la première cause de décès pour l'ensemble de la population avec une proportion égale à 32%. Du fait de leur lien avec l'âge, elles représentent, et de loin, la première cause de décès pour les femmes (36%) et la deuxième, derrière les cancers, pour les hommes (29% contre 32%). Elles ne représentent que la troisième cause de mortalité prématurée (décès survenus avant 65 ans) avec 14% des décès en 1995, après les cancers et les morts accidentelles et violentes, alors qu'en 1985, c'était la deuxième avec 21% des décès masculins (16% en 1995) et 17% des décès féminins (12% en 1995).

A l'intérieur de ce groupe de pathologies hétérogènes, deux grandes entités morbides sont responsables d'un grand nombre de décès: les cardiopathies ischémiques (c'est-à-dire notamment infarctus, angines de poitrine, anévrismes du coeur) avec 47 060 décès en 1995 et les accidents vasculaires cérébraux avec 43 550 décès. Sur l'ensemble des décès enregistrés en 1995, les cardiopathies ischémiques constituent la première cause pour les hommes avec 9% et la

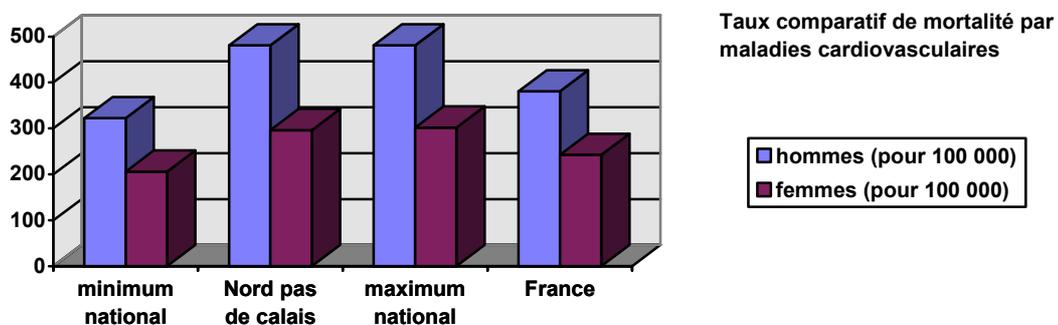
⁹ Professeur J. DELAYE - Hôpital Louis Pradel - Lyon, « trente ans de prévention de la maladie coronaire » in: La fédération Française de Cardiologie - Actualité du coeur - Campagne 1999

deuxième pour les femmes avec 8%, et les accidents vasculaires cérébraux, la troisième cause pour les hommes avec 7% et la première pour les femmes avec 10%.

De 1990 à 1994, on observe un ralentissement dans la diminution du taux de mortalité par maladie cardio-vasculaire pour l'ensemble des moins de 75 ans. On revient, sur cette période, à des rythmes de décroissance comparables à ceux observé entre 1980 et 1985 et qui s'étaient fortement accrus entre 1985 et 1990.

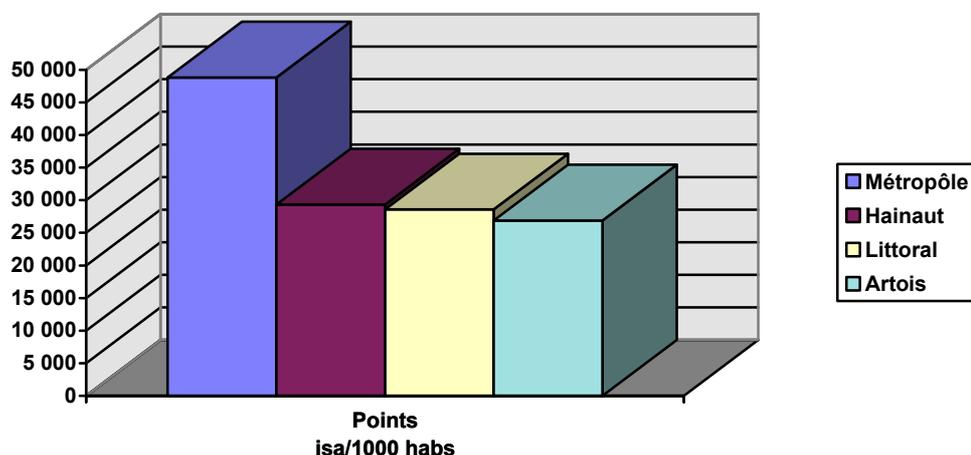
Des comparaisons entre régions ont été effectuées par la FNORS (Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de la Santé) à partir des indices comparatifs de mortalité 1988-1990 (indices éliminant les effets de la structure d'âge). S'agissant de la mortalité par cardiopathies ischémiques, on observe une nette opposition entre les régions du Nord de la France qui enregistrent des indices de mortalité supérieurs à la moyenne nationale et celles du Sud qui se situent en sous mortalité. Par contre, pour les maladies cérébro-vasculaires, les régions en surmortalité sont très dispersées.

Ainsi, la région Nord constitue l'une des régions de France où la mortalité par maladies cardio-vasculaires est la plus importante, en témoigne le tableau relatif au taux de mortalité par maladies cardio-vasculaires.



Données	Minimum national	Nord Calais	Pas-de-Calais	Maximum national	France métropolitaine
1993-1995 ¹⁰					
Hommes (pour 100 000)	322.2 île de France	480.6		480.6 N.Pde Calais	380.7
Femmes (pour 100 000)	206 île de France	296.2		301.8 Alsace	242.4

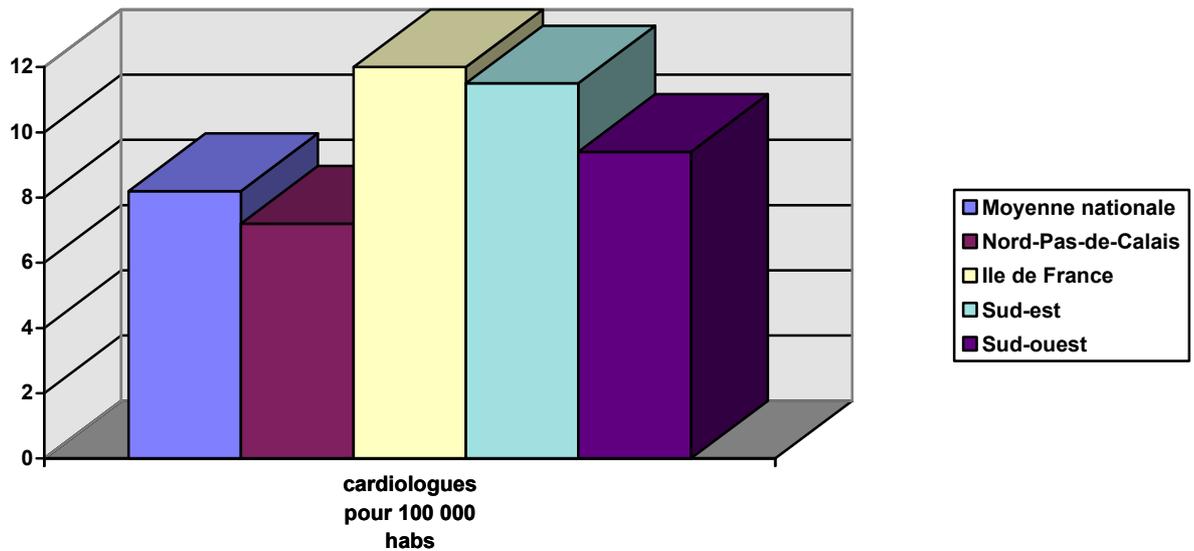
A titre d'exemple, nous pouvons d'ailleurs constater la forte prévalence de cette pathologie en observant la production de points ISA sur la région¹¹.



Metropole;48 833 / Hainaut;29 351 / Littoral;28 578 / Artois;26 904

En parallèle, en matière de démographie médicale, la densité de cardiologues (7.2 cardiologues pour 100 000 habitants) apparaît comparable à celle d'autres régions françaises (moyenne nationale 8.2) mais nettement inférieure à celle de la région île de France (12), des inter-régions du sud-est (11.5) et du sud-ouest (9.4). Néanmoins, cette discipline demeure très attractive et le nombre de postes vacants dans les hôpitaux est faible et la compétence cardiologique est diffuse dans l'ensemble de la région.

¹⁰ Source: base de données des indicateurs des Observatoires Régionaux de la Santé



Les grands facteurs de risque sont principalement au nombre de trois: l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie et le tabagisme, présent chez 40% des adultes. A cela, il convient d'y ajouter la sédentarité, le diabète, et l'obésité qui tendent à se développer. Outre la prévention qui se révèle nécessaire, il est nécessaire de mettre l'accent sur les formes de traitement de la maladie qui se sont fortement développées ces dernières années. Au cours de la dernière décennie, la revascularisation myocardique des cardiopathies ischémiques a connu des progrès considérables. Ceci est, à la fois vrai au plan chirurgical (greffons artériels), mais aussi au plan de l'angioplastie de par l'amélioration du matériel, l'expérience des équipes et l'apport des endoprothèses coronaires qui ont permis une disparition quasi-complète des complications aiguës en particulier sur des lésions simples.

¹¹ Production de soins en cardiologie dans les bassins de vie PMSI 1997- source ARH NPDC - SROS 1999-2004

II. ELEMENTS DE DEFINITION

a) Le champ

La cardiologie est une discipline médicale qui s'adresse aux maladies du coeur et des vaisseaux. Le coeur est une pompe constituée d'un muscle creux, le myocarde, qui, pour fonctionner, a besoin d'être correctement alimenté par ses deux artères nourricières, appelées artères coronaires. Or celles-ci peuvent être endommagées par des dépôts d'athérome, c'est-à-dire une infiltration de graisses, puis de tissus fibreux dans leur paroi. Cette maladie peut être responsable d'une mauvaise irrigation du coeur, dépistée par des examens comme le test d'effort, générer des douleurs thoraciques dites d'angine de poitrine, voire se compliquer d'infarctus du myocarde: l'artère coronaire se bouche brutalement, privant une partie du coeur de sa vascularisation avec pour conséquence sa mort rapide. 20% des infarctus provoquent une mort subite. Les patients qui survivent peuvent être affectés de séquelles plus ou moins sévères selon l'importance du myocarde touché par l'infarctus et la précocité des soins entrepris. L'évolution peut être en grande partie freinée par un traitement adapté. Il est donc important de faire un diagnostic précis de la maladie cardiaque. C'est pourquoi, diverses techniques se sont développées en matière de cardiologie.

b) Les techniques de la cardiologie « générale »

On peut y trouver des techniques courantes et des techniques particulières.

Les techniques courantes:

- La thrombolyse en urgence: elle doit pouvoir se faire partout où un patient atteint d'infarctus au stade aigu se présente. Tout délai supplémentaire compromet le diagnostic.
- La surveillance continue cardiologique: elle est caractéristique d'un service de cardiologie. Elle permet de surveiller un patient à risque intermédiaire.
- Le monitoring (ECG et tensionnel) d'un patient hospitalisé
- L'entraînement électrosystologique en urgence
- l'exploration électrophysiologique: ECG avec haute amplification, holter ECG, épreuves d'effort, R-test et tilt-test.
- L'exploration échographique et Doppler (écho-doppler standard)
- Le holter tensionnel

Les techniques particulières

Elles demandent une technicité avancée mais qui demeure dans le champ de l'activité cardiologique:

- L'échographie trans-oesophagienne, qui ne nécessite, en plus de l'échographie, qu'un degré de compétence et d'entraînement médical supplémentaires, sans autre contrainte majeure sur l'organisation du service et de l'environnement.
- Le cathétérisme cardiaque droit: il suppose un équipement radiologique minimum et relève de la compétence habituelle d'une équipe hospitalière

Deux techniques particulières sont en relation étroite avec la cardiologie mais relèvent de l'imagerie spécialisée:

- L'angio-scanner
- L'angio-RMN

c) les liens entre spécialités

Des relations coexistent entre la cardiologie et d'autres activités qu'il convient de ne pas négliger:

- la neurologie en ce qui concerne les maladies vasculaires cérébrales (embolies et ischémies cérébrales)
- la diabétologie car le diabète est une maladie souvent associée à des troubles cardio-vasculaires
- la chirurgie vasculaire qui intervient principalement sur les complications de l'athérosclérose
- la chirurgie cardiaque qui reste une modalité importante de traitement pour les anomalies congénitales, les valvulopathies et les cardiopathies ischémiques
- la radiologie interventionnelle
- le scanner et l'IRM (angioscanner et angioRMN)
- la pédiatrie pour la cardiologie pédiatrique, qu'elle soit spécialisée ou non
- la cardiologie est également souvent sollicitée pour l'urgence et pour des avis préopératoires

d) Les techniques dites de « sur-spécialité »

Il s'agit ici de domaines situés à l'intérieur de l'activité mais requérant une formation médicale complémentaire structurée, une activité suffisante pour un

entraînement régulier, un équipement ou un environnement particulier et une équipe paramédicale formée et entraînée:

- les soins intensifs cardiologiques
- stimulation cardiaque
- l'électrophysiologie diagnostique
- l'électrophysiologie interventionnelle
- la rééducation cardio-vasculaire (activité de rééducation fonctionnelle)
- les maladies cardio-vasculaires infantiles et congénitales, avec en particulier, le traitement interventionnel ou chirurgical des cardiopathies graves de l'enfant et les malformations vasculaires superficielles
- cathétérisme cardiaque avec coronarographie
- dilatation angioplastique des artères coronaires

e) La cardiologie interventionnelle

Les nouvelles techniques qui se sont développées ces dernières années ont ainsi permis un traitement plus efficace de la maladie cardiaque. Il s'agit, notamment, de l'activité de cardiologie interventionnelle. Cette discipline peut être définie comme un traitement invasif des lésions par un procédé de cathétérisme. Une large place est ainsi faite aux techniques invasives, d'autant qu'elles ont un débouché thérapeutique immédiat.

La coronarographie est le seul examen permettant de reconnaître avec précision la diffusion de la maladie cardiaque et d'évaluer le risque lié à l'existence d'éventuels rétrécissements ou occlusions sur les artères coronaires. L'examen consiste à introduire dans les vaisseaux une petite sonde creuse en plastique souple de 1.5 à 2 mm, permettant de recueillir les pressions régnant

dans les différentes cavités du coeur (cathétérisme cardiaque), puis de réaliser des radiographies. L'injection d'un produit de contraste dans les cavités du coeur précise le fonctionnement du myocarde. Les coronaires et , si nécessaire, tout autre vaisseau suspect d'être pathologique, sont visualisés de la même façon.

L'introduction des cathéters se fait par ponction d'une artère superficielle comme la fémorale dans l'aîne, la radiale du poignet ou l'humérale du coude. Le passage des sondes dans les vaisseaux est indolore car leurs parois sont insensibles.

L'angioplastie est devenue la première méthode de revascularisation des coronaires. Elle permet de supprimer les rétrécissements athéromateux qui entravent la vascularisation du myocarde à l'aide d'un ballonnet gonflé sous pression. Cet acte pourra être réalisé dans le même temps que l'examen diagnostique si la symptomatologie le permet. Il consiste à introduire par le cathéter placé dans la coronaire un ballonnet qui est immiscé au sein du rétrécissement puis gonflé sous pression jusqu'à l'écrasement de la lésion d'athérome qui gêne la circulation. Ce geste peut être complété par la mise en place d'une endoprothèse ou stent. Il s'agit d'un petit cylindre en métal qui est incrusté par le ballon contre la paroi du vaisseau afin de bien écarter l'athérome et reconstituer un bon calibre à l'artère malade. Le stent améliore ainsi la sécurité de l'angioplastie lorsque le seul ballon ne permet pas d'obtenir un résultat parfait et limite également le risque de récurrence. Une fois la coronaire correctement dilatée, le ballonnet et le cathéter sont enlevés. Lorsque l'artère s'avère fibreuse ou dans certaines localisations de cette maladie, d'autres outils pourront être utilisés, comme les lasers et autres fraises abrasives. Grâce à ces

progrès du matériel, la dilatation donne actuellement près de 95% de succès. Cependant, aux risques de tout cathétérisme, l'angioplastie ajoute le risque d'échec qui peut faire envisager un pontage en urgence, si l'état de la coronaire ou la menace d'un infarctus le justifient.

III. LA PRISE EN COMPTE DE LA CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

Les orientations précédemment exposées¹² relatives au premier volet du SROS de cardiologie du 25 février 1997 ont été confirmées par le second volet du SROS en date du 19 mai 1999, lequel préconisait de « *développer modérément l'activité régionale en favorisant une meilleure répartition régionale de l'activité de coronarographie et de dilatation, en évitant ainsi la dispersion des compétences par la multiplication des centres. Le schéma incite à la constitution d'équipes cardiologiques répondant aux recommandations de la Société française de cardiologie.* »

Selon les préconisations de l'ARH, relatives à la constitutions d'équipes communes interhospitalières public/public, public/privé ou privé/privé, il a été établi un protocole d'accord en date du 11 septembre 1997 entre les différents secteurs public et privé, et la mise en oeuvre contractuelle de l'accord, après validation de la commission exécutive de l'ARH.

Ce dispositif a été mis en application en plusieurs étapes. La première a été de procéder à la signature du contrat d'objectifs et de moyens avec l'ARH, en application des Ordonnances d'avril 1996. Ce contrat, ratifié le 11 décembre 1997, comprend, entre autres dispositions, un volet « cardiologie ». Celui-ci précise que le service de cardiologie de l'hôpital « *est renforcé au niveau de son plateau technique: les activités de coronarographie diagnostique et interventionnelle sont autorisées sous réserve du respect du protocole d'accord*

¹² Voir le chapitre introductif du mémoire

signé entre le secteur privé et l'établissement le 11 septembre 1997. Ce protocole, condition de l'autorisation de création d'un site de cardiologie interventionnelle au centre hospitalier de Valenciennes, prévoit la participation des cardiologues libéraux au fonctionnement de l'unité de soins intensifs cardiologiques et un accès des cardiologues libéraux au plateau de coronarographie interventionnelle. »

Cette première phase ayant été initiée, la première réalisation fut de mettre en oeuvre l'Unité de Soins Intensifs Cardiaques (USIC) faisant intervenir les cardiologues libéraux à l'hôpital. Cela ne fut pas sans poser quelques difficultés. En effet, faire intervenir le secteur libéral à l'hôpital rencontrait des obstacles d'ordre réglementaire, car la nature même de l'activité, à savoir une unité accueillant des urgences cardiologiques, ne justifiait pas un mode de fonctionnement privé. Le système de clinique ouverte se révélait impossible à mettre en oeuvre, car une affectation de lits et places réservés au secteur libéral était incompatible avec le fonctionnement d'une telle unité. Un système de rémunération à l'acte ne pouvait se justifier comme il pouvait l'être dans une unité de cardiologie interventionnelle où les interventions peuvent être programmées. L'USIC nécessite un suivi du patient incompatible avec une telle rémunération à l'acte. C'est pourquoi, a été retenu un mode de fonctionnement faisant appel à des médecins libéraux sous statut de praticien hospitalier à temps partiel.

L'USIC a ainsi fait l'objet d'un protocole de coopération sanitaire entre le centre hospitalier de Valenciennes, les cardiologues libéraux des secteurs sanitaires 7-8-9 et la clinique Vauban née du regroupement de deux cliniques privées de Valenciennes (clinique Grégoire et clinique des acacias) signé le 2

janvier 1998. Le principe retenu est celui d'une unité fonctionnelle du service de cardiologie du centre hospitalier de Valenciennes. Il s'agit donc d'un service hospitalier public associant des cardiologues libéraux à la mission de service public hospitalier et participant, à ce titre à hauteur de 50% au fonctionnement régulier de l'USIC ainsi qu'aux gardes et astreintes. La désignation des praticiens libéraux est assurée par un coordonnateur médical libéral et communiqué au Chef de Service pour intégration au planning général de fonctionnement de l'USIC. IL est à noter qu'un comité de pilotage chargé d'évaluer la coopération entre le CH de Valenciennes et la médecine libérale ainsi que l'atteinte des objectifs de déconcentration de la cardiologie interventionnelle a été constitué. Ce système a été inauguré le 1er février 1998.

L'établissement pouvait alors passer au stade de mise en oeuvre du partenariat public/privé, en matière de cardiologie interventionnelle. Le 4 août 1998 était signée une convention de coopération sanitaire entre le centre hospitalier de Valenciennes et les cardiologues libéraux dans le domaine de la cardiologie interventionnelle au sein du bassin de vie Hainaut-cambrais.

Les objectifs retenus pour cette démarche étaient, d'une part de mettre en place un pôle unique de cardiologie interventionnelle sur le bassin de vie dans un environnement sécurisé (réponse rapide de soins de qualité/moins de transferts sur le CHRU) tout en permettant l'accès à une offre de soins la plus large possible au bénéfice de la population et, d'autre part d'optimiser le fonctionnement des équipements et éviter une concurrence stérile entre le public et le privé.

L'aspect intéressant de ce système est que la cardiologie libérale intervient à l'hôpital comme elle le ferait en clinique. Les règles de fonctionnement propres

à chaque secteur sont respectées. Il est ainsi dérogé à de nombreuses règles du droit commun afin de mettre en oeuvre ce partenariat. L'ARH a contribué à faciliter cette initiative en donnant un accord à ce montage à titre expérimental, aidée en cela par le médecin conseil Chef de service de l'échelon local du service médical de la CPAM de Valenciennes, en qualité de chargé de mission. Cet exemple, en cas de succès pourrait servir de modèle à d'autres dispositifs de ce genre dans la région.

C'est ce partenariat que nous allons maintenant analyser dans sa mise en place et dans son mode de fonctionnement.

*

* *

Partie 1
La mise
en place du
partenariat

INTRODUCTION

Afin de réaliser les orientations du contrat d'objectifs et de moyens signé avec l'ARH en matière de cardiologie interventionnelle, le Centre Hospitalier de Valenciennes a été amené à établir une convention de partenariat avec le secteur libéral. Après une phase de négociation entre les partenaires du secteur privé et l'hôpital public, portant notamment sur le montage juridique, les dispositions financières diverses et les modalités d'intervention, un acte nommé « convention de coopération sanitaire » a été ratifié le 04 août 1998 entre le Centre Hospitalier de Valenciennes et les cardiologues libéraux au sein du bassin de vie Hainaut-Cambrais.

L'ARH, par un courrier en date du 12 novembre 1998, a officiellement constaté la « *réussite réelle de ce projet prévu par le schéma régional d'organisation sanitaire de cardiologie* ». L'Agence a ainsi donné son aval à la mise en oeuvre de cette convention en souscrivant pleinement au montage retenu. Le dispositif est entré en vigueur au 09 février 1999.

C'est à cette convention et à son fonctionnement que nous allons nous attacher dans cette première partie en analysant tout d'abord la place réservée au patient dans ce projet (chapitre I). Nous serons alors amenés à étudier les aspects juridiques et réglementaires de la convention (chapitre II), pour enfin observer les modalités de la mise en oeuvre de la cardiologie interventionnelle dans son fonctionnement quotidien sur le CH de Valenciennes (chapitre III).



CHAPITRE I. LE PATIENT AU COEUR DU SYSTEME

L'Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme hospitalière affirme, dès son chapitre premier, les droits du malade accueilli dans un établissement de santé. L'article L.710-1 dispose notamment: « *Le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé est un principe fondamental de la législation sanitaire.* » Par cette affirmation, la loi entendait attribuer une place de premier rang au patient, place confirmée par la présence au sein des Conseils d'administration des représentants des usagers. Il convient, par ailleurs de noter que les droits du malade sont garantis par la charte du malade hospitalisé¹³ dont le contenu et le caractère obligatoire sont rappelés.

La convention qui a été ici ratifiée confirme l'esprit de la loi issu des Ordonnances de 1996. C'est une offre de soins d'un genre nouveau qui est ici proposée (A). Il conviendra alors de s'attarder sur le statut du patient au sein de cette convention (B), avant d'étudier sa situation au niveau de sa prise en charge (C).

Section A: Une offre de soins dynamisée

L'offre de soins telle qu'elle se présente au travers de cette convention présente des caractéristiques particulières.

1) Pourquoi un tel choix?

Ce choix tient notamment compte de la place prépondérante faite au patient dans le système de santé. En effet, l'article L.710-1 du code de la santé publique est ici d'une application extensive puisqu'il s'agit de permettre l'accès à l'hôpital de patients qui ont opté pour le choix d'un praticien libéral. Le libre choix du patient peut donc s'exprimer pleinement et prendre toute sa signification.

2) Une forte prévalence des maladies cardio-vasculaires dans le bassin de vie

Le partenariat public/privé à l'hôpital a également été motivé par la volonté de rendre un service plus grand aux patients en leur évitant d'avoir à être transféré sur le CHU de Lille. Dans un bassin de vie où l'on a pu voir la forte prévalence des maladies cardio-vasculaires, il apparaissait nécessaire de pouvoir offrir sur place des modalités de prise en charge qualitatives et éviter ainsi un taux de fuite conséquent.

3) établir un environnement sécurisé pour le patient

Il n'est pas vain de rappeler que, pour le bien du malade, la convention a pour double objectif de mettre en place un pôle unique de cardiologie interventionnelle dans un environnement sanitaire sécurisé (USIC,

¹³Annexée à la circulaire ministérielle D.G.S./D.H. n° 95-22 du 6 mai 1995 relative aux droits des personnes hospitalisées

réanimation...) et d'optimiser le fonctionnement des équipements tout en évitant une concurrence stérile entre les secteurs public et privé.

Section B: Le statut juridique du patient

Le principe directeur de ce partenariat repose sur le respect, chaque fois que possible, des règles de fonctionnement propres à chaque secteur. Ainsi, lorsque la cardiologie libérale intervient à l'hôpital, elle le fait comme si elle intervenait dans une clinique. Il est à noter qu'actuellement, deux demi-journées par semaine sont réservées aux cardiologues libéraux et que la totalité de l'activité privée en matière de cardiologie interventionnelle (incluant notamment la part d'activité libérale des praticiens temps plein publics) ne doit pas excéder le temps consacré à l'activité publique.

Les règles régissant le statut des patients sont alors les suivantes.

- 1) Les patients suivis par un cardiologue libéral restent régis par les règles du secteur libéral. Les patients suivis par des cardiologues de l'hôpital sur leur activité publique sont des patients publics.
- 2) A l'issue de l'acte interventionnel, dès que son état le permet, le patient retourne en secteur privé (admission au sein de la clinique signataire de la convention). Cependant, si l'état de santé nécessite un placement en USIC ou une surveillance post-interventionnelle de plus de 24 heures, le patient est considéré comme passant sous compétence publique pour son suivi hospitalier . Hors ce dernier cas, les frais de transport sanitaire ne sont pas à la charge de l'hôpital.
- 3) Une garde interventionnelle est mise en place sous la forme d'une astreinte. Elle est assurée alternativement par le secteur public et le secteur privé. Les

règles de rémunération retenues sont celles propres à chaque secteur (paiement ou récupération pour le public en application des textes en vigueur; paiement à l'acte pour le privé). Ainsi, par convention, tout patient pris en charge pendant sa garde par un cardiologue libéral est réputé libéral (facturation à l'acte pour l'assurance maladie).

Par ailleurs, les centres hospitaliers voisins de Denain et Cambrai, ainsi que la clinique Tessier (PSPH¹⁴) et le service de cardiologie du Centre Hospitalier de Valenciennes informent chaque jour le service des urgences-SMUR du CH de Valenciennes de leurs disponibilités en lits d'hospitalisation.

¹⁴ PSPH; Participant au Service Public Hospitalier

Section C: Les modalités de prise en charge du patient

Ces modalités concernent à la fois les protocoles médicaux mis en oeuvre ainsi que la situation du malade vis-à-vis de l'assurance maladie.

1) les protocoles médicaux mis en oeuvre

Conformément à la convention de partenariat (article 5), les modalités de prise en charge des patients font l'objet de protocoles médicaux communs élaborés conjointement par les cardiologues publics et privés. S'agissant des malades suivis en libéral à l'hôpital, les principes suivants ont été arrêtés.

→ Possibilité de préparer le patient au sein du service de cardiologie

→ L'acte est réalisé par le cardiologue libéral éventuellement assisté d'un médecin anesthésiste libéral et de l'équipe paramédicale du Centre Hospitalier de Valenciennes.

→ La surveillance post-interventionnelle est exercée au sein du Centre Hospitalier de Valenciennes en salle de réveil puis dans le service de cardiologie

→ Dès que le cardiologue libéral estime le transfert possible, le patient retourne en secteur libéral.

2) La situation du patient privé vis-à-vis de l'Assurance Maladie

Concernant les patients pris en charge à titre libéral, l'intervention donne lieu à une facturation à l'acte par l'assurance maladie. Il en est de même lorsque un patient est amené à subir un acte lors de la garde assurée par un cardiologue libéral. Les honoraires perçus par le cardiologue et l'anesthésiste libéraux font l'objet d'un paiement direct par l'assurance maladie selon les règles propres à ce secteur.

Les stents posés par les cardiologues libéraux sont pris en charge directement par l'assurance maladie. Quant au coût induit par l'intervention des cardiologues libéraux (personnel, logistique, médicaments...), un réajustement des moyens de l'hôpital est effectué en fin d'année¹⁵.

Concernant les transports sanitaires, hormis le cas où le patient reste plus de 24 heures à l'hôpital, ceux-ci, qu'ils soient préalables à l'admission ou consécutifs à la sortie, font l'objet d'une prise en charge directe auprès des organismes d'assurance maladie, de par la convention.

Offrir au patient non seulement un niveau de prise en charge de qualité mais aussi une grande diversité de traitement de la pathologie cardiaque dans un environnement géographique de proximité était l'objectif majeur du partenariat instauré sur le bassin de vie du valenciennois. Mais en plus, cette diversité et cette qualité intègre la notion de libre choix du patient. Ces aspects ne pouvaient être réalisés sans une adaptation du cadre juridique et réglementaire.



¹⁵ Ce point sera développé ultérieurement au sein de la seconde partie du mémoire

CHAPITRE II. LA RECHERCHE D'UN CADRE JURIDIQUE SOUPLE ET INNOVANT

Introduction

Pour permettre la mise en application des objectifs que s'étaient fixés les divers acteurs en faveur des patients du bassin de vie du Hainaut en matière de cardiologie interventionnelle, il se révélait nécessaire d'adapter un système juridique à la fois souple et cohérent. C'est ce qui fut réalisé et accepté par l'ARH (A). Mais, au delà de ce montage, il s'avérait indispensable de bien définir le régime des responsabilités réciproques, surtout que se superposent deux cadres juridiques différents (B). Enfin, nous déterminerons le positionnement de la tutelle ainsi que de l'Assurance Maladie dans ce système (C).

Section A: Un système juridique souple et cohérent

Le choix du dispositif juridique est relativement particulier (1), mais il répond entièrement aux attentes actuelles du fonctionnement de la cardiologie interventionnelle. Nous pourrions ainsi en découvrir le mode d'organisation de ses instances (2).

1) Le cadre juridique

La loi hospitalière énonce clairement en son article L.711-5 que « *les médecins et les autres professionnels de santé non hospitaliers peuvent être associés au fonctionnement des établissements assurant le service public hospitalier.* » Partant de ce principe acté par la loi hospitalière du 31 juillet 1991, diverses options s'ouvraient à l'établissement pour mettre en place le partenariat public/privé en cardiologie interventionnelle. Ces options sont notamment reprises par l'article L.713-12 du CSP. La voie conventionnelle a été privilégiée,

dans le cas d'espèce, pour plusieurs raisons. Il s'agissait, d'abord, de garder une certaine souplesse dans le fonctionnement d'une activité et son organisation, en sachant que des ajustements seraient à faire après quelques mois d'activité. Ce système pourrait alors être le préalable à une structure plus complexe à l'avenir après avoir « mis la machine sur les rails ». Ensuite, le procédé de la « clinique ouverte » tel que prévu par l'article L.714-36 du CSP repose sur l'affectation continue de lits d'hospitalisation à une activité libérale et sur la possibilité d'utiliser le plateau technique de l'hôpital. Elle est créée par le directeur de l'Agence après avis du CROSS. Ce cas de figure ne correspond pas au système envisagé. Il s'agit ici de l'utilisation d'un équipement public acheté par le Centre Hospitalier de Valenciennes sur ses fonds propres sans bénéfice de subventions de la part de collectivités publiques ou de financement complémentaire de l'Assurance Maladie. La convention ne vise pas (et ne saurait d'ailleurs pas) à réserver de lits spécifiques à l'activité privée. En effet, la nature même des actes réalisés ne permettrait pas de réserver des lits d'hospitalisation au secteur privé, les patients ne venant à l'hôpital que pour la réalisation d'un acte particulier avant de retourner en secteur privé sans hospitalisation. De plus, les patients restant plus de 24 heures deviennent des patients du secteur public, ce qui montre bien la non possibilité d'affectation de lits au secteur privé. Il s'agit donc bien d'un partenariat dynamique dont la finalité n'est pas d'organiser une logique de concurrence, mais de permettre l'accès à un plateau technique. La redevance de 15% due par les praticiens libéraux correspond d'ailleurs non pas à une participation de financement, mais à un droit d'accès correspondant au coût

prévisionnel de l'amortissement de l'appareil d'angioplastie. Le principe conventionnel semblait donc le mieux adapté dans une première phase.

Cette convention a été validée par l'ARH au sein d'un courrier en date du 12 novembre 1998, par lequel elle « *souscrit pleinement au processus conventionnel établi entre les deux parties* ». L'ARH souscrit d'autant plus à ce projet qu'il était prévu par le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire de cardiologie, confirmé dans son second volet en date du 19 mai 1999.

2) Le mode d'organisation des instances de la Convention

Deux types d'instances ont été constitués pour le fonctionnement de la convention, une commission et un comité de pilotage.

La commission de régulation est composée de deux praticiens libéraux, deux praticiens hospitaliers et des Présidents des commissions médicales du Centre Hospitalier de Valenciennes et de la clinique Vauban, partenaire à la convention. Elle est notamment chargée de gérer toutes les difficultés pratiques d'application de la convention.

Le comité de pilotage est, quant à lui, chargé d'évaluer la coopération entre le Centre Hospitalier et la médecine libérale, de vérifier l'atteinte des objectifs de déconcentration de la cardiologie interventionnelle et dès lors d'accepter ou non l'ouverture à de nouveaux intervenants libéraux. Sa composition est la suivante:

Le Directeur de l'ARH, Président,

Le Directeur du CH de Valenciennes,

Le Président (ou vice-président) de la CME du CH de Valenciennes,

Deux membres de la clinique Vauban (dont son P.D.G.),

Deux cardiologues interventionnels du secteur public,

Deux cardiologues interventionnels du secteur privé.

Il est à noter que le Médecin Conseil de l'Assurance Maladie, au nom de l'ARH, a suivi la mise au point du fonctionnement de ce partenariat.

Par ailleurs, le contrôle qualitatif de la prise en charge relève des médecins inspecteurs et médecins conseils. Ils vérifient l'attractivité de ce dispositif pour les patients en évaluant leur taux de fuite vers les structures hospitalières publiques et privées de la métropole lilloise.

Section B: Le régime des responsabilités

1) Détermination des responsabilités réciproques

Notre système juridique comporte deux niveaux, l'un public, l'autre privé. Les règles régissant chacun d'eux se révèlent fort distinctes. A commencer par les règles de répartition de compétence. Deux ordres de juridiction se trouvent ici confrontés: l'ordre administratif et l'ordre judiciaire.

Concernant le domaine de la santé, il se trouve que selon le cadre d'exercice médical, nous allons nous retrouver soit face aux juridictions de l'ordre administratif, soit à celles de l'ordre judiciaire. Ainsi, tout ce qui relève des hôpitaux publics sera du ressort des tribunaux administratifs. A l'inverse, les litiges relevant de l'activité privée seront de la compétence des juges judiciaires. En parallèle, certaines actions en justice seront plus délicates à répartir.

En matière médicale hospitalière trois niveaux de responsabilité sont à distinguer. Les litiges ayant comme origine un défaut dans l'organisation du service seront toujours de la compétence administrative (voir en ce sens CE 13 janvier 1988 CH de la Ciotat concernant la chute d'objets, ou TA Lyon, 24 avril

1991, consorts M concernant le défaut de surveillance). Il en est de même pour les actes dits de soins courants, tels que les actes de soins infirmiers résultant du décret n°93-345 du 15 mars 1993 (voir en ce sens. CE 9 janvier 1980 concernant la paralysie d'un membre à la suite de soins postopératoires). Le troisième niveau présente des caractéristiques différentes selon le statut du médecin. Il s'agit, en effet, ici de litiges prenant leur origine dans l'acte médical lui-même. Le praticien qui exerce son art médical sous le statut public (praticien hospitalier, assistant, attaché, chef de clinique...), engagera la responsabilité publique de l'établissement en cas de litige. En revanche, si le praticien intervient à titre privé ou libéral (secteur privé des praticiens temps plein, par exemple), l'erreur dans l'acte médical l'engagera personnellement devant les juridictions de l'ordre judiciaire.

Quoiqu'il en soit, la responsabilité administrative sera collective et engagera l'établissement public lui-même. La responsabilité civile sera, quant à elle personnelle au médecin incriminé. En outre, l'ensemble de ces régimes de responsabilité n'excluent jamais une action personnelle à l'encontre du médecin, du personnel paramédical, voire du directeur devant les juridictions pénales en cas d'erreurs incriminées au titre du code pénal (homicide involontaire, coups et blessures., mise en danger de la vie d'autrui...).

2) Le régime des responsabilités défini par la convention

Le régime de responsabilité, tel que défini au sein de la convention, apparaît complexe eu égard au divers modes d'intervention rencontrés. L'article 10 de la convention précise ainsi que « *lorsque les cardiologues privés procèdent à une intervention sur un malade relevant de leur clientèle privée, ils sont*

entièrement responsables des dommages liés à leurs prescriptions ou à l'exercice de leur art. » Cette position s'assimile aux modalités de responsabilité d'un praticien hospitalier temps plein lorsqu'il exerce une activité libérale à l'hôpital. Ces dispositions valent pour l'accomplissement de l'acte médical lui-même. En revanche, ils bénéficient de l'assurance générale du centre hospitalier s'ils sont amenés à traiter en urgence des malades publics dans le cadre de leur plage horaire puisqu'ils sont alors considérés comme des collaborateurs occasionnels du service public (notion définie par CE Ass. - 22 novembre 1946 Commune de Saint-Priest la Plaine -rec. 279).

Par ailleurs, en application de la jurisprudence administrative, à l'égard de la clientèle privée des cardiologues, le Centre Hospitalier de Valenciennes est responsable des dommages résultant d'une défaillance technique de l'appareil ou d'une erreur imputable au personnel hospitalier (défaut dans l'organisation du service).

3) Le dossier médical du patient

Le patient privé admis à l'hôpital pour l'acte interventionnel privé se voit constituer un dossier d'admission au sein de l'établissement public, s'il s'ensuit une hospitalisation en secteur public. Si un retour en secteur privé intervient à l'issue de l'acte privé, une fiche de liaison est constituée pour la direction de l'hospitalisation. Ce dossier reprend les informations d'état civil, ainsi que les soins prodigués pendant le séjour à l'hôpital. Le compte-rendu médical, quant à lui, est émis par le cardiologue libéral et rejoint le dossier médical constitué auprès de la clinique Vauban, signataire de la convention.

Une Unité Fonctionnelle a été spécifiquement constituée au sein de l'hôpital pour permettre d'assurer le suivi de l'activité privée et assurer la traçabilité des patients et des actes réalisés. Cette UF a un caractère informatif et permet d'assurer un suivi de l'activité et non pas de valoriser l'activité de l'établissement pour le PMSI. La fiche de liaison remplit ce rôle.

Quant aux règles d'accès et de transfert du dossier médical, elles obéissent au régime défini par le décret 92 329 du 30 mars 1992.

Section C:Le positionnement de la tutelle et de l'assurance maladie (contrôle, financement et autorisations)

La base de ce partenariat repose sur le Contrat d'Objectifs et de Moyens signé entre le centre hospitalier de Valenciennes et l'Agence Régionale de l'Hospitalisation du Nord-Pas-de-Calais le 11 décembre 1997. Cet accord précise que *« le service de cardiologie est renforcé au niveau de son plateau technique: les activités de coronarographie diagnostique et interventionnelle sont autorisées sous réserve du respect du protocole d'accord signé entre le secteur privé et l'établissement le 11 septembre 1997. Ce protocole, condition de l'autorisation de création d'un site de cardiologie interventionnelle au Centre Hospitalier de Valenciennes, prévoit la participation des cardiologues libéraux au fonctionnement de l'unité de soins intensifs cardiologiques et un accès des cardiologues libéraux au plateau de coronarographie interventionnelle. »*

Ceci ayant été posé, le processus de convention a été engagé puis a abouti à sa signature. L'ARH, par la voix de son Directeur, a fait connaître par courrier en date du 12 novembre 1998 qu'elle souscrivait pleinement au processus

conventionnel établi entre les deux parties en constatant avec satisfaction la réussite réelle de ce projet prévu par le SROS de cardiologie.

L'ARH s'est, en parallèle, engagée à financer cette opération en inscrivant une somme complémentaire au budget primitif 1999. Ce volet et son suivi feront l'objet de développements ultérieurs.

Quant à l'aspect Assurance Maladie, il s'avère que le médecin conseil de l'assurance maladie a été l'un des acteurs principaux de la faisabilité de ce projet, en qualité de chargé de mission au nom de l'ARH. (Les aspects liés à la facturation seront également abordés ultérieurement.)

CHAPITRE III: MISE EN OEUVRE ET GESTION AU QUOTIDIEN

Section A: Les ressources humaines

En matière de ressources humaines, il convient de distinguer le personnel médical du personnel non médical.

1) Le personnel médical

L'article 4 de la convention précise qu'en aucun cas la sommation de l'activité d'angioplastie des cardiologues libéraux et de l'activité libérale des cardiologues publics ne peut être supérieure à celle du secteur public. C'est pourquoi, en l'état actuel des choses, deux demi-journées sont ouvertes à la cardiologie libérale extérieure à l'établissement.

Ainsi, en matière libérale, quatre praticiens interviennent alternativement sur deux demi-journées, à savoir le mardi après-midi et le jeudi après-midi. En outre, les cardiologues se font assister, pour leur intervention, d'un anesthésiste libéral.

Quant au secteur public, l'activité d'angioplastie se répartit entre les cardiologues interventionnels de l'établissement exerçant sous statut public (praticiens temps plein/temps partiel, assistants, attachés). Concernant les praticiens exerçant à temps plein, un contrôle est fait, pour ceux qui exercent une activité libérale, pour que l'activité privée globale n'excède pas les dispositions législatives et réglementaires.

Le personnel médical public s'établit à 5.75 Equivalents Temps Plein, réparti entre des praticiens hospitaliers temps plein, temps partiel, un assistant et des attachés.

2) le personnel non médical

L'ouverture de la cardiologie interventionnelle sur le Centre Hospitalier de Valenciennes a permis, dans le cadre du contrat d'objectifs et de moyens, de renforcer le potentiel des ressources humaines à caractère non médical de la cardiologie interventionnelle du Centre Hospitalier de Valenciennes. En effet, ont été accordés et inscrits au budget 1999 de l'établissement 9 postes, à savoir:

4,5 postes d'infirmier(e)s

1 poste d'aide-soignant(e)

1 poste d'Agent des Services Hospitaliers

2 postes de manipulateurs

0,5 poste de préparateur en pharmacie

Ainsi, le total du personnel non médical affecté à la cardiologie interventionnelle se répartit comme suit:

Postes	EQTP en temps
6 infirmières DE*	6
10 Manipulateurs Radio	10
2 Agents des Services Hospitaliers	2
1 préparateur en pharmacie**	0.5
TOTAL	18.5

*dont 1 IDE affectée à l'hospitalisation, et 1 IDE en suivi post-interventionnel

**0.5 EQTP affecté au suivi des consommables de la cardiologie interventionnelle

Section B: Les aspects financiers et budgétaires

1) budget et financement

L'article 10 de la convention précise qu'afin de permettre le fonctionnement optimal du centre de cardiologie interventionnelle, le Centre

Hospitalier de Valenciennes doit être doté par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation des moyens nécessaires.

Dès le budget 1999, ont été inscrits et accordés des crédits tenant au renforcement du personnel non médical pour un montant de 2 082 000 francs. De même, a été accordée une somme de 700 000 francs correspondant aux prothèses médicales pour prendre en compte l'extension de l'activité publique telle qu'elle a été arrêtée par convention.

Toutes les autres dépenses de personnel et de fonctionnement induites par l'activité de cardiologie interventionnelle privée seront intégrées dans la dotation globale du Centre Hospitalier sur la base d'une estimation revue annuellement de coût calculée par analogie au financement existant dans le secteur libéral (ces modalités seront développées dans la seconde partie eu égard à l'évaluation de la faisabilité de ce mode de financement) . En l'état actuel des choses, sur la première année de fonctionnement, le Centre Hospitalier fera l'avance des frais, et évaluera la charge et les dépenses représentées par cette activité.

2) nécessité d'un suivi comptable analytique (les principes de fonctionnement public/privé) *application et mise en place en partie 2*

Les spécificités de ce fonctionnement atypique ont conduit les signataires de la convention à prévoir la mise en place d'un système expérimental de comptabilité analytique permettant de déterminer le coût des pathologies traitées. C'est pourquoi, chaque intervenant établit un résumé de sortie standardisé (RSS) pour chaque intervention transmis au Département

d'Information Médicale (DIM). Pour ce faire, une unité fonctionnelle spécifique à la cardiologie interventionnelle libérale a été créée au niveau de la Direction des finances. Les informations recueillies au sein de cette UF n'ont actuellement qu'un aspect statistique et informatif afin d'évaluer la charge d'activité de la cardiologie interventionnelle privée sur l'établissement, ainsi que son coût de fonctionnement. Les données recueillies sont transmises à L'ARH, dans le respect des règles relatives à l'information médicale.

3) la facturation en secteur privé

L'une des grandes spécificités du système mis en place tient à la facturation. Ainsi, concernant les patients relevant du secteur privé, les actes de cardiologie interventionnelle pratiqués au sein de l'hôpital leur sont imputés au même titre que dans le secteur privé, c'est-à-dire une facturation à l'acte faisant l'objet d'un remboursement par la Sécurité Sociale. Il en va ainsi pour la rémunération des praticiens eux-mêmes (facturation d'honoraires), les transports étant, de même, pris en charge par l'assurance maladie.

Les prothèses diverses utilisées font l'objet d'un achat par le Centre Hospitalier de Valenciennes, et sont facturées à l'assurance maladie par l'établissement après avoir justifié du nom du patient, de son numéro de Sécurité Sociale, indiqué les références TIPS de la prothèse, et avoir obtenu la signature et le numéro d'ordre du cardiologue libéral qui a assuré l'acte.

L'ensemble des autres actes associés réputés durant le séjour hospitalier sont pris en charge par le budget global de l'hôpital.

Section C: Le volet logistique

1) le plateau technique; acquisition, amortissement, utilisation

Le plateau comporte deux salles dans lesquelles peuvent être réalisées les interventions.

L'une de ces salles a été renouvelée en 1998, selon le programme normal de renouvellement des équipements lourds. Il s'agit d'une salle mixte de type Philips V 5000, qui permet à la fois de réaliser la cardiologie interventionnelle, mais aussi des interventions radiologiques vasculaires périphériques.

L'autre salle est exclusivement attribuée et affectée à la cardiologie interventionnelle. Elle est de type Philips DCI.

2) stocks, consommables, médicaments et dispositifs médicaux

La difficulté majeure réside ici en la confrontation de deux modes de fonctionnement très distincts selon que l'on est en secteur public ou privé. En effet, le secteur public obéit à des contraintes plus grandes dans ce qui touche à sa politique d'achats puisqu'en tant qu'établissement public à caractère administratif, il est soumis aux règles contraignantes du Code des Marchés Publics. Aussi, tout manquement aux procédures inscrites dans ce code pourrait exposer l'hôpital à des sanctions émanant non seulement des Chambres Régionales des Comptes, mais aussi des juridictions de l'ordre administratif et, pire encore, du juge pénal (exemple: délit de favoritisme art. 432-14 du Code Pénal, d'ingérence art. 432-12 du Code Pénal,...)

Ainsi, toute commande de médicaments ou dispositifs médicaux passeront par la procédure des marchés publics. C'est pourquoi, concernant la mise en place de la coopération, la convention prévoit que la pharmacie du Centre Hospitalier de Valenciennes assure l'achat et le stockage des produits, et ce, afin de permettre une traçabilité. De même, les types de prothèses souhaitées sont

arrêtés en pleine concertation avec les cardiologues libéraux, étant entendu que les marchés passés avec les fournisseurs doivent permettre la prise en compte de l'évolution des produits.

Les pharmaciens hospitaliers et les cardiologues publics et privés se concerteront pour arrêter le choix des produits et les modalités d'organisation en vue de la passation des commandes. En effet, cet aspect revêt une importance particulière lorsqu'on étudie les pratiques professionnelles qui peuvent diverger d'un secteur à l'autre. Les matériels, mais aussi les médicaments et dispositifs médicaux devront trouver ici une certaine cohésion pour établir des achats qui ne soient pas dispersés. Cet aspect aura, de plus, une influence sur les prix que pourront faire les fournisseurs si les commandes sont davantage groupées autour de produits communs.

Il ne s'agit pas, par ce partenariat, de reproduire chacun de son côté les modes de fonctionnement qui sont les leurs, mais bien de travailler en collaboration. Cette collaboration passe par des concessions quant aux pratiques respectives des uns et des autres, à commencer par une politique d'achat commune en termes de matériels et consommables divers. Il s'avère que des marchés de commande ont été réalisés en commun par les deux secteurs après concertation sur les types de dispositifs médicaux à acquérir. Nous verrons cependant que des ajustements restent à prévoir sur une politique commune d'achat.

conclusion

Ainsi que nous avons pu le découvrir, cette expérience novatrice a vu le jour avec comme objectif premier d'optimiser le service rendu au patient, que ce soit pour sa prise en charge à proximité, mais aussi dans un espace sécurisé, sans oublier les aspects économiques en termes de politique de santé (rationalisation des soins, assurance maladie).

C'est pourquoi, l'analyse de ce système pourra nous permettre d'en mesurer les impacts, et d'ajuster les orientations choisies dans l'intérêt commun de la population et de nos institutions de santé publique.

Partie 2

Analyse

prospective du

partenariat

INTRODUCTION

Le partenariat entre les secteurs public et privé en matière de cardiologie interventionnelle est entré en activité en février 1999 et une astreinte faisant également appel aux deux secteurs a pris place en mars 1999.

Aussi, après quelques mois de fonctionnement, il convient de dresser un premier bilan de l'activité de cardiologie interventionnelle au sein de l'établissement. Ce bilan a d'ailleurs fait l'objet d'une première réunion du comité de pilotage prévu à la convention en date du 24 juin 1999, au cours de laquelle les divers acteurs ont fait part de leurs remarques et de leurs attentes afin d'ajuster certains modes de fonctionnement et d'avoir une conduite optimale de la cardiologie interventionnelle en termes qualitatifs (chapitre préliminaire). Un premier bilan global étant ainsi réalisé, il conviendra alors de s'attarder sur les détails de celui-ci, en examinant tout d'abord les réactions des acteurs de cette convention (I). Nous serons alors amenés à voir le mode de suivi qu'il se révèle nécessaire de mettre en place (II), pour enfin jeter un regard prospectif sur l'avenir de ce partenariat (III).

*

* *

CHAPITRE PRELIMINAIRE. ANALYSE ET BILAN DU

COMITE DE PILOTAGE

La première réunion du comité de pilotage s'est ainsi déroulée le 24 juin 1999.

1) Un premier point a été établi sur l'activité et son évolution, les conséquences du partenariat au sein de l'environnement du bassin de vie du valenciennois (taux de fuite, transferts sur d'autres établissements, adressage et origine des patients, relations avec les établissements voisins...), l'activité en garde. Ce point d'étape a permis de rendre compte que l'activité de cardiologie interventionnelle dans le cadre du partenariat avait pris un essor considérable depuis sa mise en oeuvre¹⁶. De l'avis commun des médecins acteurs de la convention, ce partenariat dans un environnement sécurisé bénéficiant de matériels adaptés aura permis de réduire les taux de fuite et le nombre de transferts sur la métropole lilloise du fait d'une offre de soins pointue et de proximité sur le bassin de vie. Par ailleurs, les médecins reconnaissent que les hôpitaux publics du bassin de vie (Maubeuge, Cambrai) sollicitent le Centre Hospitalier de Valenciennes pour leur cardiologie interventionnelle, alors qu'auparavant les transferts avaient lieu sur le CHR de Lille. Il en va de même pour les cardiologues privés du bassin de vie qui orientent leurs patients vers leurs confrères privés dans le cadre de l'hôpital de Valenciennes.

Pour autant, les cardiologues publics de l'hôpital indiquent que la nature des patients vus en cardiologie interventionnelle varie en fonction du secteur de rattachement du praticien. En effet, là où les praticiens publics voient les

¹⁶ Les chiffres d'activité sont développés en chapitre II dans le suivi comptable analytique

malades drainés par les USICS des hôpitaux publics périphériques, ainsi que les autres patients de tous horizons ressortant de la mission de service public de tout hôpital, les médecins privés se trouvent avoir un adressage différent et plus sélectionné à l'origine. La convention de partenariat aura ainsi eu cet aspect bénéfique de permettre une harmonisation des objectifs, des protocoles et indications concernant les interventions réalisées.

Les praticiens privés mettent en avant, quant à eux, le confort du patient et l'environnement sécurisé. Certes, la nature des patients est différente, mais ils doivent à ces patients qui font le choix du secteur privé un confort à l'hôpital et une sécurisation identique à ce qu'ils sont en droit d'attendre dans le secteur privé .

2) Ont ensuite été abordées les questions relatives au fonctionnement quotidien et aux améliorations à y apporter.

Des ajustements ont notamment été évoqués sur l'organisation des plannings et programmes opératoires. En effet, des efforts de coordination devront être faits pour respecter les programmes prévisionnels et, ainsi, éviter de surcharger le secteur hospitalisation en cas de patients supplémentaires vus par le secteur privé, mais aussi permettre à l'unité paramédicale de cardiologie interventionnelle de s'organiser en conséquence (préparation de salle, déstockage de dispositifs médicaux, ...).

Concernant le matériel et les équipements, les praticiens affirment disposer à l'hôpital d'un matériel étoffé, de qualité et performant, du fait de l'instauration d'une coopération entre les divers secteurs d'activité à l'hôpital¹⁷.

Du côté privé, plusieurs demandes complémentaires sont évoquées. Il s'agit d'une part de simplifier les démarches de commandes avec la pharmacie, et d'autre part, de pouvoir acquérir du matériel supplémentaire. Sur le premier aspect, on se trouve bien sur confronté aux procédures issues du Code des Marchés Publics. C'est pourquoi, tout en respectant ces procédures, un accord est passé avec l'ensemble des praticiens pour que l'ensemble des commandes puisse être établi pour une année entière y compris pour les équipements les plus coûteux. Ceci évitera de faire des demandes complémentaires incessantes envers la pharmacie et de mieux cerner un budget prévisionnel annuel. Il n'en reste pas moins que des évolutions techniques pourraient intervenir et que les marchés passés avec des fournisseurs pourraient être adaptés en cours d'année. De même, des matériels très coûteux pourraient faire l'objet de marchés séparés.

Ceci nous amène au second aspect concernant les demandes d'équipements supplémentaires coûteux. En effet, le secteur privé souhaiterait bénéficier d'un Rotoblatureur, sorte de petite fraise permettant de percer des artères embolisées. Les cardiologues justifient cette acquisition par une diminution des transferts de patients suite à un échec sur dilatation. Le rotoblatureur éviterait certains pontages, des frais d'hospitalisation, des essais infructueux de pose de stent...soit en définitive, une économie à long terme, pour un confort accru du patient.¹⁸

¹⁷ y compris le secteur libéral à l'hôpital

¹⁸ Depuis le début du partenariat, 5 procédures de dilatations simples ont dû être complétées par un Rotoblatureur sur le CHRU de Lille en raison de lésions trop calcifiées.

Une étude de faisabilité a été engagée à la demande de la CPAM afin notamment d'analyser les transferts et leurs conséquences en termes de santé induits par l'absence de Rotablator sur le bassin de vie.

3) Le comité de pilotage a ensuite évoqué les questions financières concernant notamment les reversements d'honoraires et remboursements de stents par la CPAM.

Toujours dans le domaine financier, l'allocation des moyens a été évoquée. En effet, depuis le début du partenariat, l'hôpital de Valenciennes a fait l'avance de l'intégralité des frais de fonctionnement. La comptabilité analytique permettra d'établir le surcoût engendré pour l'hôpital.

4) Il est ressorti de cette première réunion un sentiment de satisfaction global de la part de chacun.

En conclusion nous pouvons constater que l'entente entre les médecins des deux secteurs se révèle très satisfaisante, que la CPAM ressent les effets d'une prise en charge moins coûteuse, et surtout, pour le patient, qu'il se dégage une meilleure prise en charge, en témoignent l'amenuisement du nombre des transferts, ainsi que du taux de fuite.

CHAPITRE I. PREMIER BILAN PAR LES ACTEURS DU PARTENARIAT

Comme nous pourrions le constater, l'activité du secteur libéral à l'hôpital a très vite pris un rythme assez dense. Il est ainsi intéressant de recueillir l'avis de chacun des acteurs, qu'ils soient utilisateurs (A) ou institutions (B), sur le fonctionnement du partenariat après quelques mois de mise en oeuvre, à savoir si ce partenariat a apporté quelque chose de positif ou non, s'il a permis des améliorations, un apport de qualité...

Section Préliminaire. Données épidémiologiques relatives au patient

Il n'est pas inutile, avant d'analyser l'évaluation faite par les acteurs du partenariat, d'examiner les conséquences de l'activité concernant le patient lui-même, en comparant la situation antérieure à celle d'aujourd'hui. Il convient ici de rechercher si un plateau technique de qualité sur lequel interviennent les secteurs public et privé permet non seulement une meilleure prise en charge des patients du secteur mais aussi un désengorgement d'autres structures.

1. L'origine des patients et le taux de fuite

a. Concernant l'activité programmée

Concernant le secteur public, l'origine des patients reste classique. En effet, le Centre Hospitalier de Valenciennes draine, en tant qu'établissement de Référence sur son bassin de vie, la population de son secteur, y compris, pour les activités pointues telle que la cardiologie interventionnelle, ainsi que les patients des secteurs de Maubeuge et Cambrai. Cette attraction du Centre Hospitalier de Valenciennes est, en partie, due au fait que certains praticiens publics des

hôpitaux de Cambrai et Maubeuge exercent en qualité d'attaché au CH de Valenciennes sur le plateau technique de cardiologie interventionnelle. Aussi, lorsqu'ils exercent leur activité en ce site, ce sont des patients de Maubeuge ou cambrai qui sont traités sur le Centre Hospitalier de Valenciennes pour des angioplasties.

Pour l'activité privée, on constate, avec le recul de quelques mois, que l'origine géographique des patients est essentiellement valenciennoise (y compris la banlieue étendue dans un secteur d'environ 20 Kms à la ronde).

Ceci apparaît très important si l'on compare les chiffres énoncés au sein de notre introduction qui faisaient état d'un important taux de fuite hors du bassin de vie avant la mise en place du système actuel de prise en charge. Cette amélioration manifeste a été confirmée par le représentant de l'ARH lors de la réunion du comité de pilotage de juin dernier. Il convient d'ajouter qu'en secteur privé, les endoprothèses font l'objet d'une prise en charge directe par l'assurance maladie et que la facturation est adressée à chaque caisse de rattachement des patients. Or, nous pouvons constater que des facturations de stents ont été adressées, non seulement à des caisses primaires du bassin de vie du Valenciennois (Maubeuge, Cambrai), mais aussi à des caisses du département hors bassin de vie (Douai) ainsi qu'à des caisses hors département du Nord (Saint-Quentin 02, Le Nouvion en Thiérache 02).

Sur l'activité par elle-même, les praticiens publics indiquent que les interventions qu'ils sont amenés à réaliser se révèlent plus lourdes qu'en secteur privé du fait de l'adressage des patients. En effet, le secteur public est amené à rencontrer des pathologies plus lourdes et en urgence. De plus, le Centre

Hospitalier de Valenciennes accueille les malades cardiologiques des hôpitaux publics voisins pour des angioplasties en urgence.

Concernant les transferts induits par la nécessité de réaliser des opérations plus délicates et plus lourdes telles que la chirurgie cardiaque, il se révèle, aux dires des médecins eux-mêmes, que la présence d'une prise en charge en cardiologie interventionnelle sur le valenciennois a contribué à nettement restreindre des transferts sur le CHRU de Lille pour des pontages ou autres opérations cardiaques, du fait de l'apport au patient de techniques substitutives sécurisées sur leur bassin de vie en matière de cardiologie. Pour autant, il n'y a pas de recul suffisant pour obtenir des chiffres significatifs et en faire une analyse réelle.

b. en garde

L'activité de garde laisse apparaître que la grande majorité des patients vus dans ce cadre sont issus du bassin de vie du Valenciennois (Anzin, Saint-Saulve, Denain, Vieux-Condé...). Pour autant, quelques patients y sont extérieurs, tant en secteur public que privé. Sur la période juin/juillet/août, un patient vu en secteur de garde assuré par les médecins privés est même domicilié en Belgique. Il a été vu suite à un transfert de la clinique Vauban, partenaire à la convention. Ainsi, le grand avantage du partenariat aura été notamment d'accroître l'attractivité du secteur de Valenciennes qui n'aurait pas atteint ce stade en l'absence d'un tel rapprochement.

2. les transferts et autres orientations ; quel apport par le partenariat?

Il est incontestable, vu les chiffres d'activité qui seront développés ultérieurement, que le taux de transfert est allé en diminuant depuis la mise en oeuvre du partenariat. En effet, depuis février 1999, date de début de l'activité, jusque août 1999 inclus, on n'a pu constater qu'un nombre de transfert très faible.

Par ailleurs, 5 patients ont dû être revus sur le CHR de LILLE pour une reprise par rotablator.

Section A. L'évaluation des utilisateurs

C'est l'un des facteurs de la réussite ou de l'échec du système, la grande question étant de savoir si le partenariat a eu des effets bénéfiques sur le fonctionnement au quotidien. Il est donc apparu intéressant de recueillir l'avis des personnes confrontées directement à l'activité de cardiologie interventionnelle, en dehors du personnel médical qui a eu l'occasion de s'exprimer lors de la réunion du comité de pilotage.

Il s'agit non seulement de s'interroger sur les impressions du personnel para-médical de la cardiologie interventionnelle, mais aussi de celui du service d'hospitalisation de cardiologie qui ressent dans son activité quotidienne l'impact de l'évolution de la cardiologie interventionnelle.

1. Le secteur de la cardiologie interventionnelle

Globalement, il ressort des entretiens passés avec les membres de l'unité de cardiologie interventionnelle que l'instauration du partenariat a été bien vécu.

Il aura, en effet, permis, entre autres, de pouvoir bénéficier de moyens en personnel, de matériels performant, et de valoriser une équipe dans une discipline de pointe.

Pour autant, des détails restent à améliorer. Il s'agit, notamment, d'aspects visant à perfectionner les circuits de liaison. Ainsi, l'unité souhaiterait bénéficier d'accès informatiques au serveur du laboratoire afin de consulter les examens et bilans entrant dans le cadre de l'activité de cardiologie interventionnelle. De même, un accès téléphonique directe avec la clinique Vauban signataire de la convention faciliterait les communications fréquentes sans temps d'attente de standard. Enfin, pour permettre une meilleure traçabilité, un meilleur suivi des stocks et éviter tout risque d'erreur papier, l'unité souhaiterait, en accord avec la pharmacie, pouvoir disposer d'un système à codes barres concernant les dispositifs médicaux divers utilisés. Ce mode de liaison permettrait un meilleur suivi des commandes en évitant les risques de péremption des matériels. Le gain de temps serait de plus appréciable.

Pour l'ensemble de ces propositions, des solutions sont susceptibles d'être trouvées à très court terme.

Concernant maintenant le personnel, il s'avère que les projections faites lors des réflexions sur le projet de partenariat doivent être relativisées. En effet, d'une part un personnel insuffisant a été demandé lors des créations de poste à l'origine de la mise en place de la convention, et d'autre part, l'activité projetée semble se révéler inférieure à ce qu'elle est réellement.

Enfin, concernant le système d'astreinte instauré pour les infirmières, sa mise en oeuvre en mars 1999 était basée sur le volontariat, étant entendu que le

principe retenu serait le paiement et non la récupération. Un bilan d'évaluation étant prévu en octobre, des interrogations se font jour. Il s'avère que l'organisation du service avec le personnel dont il dispose et l'intensité de l'activité rendent quasiment impossible un système de récupération. S'il se révélait en octobre que le système de paiement de l'astreinte était remis en question, aucune infirmière ne serait plus volontaire pour assurer celles-ci, la base restant celle du volontariat.

Il en va de même concernant l'astreinte des manipulateurs.

Une demande de moyens supplémentaire sera ainsi formulée auprès de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation qui s'était engagée à ajuster les dépenses de personnel et de fonctionnement occasionnées par l'activité de cardiologie interventionnelle.

2. Le secteur hospitalisation de la cardiologie

L'essor de la cardiologie interventionnelle a eu des répercussions sur l'activité d'hospitalisation en cardiologie. Des conséquences sont induites par le surcroît d'activité. En effet, le service de cardiologie « A » dispose de 30 lits avec un effectif infirmier de 4. Ce service accueille les patients de cardiologie interventionnelle hospitalisés, que ceux-ci soient publics ou privés à l'origine. Le second service d'hospitalisation de cardiologie (dit « B ») dispose de 22 lits pour un personnel infirmier équivalent à la cardiologie A, soit 4 infirmiers.

Le surcroît d'activité laisse apparaître un manque au niveau de l'effectif de cardiologie A qui souhaiterait passer à 5 le nombre d'infirmiers.

L'octroi de personnel supplémentaire tel qu'il a déjà été évoqué, même si l'effectif infirmier a été renforcé au niveau de l'hospitalisation post-interventionnelle, n'a pas permis d'étoffer suffisamment le service de cardiologie A du fait d'un départ en maternité.

Par ailleurs, des projets de démarche qualité initiée au sein de ce service n'ont pu voir le jour du fait de l'activité croissante des infirmières consacrant l'ensemble de leur temps auprès des patients.

Enfin, il arrive fréquemment que le nombre d'interventions soit supérieur à celui prévu et n'entraîne une hospitalisation non envisagée à l'origine en termes de capacité d'accueil programmée au sein du service.

L'ensemble de ces paramètres font que le service de cardiologie A est fréquemment saturé et nécessiterait un renfort infirmier bienvenu au sein de cette unité.

Section B. Le point de vue des structures hors cardiologie

1. Analyse interne

a. Le secteur administratif

L'ensemble du secteur administratif est concerné par le système mis en place. En effet, une gestion supplémentaire doit être instaurée du fait même de la présence de deux secteurs au fonctionnement juridique différent. A commencer par la Direction des affaires financières qui doit analyser l'activité de ces secteurs en vue de l'établissement de la comptabilité analytique (coûts de fonctionnement sur les groupes II et III de la section d'exploitation, analyse des reversements, facturation des stents...). La gestion des ressources humaines intervient également dans le processus notamment pour l'organisation des tableaux de garde, l'emploi du personnel non médical affecté à la cardiologie interventionnelle... La direction de l'hospitalisation se trouve concernée par les mouvements d'admission des patients en prenant garde de scinder ce qui est du ressort public ou privé. C'est aussi la Direction de l'unité informatique qui intervient non seulement pour gérer le système classique hospitalier de prise en charge des patients, mais aussi pour développer des applications innovantes, telles qu'un système de télémédecine permettant de relayer l'hôpital avec l'ensemble des cardiologues libéraux intervenant à la convention et, bien entendu, la clinique Vauban. Ce système devrait permettre de faciliter la prise en charge du patient et d'améliorer encore le diagnostic et le suivi de chaque patient.

b. Les unités médicales concernées

Différentes unités médicales subissent les répercussions de l'activité de cardiologie interventionnelle et du partenariat instauré.

Il s'agit, en premier lieu, du **Département d'Information Médicale**. Cette unité établit l'analyse de l'activité médicale des services. Concernant la cardiologie interventionnelle, le DIM estime qu'à l'heure actuelle, nous ne disposons pas encore d'assez de recul pour permettre une analyse correcte et significative de l'activité privée à l'hôpital par rapport au public. Ce n'est qu'après un an de fonctionnement que des conclusions pourront être émises. Pour autant, il faudra se méfier des chiffres bruts. Il conviendra de pondérer les chiffres en fonction de l'âge des patients, des pathologies associées au diagnostic principal et donc de la lourdeur de chaque patient, du contexte de venue à l'hôpital... Il existe ici un danger du PMSI. En effet, pris de manière brute, le PMSI se révèle homogène sur le plan des coûts par pathologie. Il n'y a d'appréciation ni quant à l'efficacité de l'équipe et à sa constitution, ni quant à la personnalité du patient et à ses antécédents qui peuvent influencer sur la lourdeur de l'intervention à réaliser, ni enfin sur l'environnement. Le PMSI n'est que quantitatif. Cependant, l'apport de la cardiologie interventionnelle sur le valenciennois gérée en commun par les secteurs public et privé permettent non seulement une meilleure prise en charge de la population du bassin de vie, mais aussi des économies induites par cette activité. Pour la CPAM, le coût est moindre si tout peut être fait en interne (impact sur les transferts) et que l'on peut éviter des interventions plus coûteuses (impact sur les coûts de la chirurgie cardiaque). Pour l'hôpital, en outre, ce système lui permet un meilleur niveau

d'activité par l'accroissement des RUMs et donc une allocation budgétaire renforcée.

S'agissant de la **pharmacie**, il ressort des contacts pris auprès de la pharmacie de l'hôpital, que le partenariat instauré apportait une charge de travail supplémentaire (La mise en place du partenariat a cependant conduit à affecter à la pharmacie 0.5 poste de préparateur en pharmacie). En effet, le nombre de références aurait été multiplié par 4 depuis le début du partenariat en cardiologie du fait des demandes des praticiens libéraux. Par ailleurs, des demandes complémentaires interviennent à tout moment de l'année, ce qui apparaît en contradiction avec les règles des marchés publics. Des procédures de commande annuelle tenteront d'être instaurées.

Sur le fonctionnement pratique se posent deux questions principales. Tout d'abord, se pose la question de prescription de médicaments et dispositifs médicaux au bénéfice de patients privés par une pharmacie hospitalière. Ensuite, est évoquée l'interrogation concernant les stents ouverts et non posés. En effet, les stents ouverts non posés sur des patients privés ne font pas l'objet d'un remboursement par l'Assurance Maladie. En privé, ceux-ci sont échangés auprès des laboratoires. La même démarche devrait être instaurée par la pharmacie hospitalière

2. Les structures externes

Il s'agit principalement de l'ARH et de l'assurance maladie, dont les positions respectives ont déjà été commentées, puisqu'à l'origine de la faisabilité d'un tel partenariat.

CHAPITRE II. LA NECESSITE D'UN SUIVI CONSTRUCTIF

Section A. La mise en place d'un système de comptabilité analytique spécifique

La convention prévoit en son article 11 que le Centre Hospitalier de Valenciennes, en liaison avec les cardiologues libéraux, mette en place un système expérimental de comptabilité analytique permettant de déterminer le coût des pathologies traitées. Ainsi, chaque intervenant, public ou privé, établit dans le respect des règles de confidentialité un Résumé de Sortie Standardisé (RSS) pour chaque intervention et le transmet au Département d'Information Médicale (DIM) du Centre Hospitalier de Valenciennes. Les résultats ainsi obtenus sont ensuite communiqués à l'Agence Régionale de l'Hospitalisation.

La transmission des données PMSI concernant l'activité privée n'a actuellement qu'une visée statistique de cette activité et doit permettre à L'Agence Régionale de l'Hospitalisation de mesurer la charge qu'elle représente pour l'hôpital en vue d'accroître les moyens de ce dernier. C'est ici tout l'intérêt d'une comptabilité analytique. En effet, les dépenses de personnel et de fonctionnement occasionnées par l'activité de cardiologie interventionnelle sont intégrées dans la dotation globale du centre hospitalier. Il convient donc d'évaluer celles-ci afin de pouvoir bénéficier de moyens supplémentaires correspondant au surcroît d'activité engendré par ce fonctionnement.

Plusieurs pistes ont été envisagées pour ce faire:

- Un premier système basé sur le PMSI consistant à évaluer le coût de l'acte, à savoir: **(nombre de points ISA par acte valorisé x nombre d'actes réalisés) - le remboursement des stents utilisés par l'assurance maladie**
- Le second système consiste à analyser les coûts réels par une analyse des différents coûts induits par l'activité privée (remboursement au franc le franc).
- Enfin, un troisième système ayant pour fondement l'assimilation aux règles privées soit: **(forfait salle d'intervention + forfait médicaments coûteux + une journée d'hospitalisation) x nombre d'interventions**

L'analyse de ces possibilités nous amène à examiner les paramètres permettant d'obtenir le reflet le plus exact de la réalité.

Section B. De la nécessité d'instaurer un coût par pathologie permettant d'évaluer les activités des deux secteurs

Ce point constitue une difficulté majeure concernant l'analyse de l'activité. En effet, à l'heure actuelle, nous ne disposons que de peu de recul pour clairement définir un coût par pathologie. De plus, le système actuel d'analyse des données de l'activité hospitalière est encore peu développé pour parvenir à une comptabilité analytique probante. Aussi, l'angle d'approche adopté ici sera de déterminer s'il existe des écarts de consommation au niveau des activités.

1. Analyse des coûts

Stents: Les stents posés en secteur libéral faisant l'objet d'un remboursement par l'assurance maladie, il convient d'en définir un coût moyen. Au 6 septembre 1999, 147 stents ont été sortis du magasin Pharmacie dans le cadre de l'activité libérale (contre 287 dans le cadre des activités publique de l'hôpital). Sur les 147 stents 122 ont été facturés pour un montant total de 532 258.50 francs, soit un prix unitaire moyen du stent de 4 363 francs. Il est, par ailleurs à noter que la

différence entre le prix TIPS facturé au secteur privé et le prix tel qu'il résulte de la procédure d'appel d'offre de l'hôpital de Valenciennes fait apparaître à ce jour un gain pour l'assurance maladie de 122 460 francs.

Reversement d'honoraires: Ces reversements d'honoraires correspondent en réalité non pas à une rémunération de l'hôpital, mais à un droit d'usage du plateau technique. Ils servent ainsi à couvrir les frais d'amortissement et autres frais financiers engendrés par le fonctionnement du matériel. Ils sont fixés à 15% du montant des honoraires perçus.

Les dépenses de Groupe I.

Elles concernent le personnel. Tout d'abord, sur le personnel médical, il apparaît impossible de mettre en parallèle les systèmes de rémunération du public (salaire issu d'un statut) et du privé (paiement à l'acte avec éventuellement dépassement d'honoraires). Ces données ne sauraient être prises en charge pour effectuer une comparaison des coûts d'activité, les paramètres ayant des bases différentes.

S'agissant du personnel non médical, leur coût est une donnée constante, qu'il s'agisse du secteur public ou privé. En effet, qu'une angioplastie soit effectuée dans l'un ou l'autre secteur, les charges en personnel non médical restent identiques. On ne peut donc se baser sur ces coûts pour comparer les activités. Pour information, le coût en personnel non médical de l'effectif de cardiologie interventionnelle s'établit à 4 478 647 francs annuels (hors le coût des astreintes infirmières et manipulateurs d'environ 150 000 francs).

Les dépenses de groupe II

Il s'agit des consommations de médicaments et dispositifs médicaux. Tout d'abord, les stents et endoprothèses doivent être sortis de l'étude, puisque pris directement en charge par l'assurance maladie, avec l'avantage pour cette dernière que les coûts d'achat sont négociés par la pharmacie du Centre Hospitalier de Valenciennes à un prix inférieur au TIPS.

Ensuite, concernant les autres dépenses de médicaments et autres dispositifs médicaux, il s'avère que les achats sont réalisés conjointement par les deux secteurs public et privé sous la forme de l'appel d'offres. Aussi, pour chaque intervention de type identique, le même nombre de consommables est utilisé pour un coût similaire, et ce avec des protocoles harmonisés.

En outre, les deux demi-journées privées ne sont consacrées qu'à des angioplasties programmées, alors que le reste des plages, soit huit demi-journées, sont réparties non seulement sur l'activité d'angioplastie, mais aussi sur des activités de coronarographie et de radiologie vasculaire périphérique, la salle étant une salle numérisée mixte. Les données de consommation ne peuvent donc être un critère de comparaison.

source: Direction des affaires financières CH Valenciennes	UF 1021 cardiologie interventionnelle libérale
février 99	104 398
mars 99	261 546
avril 99	246 586
mai 99	177 602
juin 99	219 470
juillet 99	146 272
août 99	36 164
Total	1 192 038

Dépenses de groupe IV

L'acquisition du plateau technique par le Centre Hospitalier de Valenciennes a été autorisée par l'ARH dans le cadre du SROS (voir supra). Ces dépenses ont engendré des coûts d'amortissement par l'établissement. On pourrait, en comparant les durées d'utilisation de ce plateau technique, déterminer la charge incombant au secteur privé. Pour autant, non seulement la salle d'angiographie numérisée du CH de Valenciennes est une salle mixte, qui sert en outre à toute l'activité de radiologie vasculaire, mais encore l'activité du secteur privé à l'hôpital se limite à des angioplasties alors que le secteur public réalise des coronarographies et autres examens. Dans ces conditions, il est difficile de déterminer la part d'utilisation réelle du plateau technique par le secteur privé. Le seul moyen était de définir arbitrairement une redevance couvrant les frais financiers et l'amortissement du matériel. C'est ce qu'a défini la convention.

2. Analyse de l'activité

Comment valoriser l'activité privée pour justifier de moyens supplémentaires par l'ARH? Depuis l'entrée en application de la convention et le début de l'activité, on constate que celle-ci s'est rapidement développée et que le taux d'occupation de la salle d'angiographie numérisée est constamment à son maximum que ce soit sur les plages publiques comme privées (environ 4 patients par demi-journées). De même, l'activité en garde semble confirmer son essor et l'attractivité qu'elle engendre sur le bassin de vie.

Secteur public

nombre de patients	coronarographie diagnostique	coronarographie + Angioplastie	Angioplastie programmée	total	activité en garde
janvier	128	23	5	156	
février	122	13	9	144	
mars	120	31	22	173	
avril	127	33	9	169	1
mai	109	31	18	158	3
juin	120	35	4	159	0
juillet	99	16	20	135	3
août	58	30	7	95	4
total	883	212	94	1189	11

Secteur privé

nombre de patients	Angioplastie programmée	pose de stent	dont patients hospitalisés + de 24h	activité en garde
janvier	néant			
février	12	7+2 tentatives	3	
mars	27	20+4 tentatives	18	
avril	24	25+3 tentatives	15	2
mai	25	17+3 tentatives	11	6
juin	29	24+1 tentative	9	3
juillet	19	NC*	NC*	2
août	5	NC*	NC*	2
total	141	10693+13 tentatives	112	15

*Les données n'ont pu, au jour d'édition du mémoire, être fournies en raison d'un problème informatique

Le PMSI peut constituer un outil d'analyse de la valorisation de l'activité privée sur l'établissement. Cependant, il a été convenu par les acteurs de la convention que les séjours de plus de 24 heures faisaient changer le statut des patients privés en patients publics. Ce cas de figure permet ainsi de valoriser l'activité en points ISA de l'établissement. Or, les chiffres d'activité laissent

apparaître que les patients issus du privé sont, dans les deux tiers des cas, hospitalisés plus de 24 heures dans l'établissement. Il apparaît ainsi difficile d'analyser l'activité privée en se basant sur les données du PMSI.

En conclusion, un premier point peut cependant être établi sur le surcoût engendré par l'activité privée dans l'établissement. **Si l'on considère l'activité privée à fin juin**, nous constatons que:

- 598 713 francs d'honoraires ont été perçus par les praticiens libéraux
- Le montant du reversement d'honoraires s'élève donc à 89 807 francs
- 117 actes ont été réalisés à fin juin 1999 pour 93 stents posés
- Le coût moyen du stent étant de 4 363 francs¹⁹, 405 738 francs sont facturables à l'assurance maladie
- Les dépenses de groupe II à fin juin sont de 1 009 602 francs
- Dépenses de groupe II - les stents - les reversements = 514 057 francs à la charge de l'hôpital.

Il apparaît ainsi que certaines charges pèsent sur l'hôpital, ne serait-ce que sur l'aspect des dépenses de groupe II clairement identifiables. Ainsi, même si l'activité en secteur libéral ne se révèle pas plus coûteuse qu'en public, force est de constater que son fonctionnement représente néanmoins un coût. Il ne faut pas perdre de vue que le patient reste au coeur du système et que cette activité correspond à un besoin de soins de qualité pour la population du bassin de vie.

¹⁹ voir page 70 sur l'évaluation du coût des stents.

CHAPITRE III. UN AVENIR FAIT DE PROSPECTIVES MAIS AUSSI D'AJUSTEMENTS

Section A. Quelle évolution pour la convention de partenariat?

1) les ajustements financiers

Plusieurs évolutions se font jour au niveau financier.

a. reversements d'honoraires

Une instruction parue au Bulletin Officiel des impôts du 12 mars 1999 vient apporter des changements concernant les redevances versées aux établissements de santé publics ou privés par les médecins ou les auxiliaires médicaux²⁰. Celle-ci dispose que ces redevances sont désormais dans tous les cas soumises à la TVA dans les conditions de droit commun. Les redevances s'analysent comme la contrepartie d'une prestation de service offerte par l'hôpital aux médecins y exerçant à titre libéral: mise à disposition de locaux, d'équipements, de personnel...(Cass.Ass.Plen. 28 mai 1976. JCP 77 II. 18535 et Cons.Constit, 23 janvier 1987 sur la loi DMOS n° 87.39 du 27 janvier 1987) Toutes ces prestations de service sont imposables à la TVA dès lors qu'elles sont effectuées à titre onéreux, quels qu'en soient les buts ou les résultats.

Le Centre Hospitalier de Valenciennes étudie actuellement les modalités de réajustement de la redevance fixée à l'origine à 15%, compte tenu de ces dispositions relatives à l'assujettissement à la TVA. En effet, les redevances versées par les médecins doivent être considérées comme étant « toutes taxes comprises ». Ceci implique que l'établissement se retrouvera perdant sur les

recettes subsidiaires escomptées à l'origine, celui-ci devant reverser la TVA perçue. Par exemple, sur 100 francs d'honoraires, l'établissement ne percevra pas 15 francs comme prévu à l'origine, mais 15 francs - 20.6% (dus au titre du reversement de TVA).

b. En ce qui concerne le remboursement des stents par les caisses d'assurance maladie pour l'activité privée, il s'avère que le succès remporté par le partenariat implique l'intervention de plusieurs organismes d'assurance maladie. En effet, non seulement la caisse primaire d'assurance maladie du régime général de Valenciennes se trouve concernée, mais également les caisses du régime général de Maubeuge (59), de Cambrai (59), de Saint-Quentin (02), de Douai (59) et du Nouvion en Thiérache (02). A cela, s'ajoutent les caisses des régimes des travailleurs indépendants, de la MGEN, des PTT, de la SNCF....

Un courrier a ainsi été transmis à chaque caisse concernée afin d'avaliser les modalités retenues au sein de la convention, modalités de remboursement ayant reçu l'aval de l'ARH.

c. quelles pistes pour augmenter la DGF?

Il avait été prévu, lors de la mise en application du partenariat, une allocation budgétaire au Centre Hospitalier de Valenciennes. Elle s'analysait en une somme de 2.782.000 F représentant les charges de personnel non médicaux et l'achat de médicaments et dispositifs médicaux à hauteur de 700.000 F. Cette part budgétaire correspondait aux prévisions de l'activité publique d'angioplastie. Par ailleurs, il avait été convenu que le Centre Hospitalier établirait un bilan du fonctionnement privé afin d'obtenir de l'ARH un ajustement de ses moyens

²⁰ Direction Générale des Impôts 3A-1-99 n° 48 du 12 mars 1999 3C.A/8 instruction du 5 mars 1999 Bulletin Officiel des Impôts

financiers après analyse de l'évolution et des coûts de l'activité privée. Nous avons déjà pu constater²¹ des incidences financières sur le groupe II des dépenses

La Direction des Finances de l'établissement étudie actuellement les modalités d'ajustement de la base budgétaire compte tenu du niveau d'activité et de sa projection à fin d'année. En effet, le succès du partenariat implique, par exemple, que les dépenses de groupe II à l'usage des praticiens du secteur privé seront supérieures aux prévisions faites en début d'année. De même, le développement rapide de cette activité nouvelle sur l'établissement nécessitera un ajustement des moyens humains en termes de personnel non médical. Une rencontre avec l'ARH sera sous peu envisagée afin de revoir l'allocation budgétaire des groupes I et II en fonction de l'accroissement de l'activité publique et privée.

2) L'évolution juridique

L'instauration de la cardiologie interventionnelle s'est réalisée sur la base d'une convention de partenariat. Il convient de s'interroger sur la possibilité d'une évolution structurelle, ne serait-ce que pour renforcer les liens et ancrer dans la durée la volonté de travailler ensemble. La récente réforme hospitalière ouvre un certain nombre de pistes en matière de coopération. L'article L.712-11-1 permet notamment de constituer des « groupements de coopération sanitaire » réalisant et gérant pour le compte de ses membres des équipements d'intérêt commun y compris des plateaux techniques, ou constituant le cadre d'interventions communes des professionnels médicaux. Ce groupement possède

²¹ Voir en ce sens l'analyse en page 74

l'avantage de bénéficier de la personnalité morale ce qui institutionnaliserait les liens noués entre les deux secteurs public et privé en matière de cardiologie.

Ce pourrait être là une piste d'évolution qui prouverait le succès du partenariat.

3) Quel avenir pour le partenariat?

La question qu'il convient ici de se poser est de savoir si, au delà de l'aspect purement formel et structurel, il existe une réelle volonté d'avancer et travailler ensemble ou si il n'y avait là que de simples rapports d'opportunité. En effet, tout porte à croire, en analysant les protocoles et procédures communs élaborés par les médecins des deux secteurs, que le partenariat repose sur une volonté de réaliser ensemble une offre de soins de qualité au bénéfice du patient. Pour autant, l'évolution constante de la demande fera t-elle résister le partenariat? Celui-ci ne risque t-il pas d'être victime de son succès? En effet, dans un tel cas, l'extension de l'activité n'amènerait-elle pas les praticiens à souhaiter l'ouverture d'un second site d'angioplastie en secteur privé concurrençant ainsi le secteur public et mettant à terre le partenariat?

La question peut se poser. Il convient donc d'être vigilant pour qu'une nouvelle concurrence stérile ne s'instaure pas au détriment non seulement du patient mais aussi de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. C'est le travail actuel des praticiens des deux secteurs de renforcer leurs liens, leur fonctionnement et leurs procédures communes.

Section B. Les perspectives d'avenir en termes d'activité

Globalement, nous pouvons constater que les objectifs affichés lors de la mise en place de la convention ont été atteints (restreindre les taux de fuite, éviter les transferts, rendre attractif le bassin de vie...).

En projection à fin d'année, le secteur public affichera un nombre d'angioplasties programmées d'environ 141 (sans compter l'activité de coronarographie à visée diagnostique ni la radiologie vasculaire périphérique) et le secteur privé atteindra environ 220 angioplasties. Cette activité nouvelle sur le bassin de vie aura ainsi dès la première année eu un impact très important en termes d'offre de soins.

Section C. La validation de l'expérimentation: un exemple probant

1) L'analyse de l'ARH

En application du SROS, l'ARH a été l'un des initiateurs du partenariat mis en place. Après quelques mois de fonctionnement, il se dégage une certaine satisfaction face aux résultats de cette expérience. En effet, cette collaboration expérimentale entre le secteur privé et le secteur public dans les locaux de l'hôpital public s'avère aller dans le sens de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé telle qu'elle résulte de la récente réglementation. Il ne s'agit pas, en effet, de parvenir à une maîtrise comptable des dépenses de santé, mais bien à atteindre une qualité de soins qui permet des économies. Le partenariat a su démontrer que l'on pouvait tendre vers le meilleur coût/efficacité et le meilleur coût/utilité.

Par ailleurs, la convention de partenariat a permis de faire travailler ensemble des praticiens qui ont su s'entendre et harmoniser leurs pratiques

respectives en s'enrichissant les uns les autres. Des discussions ont abouti à établir des protocoles communs et à réaliser des procédures d'achat communes. Cet aspect contribue grandement à la politique de maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

L'ARH ne peut que constater que ce partenariat, qu'elle a souhaité voir se développer, a permis de contribuer à ce que l'intérêt général passe au-delà des intérêts particuliers. C'est là le fondement du Service Public.

2) Quel rayonnement pour l'expérimentation?

a. En cardiologie

L'expérience menée commence d'ores et déjà à avoir une certaine portée sur l'extérieur. En effet, d'autres établissements se trouvent confrontés aux mêmes interrogations et aux mêmes contraintes que ne l'était Valenciennes il y a quelques temps. Comment à la fois rationaliser l'offre de soins tout en rendant un service de proximité optimal et accru au patient?

C'est pourquoi, séduits par l'expérimentation menée, d'autres établissements de la région mais aussi d'autres régions françaises ont souhaité obtenir copie du modèle de convention passée ainsi que de ses applications en matière de cardiologie interventionnelle sur le valenciennois.

b. Vers d'autres secteurs d'activité

L'expérience ici tentée avec succès pourrait se reproduire à d'autres secteurs d'activité. Ainsi, sur le valenciennois, des négociations ont débuté entre l'hôpital et une clinique privée participant au service public hospitalier pour développer sur le bassin de vie une activité de chirurgie thoracique, associant

également le secteur purement privé. L'ARH participe activement aux négociations sur la faisabilité d'un tel rapprochement.

De même, l'établissement est en cours de réflexion pour étendre ce même système de partenariat au niveau de l'activité de la radiologie interventionnelle périphérique.

3) Les craintes et les écueils

Certes, un tel partenariat n'est pas sans écueils. En effet, la non fongibilité des enveloppes public/privé à but lucratif pourrait susciter des remarques. Ainsi, le Centre Hospitalier n'a-t-il pas manqué d'interroger la Chambre Régionale des Comptes au sujet de ce fonctionnement. A ce jour, aucune réponse de cette instance n'est parvenue à l'établissement.

Un autre souci pourrait être relevé au niveau du patient. Quelle est la lisibilité que se fait le malade du système? Certains cas de figure peuvent, en effet, paraître compliqués. Prenons l'exemple d'un patient privé restant plus de 24 heures et devenant public. Prenons l'exemple d'un patient vu en urgence au cours d'une astreinte assurée par un praticien privé sur l'hôpital. Il n'est pas évident que le patient sache toujours très bien se situer, car des cas de mixité de prise en charge peuvent se produire et parfois se révéler épineux.

Le dernier écueil déjà évoqué est de se demander si le partenariat et la bonne entente actuelle perdureront, surtout si des personnes venaient à changer au sein des équipes.

CONCLUSION GENERALE

S'il y a bien eu un facteur qui a permis la réussite d'un tel projet, cela a été la volonté des deux secteurs public et privé de travailler ensemble. Sans cette volonté affichée et réelle (en témoignent les chiffres de l'activité), la convention aurait été, à ce jour, dénoncée. Cette condition *sine qua non* de la réussite résulte donc bien d'une telle volonté qui a su aller au-delà des aspects réglementaires liant l'activité de soins en général.

Il résulte de cette expérience, qu'accéder à une maîtrise médicalisée des dépenses de santé ne peut se faire, dans le contexte actuel, que par celles et ceux qui osent des actions novatrices. Cette démarche d'innovation se devra d'être tant structurelle et fonctionnelle, que financière et administrative. Mais surtout les acteurs du système de soins doivent agir sur l'évolution des mentalités. Le succès rencontré à Valenciennes semble montrer que, même si tout n'est pas (encore) parfait, l'ensemble des acteurs du monde de la santé dans le valenciennois sont sur la bonne voie, l'objectif étant la satisfaction du patient et la qualité des soins.

REMERCIEMENTS

Je tiens tout particulièrement à remercier l'ensemble des acteurs de la convention qui m'ont permis non seulement de réaliser ce mémoire, mais qui m'y ont également beaucoup aidé.

- Je voudrais ainsi remercier l'ensemble des praticiens et cardiologues publics et privés qui m'ont éclairé sur la discipline cardiologique et qui m'ont permis d'assister à des interventions. Ils se sont montrés très ouverts et m'ont tous accueilli avec bienveillance.
- Je suis extrêmement reconnaissant à Madame AGATA, Cadre Infirmier de l'unité de cardiologie interventionnelle, de m'avoir non seulement aidé, mais aussi de s'être impliquée à fond dans le développement de cette unité. Je rends hommage à son action volontaire.
- Je remercie Mademoiselle MERIAUX, Cadre infirmier de l'USIC, d'avoir contribué à éclaircir mes recherches concernant le circuit des patients.
- Je félicite le service d'hospitalisation de cardiologie A pour son dévouement.
- Je suis reconnaissant au service du DIM de m'avoir donné les renseignements nécessaires à la construction de mon mémoire.
- Je remercie la pharmacie hospitalière et notamment Mesdames URBINA (chef de service) et GUILLAIN pour m'avoir exposé les problèmes rencontrés concernant les dépenses de groupe II et les pistes de résolution possibles.
- Enfin, je remercie chaleureusement Monsieur Marc LE HOUCQ, Directeur de service central au CH de Valenciennes, ainsi que Monsieur Serge SIMEON et toute son équipe de la Direction des affaires financières pour m'avoir orienté dans mes recherches et dans la construction de ce mémoire.

Ce mémoire n'aurait pu être réalisé sans le soutien de plusieurs personnes que je voudrais remercier tout spécialement en préalable à la lecture de celui-ci:

Il s'agit de Monsieur le Docteur QUETU, Médecin conseil Chef de Service de l'échelon local du Service Médical de Valenciennes et partenaire de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation Nord-Pas-de-Calais. Je le remercie infiniment d'avoir bien voulu accepter d'être mon Directeur de Mémoire et de m'avoir exposé les étapes de l'évolution de ce dossier. Son aide m'a été précieuse.

Je remercie Monsieur DOMY, Directeur du Centre Hospitalier de Valenciennes, ainsi que Monsieur LIENARD, Directeur des ressources humaines et Maître de stage, qui m'ont proposé ce sujet de mémoire et m'en ont confié le suivi sur l'établissement.

Ce mémoire est inscrit, grâce à l'initiative de Monsieur DOMY, pour participer au prix de l'innovation hospitalière organisé par l'Association des Elèves et Anciens Elèves de l'Ecole Nationale de la Santé Publique- Directeur d'Hôpital.

BIBLIOGRAPHIE

*

* *

Textes législatifs et réglementaires

- Ordonnance n°96 345 relative à la maîtrise médicalisée des soins
- Ordonnance n°96 346 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

Rapports

- Rapport d'étude sur l'état de santé dans le bassin houiller du Nord Pas-de-Calais O.R.S - septembre 1996
- F.H.F Nord Pas-de-Calais: Synthèse des données nationales et régionales sur l'état de santé et les priorités de santé publique- janvier 1996
- Professeur J. DELAYE - hôpital Louis Pradel - Lyon, « trente ans de prévention de la maladie coronaire » in: la fédération française de cardiologie - Actualité du coeur - Campagne 1999
- Production de soins en cardiologie dans les bassins de vie - PMSI 1997 - source ARH/NPDC SROS 1999/2004

Ouvrages

- « Comprendre la Réforme hospitalière du 24 avril 1996 » R. CAILLET/ B. DELAETER
Aspeps éditions
- « Comprendre la responsabilité à l'hôpital » F. LECLERCQ / Collection La gestion de l'hôpital. Aspeps éditions

Articles

- INSEE PREMIERE « Le recensement de la population de 1999 » n° 663- juillet 1999

Sites internet:

- Observatoires Régionaux de la santé <http://www.fnors.org>

- <http://www.santé.gouv.fr>

- <http://www.social.gouv.fr>

- <http://www.credes.fr>

- <http://www.insee.fr>

ANNEXES

*

* *

Annexe 1: Volet cardiologique du SROS (extraits)

Annexe 2: Protocole de coopération sanitaire dans les domaines de la cardiologie interventionnelle et de la cardiologie intensive dans le valenciennois du 11 septembre 1997

Annexe 3: Contrat d'objectifs et de moyens entre l'ARH et le Centre Hospitalier de Valenciennes du 11 décembre 1997

Annexe 4: Protocole de coopération sanitaire entre le Centre Hospitalier de Valenciennes et les cardiologues libéraux dans le domaine de la cardiologie intensive au sein du bassin de vie Hainaut du 2 janvier 1998

Annexe 5: Convention de coopération sanitaire entre le Centre Hospitalier de Valenciennes et les cardiologues libéraux dans le domaine de la cardiologie interventionnelle au sein du bassin de vie Hainaut-Cambrais du 4 août 1998

Annexe 6: Courrier de l'ARH du 12 novembre 1998

Annexe 7: Compte rendu de réunion du 6 janvier 1999

Annexe 8: Compte rendu du comité de pilotage du 24 juin 1999

Annexe 9: Rapport de présentation budgétaire 1999 du CH Valenciennes (extraits)