

**LA COOPERATION PUBLIC-
PRIVE DANS
L'AMELIORATION DE
L'OFFRE DE SOINS :
L'EXEMPLE DE LA CARDIOLOGIE
DANS LE 3EME SECTEUR
SANITAIRE D'ALSACE**

**PHILIPPE VASSEUR
MEMOIRE D'ELEVE DIRECTEUR
D'HOPITAL
PROMOTION 1998-2000**

REMERCIEMENTS

Je remercie tous ceux qui m'ont reçu et permis de réaliser le présent mémoire, et particulièrement :

Parmi les membres des Hôpitaux civils de Colmar, établissement dans lequel j'ai effectué mon stage hospitalier :

M. GUSTIN, chef d'établissement,
M. Marc PEREGO, directeur du développement et de la qualité
M. le Pr. ARNOLD, chef du service de cardiologie,
Mme ULLMANN et M. ALI, cardiologues,
M. DORFLER et M. MATYSIAK, chirurgiens vasculaires,
M. HAEGUY, chef du service des urgences,
M. WURTZ, maître de stage.

Parmi les membres du Groupe hospitalier privé du Centre Alsace :

M. DOLLE, chef d'établissement,
M. BOULLENC, cardiologue.

Parmi mes interlocuteurs extérieurs aux deux établissements concernés par le projet de coopération :

M. BONNET, Directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation d'Alsace, et ses
collaborateurs,

M. le Dr. KUSS, du Service médical régional,
M. le Pr. MONNASSIER, cardiologue du Centre hospitalier de Mulhouse,
M. ROTH, directeur de l'Hôpital d'Haguenau,
M. WENZLER, directeur adjoint du Centre hospitalier de Mulhouse,.

J'exprime aussi mes remerciements et ma gratitude pour sa disponibilité et sa précieuse assistance à mon directeur de mémoire, M. Gilles CALMES, chef de cabinet du directeur du Centre hospitalier intercommunal de Poissy – Saint-Germain-en-Laye.

SOMMAIRE

<u>I. L'IMPORTANCE DES AFFECTIONS CARDIO-VASCULAIRES EN ALSACE ET L'ACTUELLE OFFRE DE SOINS.....</u>	<u>4</u>
A. PRÉSENTATION DE LA RÉGION.....	4
B. LE CONTEXTE GÉNÉRAL EN MATIÈRE D'AFFECTIONS CARDIO-VASCULAIRES.	5
C. UN COÛT ÉLEVÉ.	8
D. LE CONTEXTE MÉDICAL DANS LEQUEL S'INSCRIT LE PROJET DE COOPÉRATION EN CARDIOLOGIE ENTRE LES ÉTABLISSEMENTS COLMARIENS.....	8
E. UNE OFFRE DE SOINS NON OPTIMALE DANS LA RÉGION.	11
F. LES ÉQUIPEMENTS EN CARDIOLOGIE À COLMAR.	23
<u>II. LES AVANTAGES PRÉSENTÉS PAR UNE COOPÉRATION ET LES POSSIBILITÉS OFFERTES PAR LA RÉGLEMENTATION.....</u>	<u>28</u>
A. LA PLANIFICATION RÉGIONALE.....	29
B. LA RÉGLEMENTATION ISSUE DES APPORTS SUCCESSIFS AUX MODES DE COOPÉRATION HOSPITALIÈRE OFFRE AUX ACTEURS DE SANTÉ UNE GAMME VARIÉE DE CADRES JURIDIQUES ADAPTÉS À LEURS SPÉCIFICITÉS.....	31
C. L'INTERVENTION DE LA LOI RELATIVE À LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE ENRICHIT LES DISPOSITIFS DE COOPÉRATION.	47
D. LES POSITIONS DES ACTEURS EN PRÉSENCE SUR LE PRINCIPE ET LES CONDITIONS DE LA COOPÉRATION.....	50
E. LES DÉVELOPPEMENTS RÉCENTS AU SEIN DES HÔPITAUX CIVILS DE COLMAR.	60
<u>III. L'ACTION ENVISAGÉE SE HEURTE À DES OBSTACLES CLASSIQUES EN MATIÈRE DE COOPÉRATION HOSPITALIÈRE.</u>	<u>63</u>
A. LA COOPÉRATION HOSPITALIÈRE SE HEURTE ENCORE À DES LIMITES.	63
B. LES FREINS RÉCURRENTS DANS LE TYPE D'OPÉRATION CONSIDÉRÉE.	69
C. LES FACTEURS PROPRES AU TROISIÈME SECTEUR SANITAIRE D'ALSACE.	70
D. LES NÉGOCIATIONS EN COURS SONT EXEMPLAIRES DU RÔLE D'UN DIRECTEUR D'HÔPITAL EN MATIÈRE DE COMPLÉMENTARITÉ ENTRE ÉTABLISSEMENTS.	72
<u>IV. DES SOLUTIONS SUSCEPTIBLES D'OPTIMISER L'OFFRE DE SOINS.....</u>	<u>76</u>
A. LE CONTENU DU PROJET DE CONVENTION RELATIF À L'OFFRE DE SOINS SUR COLMAR.....	76
B. DES STRUCTURES POUVANT SERVIR D'EXEMPLE À LA COOPÉRATION EN COURS.	79
C. LA MISE EN PLACE D'UNE COMPLÉMENTARITÉ EFFICACE REPRÉSENTERA UN ATOUT POUR LES ÉTABLISSEMENTS DANS LE CADRE DE LA PROCÉDURE D'ACCREDITATION.	84
D. LES CONDITIONS DE LA RÉUSSITE D'UNE COOPÉRATION HOSPITALIÈRE.	84
E. L'OPTIMISATION DE L'OFFRE DE SOINS DANS L'INTÉRÊT DES MALADES REND NÉCESSAIRE À TERME LE DÉPASSEMENT DES SOLUTIONS ENVISAGÉES ACTUELLEMENT.....	87
<u>ANNEXES</u>	<u>96</u>

I. L'importance des affections cardio-vasculaires en Alsace et l'actuelle offre de soins.

A. PRESENTATION DE LA REGION.

1. Au niveau général.

La région Alsace est composée de deux départements, le Haut-Rhin et le Bas-Rhin, qui représentent une superficie de 8 280 kilomètres carrés, soit 1,5% du territoire national. C'est la plus petite des régions métropolitaines, avec une densité de population nettement supérieure à la moyenne nationale : 207 habitants par kilomètre carré, alors que la densité française est de 107 habitants au kilomètre carré.

La région se signale par son dynamisme économique, avec un taux de chômage égal à 7% de la population active alors que le taux de chômage national dépasse les 10%.

2. Au niveau sanitaire.

L'Alsace est divisée en quatre secteurs sanitaires. La proportion globale de médecins est égale à celle de l'ensemble de la France, soit 3 médecins pour 1 000 habitants.

Plus de 13 000 ETP travaillent dans les hôpitaux du département. La densité médicale en court séjour dans le secteur public est plus élevée dans le secteur III (45,7 personnels pour 100 000 habitants) que dans le secteur IV (39,6 personnels pour 100 000 habitants). La densité de médecins est nettement supérieure dans la région de Colmar à celle de Mulhouse (respectivement 296 et 249 médecins pour 100 000 habitants). Les villes de Colmar et de Mulhouse regroupent 75% des spécialistes libéraux du Haut-Rhin.

La région est caractérisée par un nombre important d'établissements privés confessionnels et participant au service public hospitalier. Le secteur privé libéral à but lucratif compte 5 établissements, dont deux à Mulhouse et la clinique de l'Orangerie à Strasbourg. Ce dernier établissement à but lucratif est la propriété de médecins ; sa compétence dans le domaine de la cardiologie a conduit les établissements publics du Bas-Rhin à revoir leur organisation dans cette discipline et à regrouper leurs activités de cardiologie interventionnelle, ce que nous aurons l'occasion d'aborder plus en détail *infra*.

B. LE CONTEXTE GENERAL EN MATIERE D'AFFECTIONS CARDIO-VASCULAIRES.

1. Une surmortalité élevée.

a) Des chiffres supérieurs aux moyennes nationales.

Alors que les maladies cardiovasculaires entraînent déjà chaque année en France 178 000 décès, 255 000 admissions en affections de longue durée et représentent environ 12% de l'ensemble des hospitalisations, l'Alsace se caractérise par une surmortalité sensible par rapport à la moyenne nationale, notamment pour les cardiopathies ischémiques : + 21% chez les hommes et + 39% chez les femmes par rapport à l'indice national.

La surmortalité alsacienne par cardiopathies ischémiques est importante : les Alsaciennes occupent le premier rang national (pour un indice comparatif de mortalité – ICM - égal à 100 pour le territoire national, l'ICM de l'Alsace est de 139, soit 142 dans le Bas-Rhin et 136 dans le Haut-Rhin) et les hommes le deuxième rang derrière le Nord-Pas-de-Calais (ICM Alsace = 121, soit ICM du Bas-Rhin = 121 et ICM du Haut-Rhin = 122).

Ces données expliquent l'inscription par la Conférence régionale de santé d'Alsace de la lutte contre les maladies cardiovasculaires, et plus particulièrement contre l'infarctus du myocarde, au rang des objectifs prioritaires de santé publique.

TAUX ANNUEL D'INFARCTUS DU MYOCARDE POUR 100 000 HABITANTS
(INFARCTUS INAUGURAUX ET RECIDIVES)
AGE 35 – 64 ANS

Zone géographique	Hommes	Femmes
Bas-Rhin (Intervalle de confiance)	245 (222-269)	42 (32-51)
Communauté urbaine de Lille (Intervalle de confiance)	260 (235-285)	45 (35-55)
Haute-Garonne (Intervalle de confiance)	193 (171-214)	23 (16-30)

TAUX D'INCIDENCE DE L'INFARCTUS DU MYOCARDE POUR 100 000 HABITANTS
(INFARCTUS INAUGURAUX)
AGE 35 – 64 ANS

Zone géographique	Hommes	Femmes
Bas-Rhin (Intervalle de confiance)	186 (166-207)	36 (27-45)
Communauté urbaine de Lille (Intervalle de confiance)	201 (179-223)	36 (27-45)
Haute-Garonne (Intervalle de confiance)	147 (128-165)	19 (12-25)

b) Les projections effectuées pour les prochaines années ne permettent pas d'attendre des améliorations sensibles à court terme.

Les prévisions relatives à la survenue de l'insuffisance aiguë dans la région indiquent que le nombre de cas en 2003 devrait atteindre :

- Environ 2 200 cas d'insuffisance coronaire aiguë, mortels ou non (1 300 dans le Bas-Rhin et 900 dans le Haut-Rhin).
- Environ 2 950 cas incluant les épisodes d'insuffisance coronaire aiguë mortels ou non et les morts subites.
- Le nombre annuel de décès par cardiopathies ischémiques serait de l'ordre de 1 450 à 1 500 au cours des prochaines années.

Globalement, les services de l'Etat estiment que la surmortalité devrait persister et qu'on ne saurait attendre une réduction sensible du nombre de cas d'infarctus du myocarde pour les cinq prochaines années. Dans ce contexte, le développement de la prévention et de l'information auprès de la population et l'optimisation de l'offre de soins dans ce domaine prioritaire apparaissent comme indispensables.

2. Les affections cardio-vasculaires dans le Haut-Rhin.

En France, la pathologie cardio-vasculaire occupe la première place pour la mortalité et la morbidité. Le nombre de décès annuels consécutifs à une affection cardio-vasculaire est estimé à 200 000, celui des infarctus du myocarde à 100 000 et le taux des séjours hospitaliers consacrés à cette pathologie atteint 12%.

On constate dans le Haut-Rhin une forte surmortalité due à ces affections par rapport à la mortalité française, qu'il s'agisse des cardiopathies ischémiques ou des maladies cérébro-vasculaires. Entre 1988 et 1992, 2 121 personnes sont décédées annuellement d'une affection cardio-vasculaire dans le département, dont 905 hommes et 1 216 femmes. Près de 30% des cardiopathies ischémiques enregistrées chez les hommes surviennent avant 65 ans.

Entre 1988 et 1992, on a enregistré dans le Haut-Rhin 656 décès par an par cardiopathies ischémiques, dont 331 chez les hommes et 325 chez les femmes. Ces décès surviennent dès l'âge de 25 ans et représentent une cause importante de mortalité prématurée, particulièrement chez les hommes. Le taux de mortalité des femmes dans le secteur III est significativement supérieur à celui observé dans le secteur IV (il atteint 123,1 dans celui-là contre 117,6 dans celui-ci pour une base 100 pour l'ensemble de la France).

Les maladies cardio-vasculaires représentent près de 1 700 admissions en longue durée chaque année, soit 31% des motifs d'admissions en affections de longue durée.

Les décès prématurés représentent un quart des décès totaux dans le département, où la mortalité entre 1 et 65 ans est comparable à la moyenne nationale. Plus de la moitié d'entre eux pourrait être évités, tant par des actions sur les facteurs de risques individuels que par une meilleure prise en charge par le système de soins¹.

C. UN COUT ELEVE.

Les ressources mobilisées pour traiter les maladies cardiovasculaires sont estimées en France à 60 milliards de francs par an, soit près de 10% de la consommation médicale totale.

En Alsace, l'analyse du PMSI montre que les maladies de l'appareil circulatoire (catégorie majeure de diagnostic n° 5) génèrent environ 15% des points ISA des hôpitaux généraux de la région.



D. LE CONTEXTE MEDICAL DANS LEQUEL S'INSCRIT LE PROJET DE COOPERATION EN CARDIOLOGIE ENTRE LES ETABLISSEMENTS COLMARIENS.

1. L'évolution des techniques médicales crée un environnement plus favorable à la coopération hospitalière.

La doctrine dominante préconisait il y a encore quelques années de ne pratiquer d'angioplasties qu'à proximité d'un service de chirurgie cardiaque en raison des risques jugés inhérents à un tel examen. La Société française de cardiologie mentionnait cet impératif dans ses recommandations publiées à l'usage des professionnels de santé et suivies par les établissements. Or, le Groupe hospitalier privé du Centre Alsace, l'établissement privé participant au service public hospitalier appelé à établir une collaboration avec les Hôpitaux civils de Colmar, ne dispose pas d'une telle infrastructure chirurgicale.

Le contexte est désormais différent : de nouvelles techniques – tel le recours à la pose de stents - ont diminué les risques consécutifs à des accidents susceptibles de survenir lors des angioplasties. Environ 70% des malades subissant une angioplastie se voient aujourd'hui poser un stent. Cette évolution permet au service de cardiologie de la Clinique Saint-Joseph, l'établissement appartenant au Groupe hospitalier privé du Centre Alsace qui possède un service de cardiologie, de pratiquer ce type d'examen.

¹ Des tableaux relatifs à la cardiologie interventionnelle en Alsace sont annexés au présent document.

Un établissement ne peut y recourir qu'à condition de disposer d'une équipe médicale bien formée et ayant un niveau suffisant d'activité dans ce domaine. Une activité continue et exclusive constitue d'ailleurs un impératif dans une démarche d'accréditation.

La préférence des cardiologues concernés par la coopération projetée envers les différentes méthodes thérapeutiques existantes explique le peu de relations professionnelles entre les équipes médicales des deux établissements colmariens.

Ainsi l'équipe de cardiologie des Hôpitaux civils de Colmar est-elle convaincue que les traitements par médicaments des pathologies cardiaques devraient prendre une place croissante, alors que l'équipe de la Clinique Saint-Joseph recourt aisément à des actes de cardiologie interventionnelle, telles les angioplasties transluminales. Celles-ci connaissent toujours un grand essor en France et à l'étranger à l'heure actuelle, alors que parallèlement le recours aux pontages diminue.

Au plan purement économique, la technique de l'angioplastie resterait moins coûteuse que la chirurgie, mais l'écart entre les deux méthodes se réduit et serait aujourd'hui de l'ordre de 10% seulement .

2. Le contexte humain.

On constate un déséquilibre entre l'établissement public et la clinique invités par la tutelle à coopérer.

Il résulte en premier lieu de la composition des équipes médicales. Alors que celle des Hôpitaux civils de Colmar comprend 3 praticiens hospitaliers, 3 attachés et 1 assistant spécialiste cardiologue, celle de la Clinique Saint-Joseph comprend 2 chefs de service cardiologues, 2 P.H. cardiologues temps plein, 4 P.H. plein temps non cardiologues mais participant aux gardes effectuées dans cette discipline et 8 attachés, soit un total de 16 médecins.

Le chef du service de cardiologie des Hôpitaux civils de Colmar estime que son service est en sous-effectif alors que les tâches qu'il assume sont lourdes (à l'exemple des échographies de stress, qui nécessitent une heure par patient avec la présence d'un médecin et cela alors que l'établissement privé n'assure pas cet examen).

Le principe de la création d'un poste supplémentaire de praticien hospitalier en cardiologie serait accepté par l'Agence régionale de l'hospitalisation, à condition toutefois qu'une convention public-privé soit conclue préalablement à cette création de poste. Les cardiologues des deux établissements sont en situation de rivalité à propos de l'attribution de ce poste supplémentaire, qui devrait être créé à l'occasion de la formalisation de la complémentarité entre les deux établissements et représente de ce fait un enjeu non

négligeable qui complique la concrétisation de la coopération et aboutit paradoxalement à ralentir celle-ci.

Le service de cardiologie des Hôpitaux civils de Colmar a déjà obtenu un poste d'assistant supplémentaire, mais celui-ci n'est pas pourvu en raison des qualifications exigées des candidats. Le recrutement d'un collaborateur ayant une formation d'angioplasticien et d'angiographe – soit d'hémodynamicien - est en effet souhaité.

Les cardiologues des Hôpitaux civils de Colmar se trouvent donc en situation d'infériorité face à leurs homologues de la Clinique Saint-Joseph et du Centre hospitalier de Mulhouse, ces deux derniers établissements étant reconnus comme des pôles d'excellence en cardiologie dans l'ensemble de l'Alsace. Le renom de leurs praticiens est tel qu'il les amène à intervenir à de nombreuses occasions devant la communauté médicale nationale et internationale.

Cette situation est d'autant plus préoccupante que les dysfonctionnements constatés en matière d'offre de soins rendent inéluctables des remises en cause et des réorganisations.



E. UNE OFFRE DE SOINS NON OPTIMALE DANS LA REGION.

1. La situation.

a) La démographie des cardiologues.

La France compte quelque 4 700 cardiologues, dont 2 000 libéraux exclusifs, 1 400 médecins qui partagent leur activité entre l'hôpital et la médecine de ville et 1 300 hospitaliers et salariés à temps plein. Cette spécialité s'est sensiblement développée dans les années 80, puis a connu un ralentissement dans la décennie suivante (+ 7,1% de progression annuelle en 1988, mais seulement + 2,6% en 1994).

La densité alsacienne de cardiologues libéraux est proche de la moyenne nationale ; la densité dans la région atteint en effet 5,5 médecins pour 100 000 habitants alors que la moyenne française est de 5,7 médecins pour 100 000 habitants. La densité de cardiologues hospitaliers en Alsace est par contre nettement supérieure à la moyenne nationale, car elle s'élève à 3,2 praticiens pour 100 000 habitants contre seulement 2,3 pour l'ensemble de la France.

La région ne devrait donc pas pâtir d'une pénurie de cardiologues dans les années à venir.

b) La cardiologie hospitalière.

Il ressort d'une étude conduite en Alsace en 1996 que les structures hospitalières accueillant les pathologies cardiaques aiguës sont nombreuses dans la région ; ainsi les urgences cardiaques du type infarctus du myocarde sont-elles accueillies sur vingt-deux sites. Le nombre de centres d'angioplasties transluminales coronariennes rapporté à la population est supérieur à la moyenne nationale, elle-même supérieure à la moyenne européenne. Or, aucun facteur géographique ne justifie cette multiplicité de structures, l'Alsace étant, avec la Corse, la région française la moins étendue.

On constate une forte diversité structurelle d'un établissement à l'autre, en matière d'unités d'hospitalisation comme de plateaux techniques adjacents. Selon l'établissement, un patient atteint d'un infarctus du myocarde sera admis dans une unité de soins intensifs cardiologiques (USIC), une unité de surveillance constante cardiologique (USC), ou une unité de surveillance polyvalente, ou encore une unité de réanimation polyvalente, avec possibilité ou non de réaliser des actes invasifs sur place. De plus, en raison de l'absence actuelle de référentiels d'organisation, les critères d'équipement et d'environnement techniques et humains varient aussi fortement pour des unités dont la dénomination est cependant la même.

La disparité de l'offre de soins est nette dans le domaine des soins intensifs cardiologiques comme pour les plateaux techniques de cardiologie interventionnelle et la permanence médicale spécialisée. La proximité des indices comparatifs de mortalité cardiovasculaire des deux départements alsaciens montre que cette inégalité ne résulte pas d'une variation géographique des besoins.

Cette disparité concerne aussi les pratiques médicales en vigueur dans les établissements de santé, tant au niveau de l'utilisation des USIC, dont la durée moyenne de séjour varie de 2,5 à 5,6 jours selon l'établissement considéré pour un taux de patients coronariens aigus allant de 25,2 à 52,3%, qu'à celui du recours à la cardiologie interventionnelle, l'incidence de l'angioplastie transluminale étant plus importante dans le 4^{ème} secteur sanitaire (situé au sud de la région et comptant plus de 40% des angioplasties transluminales régionales alors que sa population représente seulement le quart de la population de l'Alsace).

Il est vrai que les hôpitaux alsaciens prennent en charge un nombre appréciable de patients cardiaques en provenance de la Lorraine voisine, notamment les secteurs I et II, situés au nord de la région (en 1995, 27 patients en provenance d'une autre région ont été hospitalisés pour infarctus du myocarde dans le 1^{er} secteur et 57 dans le 2nd – qui comprend les Hôpitaux universitaires de Strasbourg – alors que ce nombre n'était que de 13 patients dans le 3^{ème} secteur sanitaire).

En matière de cardiologie interventionnelle, on constate un nombre d'angioplasties supérieur d'un tiers dans le Haut-Rhin à celui du Bas-Rhin.

Plus généralement, la réputation des Hôpitaux civils de Strasbourg en cardiologie exerce une forte concurrence sur l'ensemble de la région Alsace ; l'activité de la chirurgie coronarienne notamment est en plein essor à Strasbourg.

c) La prise en charge de l'urgence cardiaque.

Une enquête récente menée à Mulhouse a révélé que les chances de récupération sont faibles en cas de mort subite de l'adulte (de l'ordre de 5% seulement), en raison d'une mauvaise orientation de l'alerte et d'une méconnaissance habituelle des manœuvres élémentaires de réanimation de la part du public comme des médecins et des personnels soignants.

En outre, s'agissant des infarctus du myocarde en phase aiguë, le mode de transport utilisé par les patients pour rejoindre l'hôpital est non médicalisé dans 53% des cas et le délai médian d'hospitalisation atteint 5 heures 15. Plusieurs facteurs expliquent ce dernier délai : la décision d'hospitalisation est parfois retardée, le délai médian séparant l'arrivée du patient dans l'établissement de la fibrinolyse est de 87 minutes dans le Bas-Rhin lorsque les malades sont accueillis dans un service d'urgences (contre 37 minutes pour ceux ne transitant pas dans un tel service, et cela alors que la Société européenne de cardiologie fixe à 20 minutes la durée maximale de ce délai). On constate que 27% seulement des malades ont bénéficié d'un traitement fibrinolytique en raison de la longueur du délai d'hospitalisation, qui rend ce traitement sans objet.

L'offre de soins préhospitalière en Alsace comprend :

- Deux SAMU / Centre 15 qui ont traité environ 160 000 affaires en 1997. Ils sont localisés:
 - à Strasbourg : site qui expérimente depuis 1989 la participation des médecins généralistes à la régulation des appels,
 - à Mulhouse.
- Sept SMUR et quatre antennes SMUR qui ont réalisé 28 000 sorties en 1997, dont 84 % de sorties primaires.

LA LOCALISATION DES SMUR ET DE LEURS ANTENNES

Secteurs	SMUR	Antennes
Secteur 1	Centre hospitalier de Haguenau Centre hospitalier de Saverne Centre hospitalier de Wissembourg	
Secteur 2	Hôpitaux universitaires de Strasbourg	SMUR des HUS : • au centre de secours à Cronembourg • au centre de traumatologie et d'orthopédie à Illkirch
Secteur 3	Centre hospitalier de Colmar Centre hospitalier de Sélestat	
Secteur 4	Centre hospitalier de Mulhouse	SMUR de Mulhouse : • au centre hospitalier de Pfastatt • à la polyclinique des Trois Frontières à Saint-Louis

Les enquêtes menées par l'Agence régionale de l'hospitalisation dans le cadre du bilan du premier schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) ont mis en valeur les points forts

et les points faibles de ce secteur. On citera parmi les premiers la technicité et la disponibilité des personnels des SMUR ainsi que, s'agissant de la cardiologie, la transmission d'électrocardiogrammes réalisée lors de la prise en charge des patients. Par contre, la régularisation des SMUR s'est révélée insuffisante, de même que la connaissance des pathologies qu'ils ont prises en charge, et leurs zones d'intervention sont souvent très étendues.

La correction de ces insuffisances était l'un des objectifs de l'Agence régionale de l'hospitalisation lors de l'élaboration du SROS de deuxième génération ; les dispositions relatives aux urgences ont une incidence sur l'organisation de la cardiologie dans chaque secteur sanitaire et constituent l'un des éléments devant être pris en compte pour organiser leur coopération.

2. Les orientations arrêtées par les pouvoirs publics.

L'Alsace comprend quatre secteurs sanitaires dont le troisième, dans lequel est incluse la ville de Colmar, est à cheval sur le nord du Haut-Rhin et le sud du Bas-Rhin.

a) Le schéma régional d'organisation sanitaire de 1ère génération relevait déjà la situation préoccupante de l'Alsace en matière de pathologies cardio-vasculaires.

Ce schéma fut signé par le préfet de région en 1995.

(1) Ses objectifs en cardiologie.

Le Comité régional d'organisation sanitaire et sociale (CROSS) avait fixé parmi ses objectifs la suppression de 1 200 lits en cinq ans. Même en supposant cet objectif atteint, le nombre de lits serait encore excessif de 800 à 900 unités.

Le schéma régional d'organisation sanitaire préconisait une certaine souplesse dans l'application des taux cibles nationaux en matière de cardiologie médicale en raison de l'importance des maladies cardio-vasculaires dans la région. Le nombre de lits utilisés pour soigner des malades cardiaques était de 631 en 1998, alors que le schéma régional d'organisation sanitaire avait retenu un objectif de 440 lits.

Le schéma régional prévoyait aussi une USIC au minimum par secteur sanitaire, soit au total 84 lits répartis sur 8 ou 9 sites. La distinction entre USIC, USC et unités de réanimation polyvalente est cependant reconnue comme étant délicate en pratique.

Alors que l'Alsace dispose de 9 sites d'angioplasties transluminales des coronaires, le schéma régional retenait une cible de 3 sites. Il constatait que cette thérapeutique était en passe de devenir le traitement de première intention de l'infarctus du myocarde.

Le schéma régional insistait sur la nécessaire recherche de complémentarités entre établissements de santé. Plusieurs projets étaient réalisés ou étaient en voie de réalisation

dans la région, tels la signature d'une convention à Mulhouse entre la Clinique Saint-Sauveur et le Centre hospitalier relative à l'utilisation conjointe du plateau technique de cardiologie interventionnelle de l'hôpital, le projet de création d'un collège de cardiologie interventionnelle entre les Hôpitaux universitaires de Strasbourg, le CMCO et le Centre hospitalier de Haguenau et le projet de convention entre les Centres hospitaliers de Haguenau et de Wissembourg pour les activités de coronarographies et d'angioplasties.

S'agissant de la ville de Colmar, le schéma régional prévoyait un accueil des urgences cardiovasculaires sur le site des Hôpitaux civils de Colmar comme sur celui du Groupe hospitalier privé du Centre Alsace. De même, chacun de ces sites était autorisé à disposer d'une unité de réanimation cardiologique.

La première orientation consistant à mettre fin à l'USIC du Groupe hospitalier privé du Centre Alsace en raison de l'absence d'un centre de chirurgie cardiaque dans l'établissement a été abandonnée à la suite de l'évolution des recommandations de la Société française de cardiologie, qui a cessé de formuler cette exigence.

Un objectif plus global du schéma régional consistait à réduire les inégalités de l'offre de soins en Alsace entre le nord et le sud, où l'offre est plus importante alors que paradoxalement la population y est moindre. Les auteurs du SROS constataient que les progrès accomplis en ce sens étaient restés fort limités, les possibilités de réduction de ces inégalités pouvant seulement être réalisées par le biais des autorisations.

(2) La prise en charge cardiologique dans les établissements de santé.

Le SROS distinguait trois niveaux d'activité cardiologique en fonction des compétences médicales, des équipements autorisés et de l'environnement médico-technique des établissements :

- Le *niveau 1*, concernant les services de médecine interne à orientation cardiologique, non spécialisés en cardiologie et transférant vers des services de niveau supérieur les patients requérant des soins spécialisés.
- Le *niveau 2*, regroupant les services de cardiologie spécialisés appuyés sur une chirurgie vasculaire et une imagerie cardio-vasculaire spécialisées.
- Le *niveau 3* concernant les services de cardiologie situés dans des établissements disposant d'un plateau technique de chirurgie cardiaque, et notamment d'un équipement de circulation extracorporelle (CEC) avec l'autorisation du Comité national d'organisation de la santé. Cette dernière catégorie ne concernait en Alsace que les Hôpitaux universitaires de Strasbourg et le Centre hospitalier de Mulhouse .

(3) Le bilan à l'expiration du premier schéma régional d'organisation sanitaire.

L'évolution de l'offre de soins est restée inégalement répartie au détriment du nord de la région. Structures et équipements restent très dispersés, limitant ainsi l'activité de certains établissements. A l'inverse, les zones où l'offre est abondante connaissent une forte concurrence. On constate aussi une grande disparité en matière d'équipement des plateaux techniques et d'environnement humain.

Des progrès ont été accomplis sur la même période dans les thérapeutiques médicales :

- La cardiologie interventionnelle poursuit son essor, du fait notamment que les techniques d'angioplastie avec pose d'endoprothèse deviennent le traitement de première intention de l'infarctus du myocarde.
- La rythmologie progresse, avec les défibrillateurs implantables.
- Les techniques chirurgicales de pontage concernent désormais des patients plus âgés.

En outre, les référentiels et les réglementations évoluent favorablement sous l'action des sociétés savantes de cardiologie qui élaborent des référentiels d'une précision croissante sur les plateaux techniques et les bonnes pratiques . Un projet de texte sur la réanimation est en cours d'étude ; il devrait comporter un chapitre consacré à la cardiologie.

b) Le schéma régional d'organisation sanitaire de 2^{ème} génération fait de la cardiologie une priorité régionale de santé publique.

(1) Le constat.

La nette surmortalité par maladies cardio-vasculaires subsiste malgré les progrès réalisés. La lutte contre ces maladies reste donc une priorité de santé publique en Alsace. Cette action doit privilégier une approche globale de l'organisation de la cardiologie.

Les principaux objectifs à retenir sont les suivants :

- Eviter la dispersion des moyens et des hommes.
- Rechercher une répartition plus harmonieuse de l'offre.
- Améliorer l'organisation de la prise en charge des patients, préhospitalière comme hospitalière.
- Renforcer les liens entre les acteurs.
- Elaborer les moyens d'une évaluation de la réalisation des objectifs du SROS.
- Réfléchir aux moyens d'une prévention efficace.

(2) Les axes structurants pour la révision du schéma régional.

Les travaux menés sous l'égide de l'Agence régionale de l'hospitalisation ont permis de dégager quatre principaux axes structurants pour la stratégie régionale.

Le premier concerne la proximité et vise à assurer *un égal accès aux soins* pour tous en facilitant l'accueil des exclus.

Le second consiste à *promouvoir la qualité et la sécurité* par le biais d'une procédure d'accréditation.

L'accent est aussi mis sur *la coopération entre les établissements et les réseaux de soins*, considérée comme la voie privilégiée pour rationaliser l'organisation hospitalière. Le schéma régional d'organisation sanitaire doit favoriser la mise au point d'outils méthodologiques et permettre d'étudier les solutions aux questions sociales, juridiques et financières que pose la coopération hospitalière.

La dernière priorité enfin concerne *l'évaluation et la prospective* de même que le besoin de dépasser les priorités de santé définies par la Conférence régionale de santé, parmi lesquelles figurent les maladies cardio-vasculaires, la période quinquennale dans laquelle s'inscrit le schéma régional d'organisation sanitaire ne permettant pas de prendre en compte les évolutions dans le court terme.

(3) Les évolutions récentes de la tutelle : l'état des lieux et les propositions d'amélioration formulées en juin 1999.

(a) *L'analyse de l'existant.*

Dans un document qu'elle vient de publier, l'Agence régionale de l'hospitalisation d'Alsace précise ses orientations concernant la prise en charge hospitalière des maladies cardiaques dans cette région. Ce document établit un état des lieux et contient des propositions d'amélioration.

La nette surmortalité dans le domaine des affections cardio-vasculaires y est de nouveau constatée, notamment pour les cardiopathies ischémiques. Les maladies de l'appareil circulatoire génèrent environ 15% des points ISA de la région (cf. *supra*). L'accent est mis sur le coût de ces pathologies (60 milliards en France, soit 10% de la consommation médicale). L'agence insiste sur la nécessaire rationalisation de l'organisation des soins pour permettre un accès aisé de la population aux thérapeutiques modernes et obtenir l'efficacité maximale des structures de soins.

(i) Les indicateurs épidémiologiques.

La surmortalité alsacienne par cardiopathies ischémiques est importante (les indices comparatifs de mortalité dans le Haut-Rhin sont respectivement de 136 pour les femmes et 122 pour les hommes, avec une base 100 pour la France)².

On constate par contre une diminution de la mortalité par infarctus du myocarde due à une diminution de la létalité hospitalière.

L'Agence régionale de l'hospitalisation s'est livrée à des prévisions pour l'année 2003 : elle estime à 2 200 les cas d'insuffisance coronaire aiguë à cette date, mortels ou non (dont 900 dans le Haut-Rhin) et à 2 950 les cas incluant les épisodes d'insuffisance coronaire aiguë mortels ou non et les morts subites .

Le nombre de décès par cardiopathies ischémiques en Alsace devrait être de l'ordre de 1 450 à 1 500 pendant les prochaines années.

Le vieillissement de la population et les progrès thérapeutiques en cardiologie réduisent le nombre de décès précoces mais entraînent parallèlement une forte augmentation des insuffisances cardiaques et des troubles du rythme.

(ii) L'offre de soins.

Si la densité de cardiologues libéraux en Alsace est proche de la moyenne nationale, celle des cardiologues hospitaliers est supérieure : 3,2 pour 100 000 habitants, alors que la moyenne en France est de 2,3.

Ainsi que nous l'avons signalé dans la présentation de la situation sanitaire de la région, les structures hospitalières sont nombreuses en Alsace (22 sites accueillent des urgences du type angioplasties transluminaires des coronaires) alors qu'aucune raison géographique ne justifie cette multiplicité.

Ces structures varient fortement selon les établissements. L'absence actuelle de référentiels d'organisation conduit à ce que des unités portant la même dénomination – telles les unités de surveillance cardiologique (USC) et les unités de soins intensifs cardiologiques (USIC) - recouvrent des critères d'équipement et d'environnement technique et humain très différents.

La disparité de l'offre est nette pour les soins intensifs cardiologiques, les plateaux techniques de cardiologie interventionnelle et la permanence médicale spécialisée. Or, cette disparité non plus n'est pas liée à une variation géographique des besoins.

Les pratiques médicales varient considérablement d'un établissement à l'autre, notamment pour l'utilisation des USIC où la durée moyenne de séjour varie fortement³.

² Cf. supra "Le contexte régional en matière d'affections cardio-vasculaires"
Philippe VASSEUR – Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique – 1999

(iii) Les référentiels d'organisation.

Ils sont peu nombreux. Un comité de dix experts cardiologues s'est réuni sur ce thème et a publié un document intitulé "Recommandations pour l'organisation de la cardiologie hospitalière en Alsace". Ses recommandations relatives au cahier des charges des plateaux techniques sont inspirées de celles de la Société française de cardiologie.

Ainsi la présence *in situ* d'un service de chirurgie cardiaque n'est-elle plus considérée comme obligatoire pour les angioplasties transluminales des coronaires, ce qui autorise le Groupe hospitalier privé du Centre Alsace à pratiquer ce type d'interventions.

Le cahier des charges définit les missions des unités de soins intensifs cardiologiques (USIC), qui doivent prendre en charge les urgences cardio-vasculaires dont le pronostic vital est en jeu. Ces unités nécessitent une garde "senior" sur place en permanence. Leur capacité minimale est fixée de six à dix lits et leur activité minimale doit couvrir 100 admissions annuelles par lit, dont environ la moitié de syndromes coronariens aigus, et pour l'unité 200 syndromes coronariens aigus (dont 100 infarctus du myocarde).

L'angioplastie transluminale des coronaires est disponible sur place ou par convention avec un établissement voisin à condition que le délai d'accès n'excède pas 60 minutes. Pour optimiser la prise en charge de l'infarctus du myocarde aigu, un service de cardiologie par secteur sanitaire doit être en mesure de réaliser une telle intervention 24 heures sur 24.

Le document élaboré par les experts retient une proportion de un lit d'USIC pour 25 000 habitants. Pour optimiser l'utilisation des USIC, chacune devrait être associée avec une USC; celles-ci peuvent cependant exister indépendamment des USIC.

Les USC ont pour missions l'accueil et la surveillance des patients qui nécessitent un monitoring ECG et l'orientation vers une USIC des patients dont le risque vital est élevé. Le personnel comprend un cardiologue plein temps pendant la journée, une garde médicale et une astreinte d'un cardiologue "senior" 24 heures sur 24.

(b) Les objectifs relatifs à l'organisation de la cardiologie hospitalière.

L'Agence régionale de l'hospitalisation réaffirme la nécessité d'optimiser l'efficacité hospitalière et de renforcer la coordination des soins.

(i) Harmoniser les structures.

³ Cf. *supra* page 15.

La cardiologie est devenue à la fois plus efficace et plus coûteuse. La redondance des structures est génératrice de dépenses accrues. L'Agence régionale propose de distinguer entre différents niveaux de structures :

Le niveau A, capable de prendre en charge dans l'urgence et en permanence les pathologies à haut risque de complication vitale dans une USIC et de délivrer des soins hautement techniques sur un plateau technique développé. L'Agence régionale admet qu'une unité de réanimation polyvalente puisse constituer une alternative à une USIC, à des conditions précises (masse d'activité notamment).

Le *niveau B*, pouvant prendre en charge les situations de gravité moindre grâce à une unité d'hospitalisation classique et une unité de surveillance continue.

Ce dispositif, pour être efficace, exige une complémentarité étroite entre les deux niveaux à l'échelle du secteur sanitaire.

Enfin, certains établissements pourront avoir *une activité de cardiologie dans le cadre d'une unité de médecine polyvalente*, en prenant en charge les maladies cardiaques chroniques des personnes âgées en dehors des situations aiguës.

(ii) Agir sur l'offre de soins.

Il convient de l'adapter aux besoins de la population. Le taux d'équipement actuel en lits d'USIC est de 4,3 pour 100 000 habitants, ce qui est raisonnable. Mais le nombre de centres pratiquant des angioplasties transluminaires des coronaires est très élevé. Des ajustements devront être mis en œuvre pour équilibrer l'offre entre les secteurs sanitaires.

L'accent sera mis sur la facilité d'accès des patients aux soins, particulièrement pour la réadaptation cardiaque ambulatoire, la prévention secondaire, les soins intensifs (avec possibilité d'accès à une USIC dans le délai maximum de 60 minutes) et la cardiologie interventionnelle (accès à l'angioplastie des coronaires en urgence, 24 heures sur 24, à l'intérieur du secteur sanitaire).

L'Agence régionale de l'hospitalisation se donne aussi comme objectif l'amélioration de la prise en charge précoce des urgences cardiaques, jugée perfectible.

(iii) Les propositions.

(a) *Les principes.*

L'ARH distingue les activités dont l'organisation relève de l'échelon régional (notamment la chirurgie cardiaque à Strasbourg et Mulhouse, la réadaptation cardiaque en hospitalisation complète et des activités spécialisées de rythmologie) de celles devant être organisées à l'échelle du secteur sanitaire.

Ses exigences en matière de délais d'accès des urgences cardiaques imposent l'existence d'un centre de niveau A au minimum par secteur sanitaire, avec possibilité de réaliser une angioplastie transluminale des coronaires en permanence. Cela n'exclut pas la présence d'un second centre de niveau A si les besoins de la population, le contexte géographique et l'activité la justifient.

(b) *Leur mise en œuvre.*

Un taux de quatre lits d'USIC pour 100 000 habitants est jugé raisonnable par les experts, la présence d'une USC à proximité permettant de raccourcir la durée de séjour en USIC.

L'activité de soins intensifs cardiologiques se déroulerait sur deux sites dans chaque secteur sanitaire soit, pour le secteur III, deux sites à Colmar. Elle peut se situer dans une USIC individualisée ou être intégrée dans une unité de réanimation.

Les centres de surveillance cardiologique, de niveau B, pourront prendre en charge des patients dont la gravité de la pathologie est moindre. Ils devront passer des conventions avec les centres de niveau A dans leur secteur sanitaire afin de fixer les modalités de la coopération entre ces deux niveaux et de veiller à la bonne orientation des patients.

L'Agence régionale de l'hospitalisation fait enfin des propositions en matière de cardiologie interventionnelle, pour les coronarographies et les angioplasties transluminales des coronaires, formalisées par le tableau suivant :

Propositions de répartition des activités de coronarographies et d'angioplasties transluminales des coronaires		
SECTEUR SANITAIRE	NOMBRE DE SITES EFFECTUANT CES ACTIVITES	LOCALISATION
1	1	Haguenau
2	2	Strasbourg
3	1	<u>Colmar</u>
4	2	Mulhouse
ALSACE	6	

Elle estime que la difficulté causée par la pluralité des acteurs de l'urgence cardiaque peut être contournée par :

une approche consensuelle pluridisciplinaire, amorcée au niveau régional lors de l'élaboration du référentiel et devant désormais être poursuivie à l'échelon des secteurs sanitaires pour tenir compte des spécificités locales ;

des procédures médicales écrites définissant le rôle des acteurs ;

la mise en place de relations conventionnelles fixant les engagements des services et établissements.

Cette démarche sera initiée par les responsables des centres de niveau A et devra aboutir dans chaque secteur sanitaire à un programme de prise en charge coordonnée des urgences. Les performances de ce dispositif seront évaluées périodiquement, notamment les délais de prise en charge.

(4) Les décisions arrêtées dans le nouveau schéma régional d'organisation sanitaire.

(a) Les décisions.

Le document initialement élaboré a été modifié afin de ne pas y laisser des éléments opposables susceptibles de provoquer des réactions des établissements privés. Ces éléments figurent désormais sous la dénomination de "recommandations". Le maillage territorial est une priorité.

La localisation des USIC sera définitivement fixée après le dépôt par les établissements concernés de dossiers correspondant aux obligations du schéma régional d'organisation sanitaire. Des arbitrages difficiles ont été retenus : ainsi le nombre de sites d'USIC sur Strasbourg est-il réduit de trois à deux, et quatorze lits sont supprimés dans le secteur sanitaire IV. De même, le nombre de sites d'angioplasties transluminales passe de huit à six dans la région.

La capacité pour chaque USIC est fixée à six à dix lits. Elle peut toutefois être ramenée à quatre lits sous réserve que l'activité de l'USIC soit supérieure à un certain seuil.

Une partie du SROS traite des urgences, dont l'Agence régionale de l'hospitalisation souhaite rationaliser le fonctionnement en conciliant la sécurité des patients avec une diminution des coûts. Un infarctus du myocarde décelé par des urgentistes doit donner lieu à un transfert du patient directement dans une unité de cardiologie, sans passage préalable par le service des urgences.

Le projet d'établissement de la Clinique Saint-Joseph a déjà été agréé par la tutelle, pendant que celui des Hôpitaux civils de Colmar est en voie d'achèvement et sera déposé à l'automne 1999. Les deux établissements veulent trouver leur place dans l'organisation des urgences cardiaques.

Les orientations de la tutelle s'inscrivent dans une stratégie globale qui met l'accent sur la prévention, par le biais de la formation des professionnels et une meilleure sensibilisation des particuliers aux priorités de santé publique. Une organisation performante de la cardiologie est indissociable d'une sensibilisation en amont de la population aux risques cardio-vasculaires.

(b) Les intentions de la tutelle pour les prochaines années.

Des complémentarités seront imposées dans le cadre des contrats d'objectifs et de moyens. La réglementation autorise cette contrainte, dans l'intérêt des patients.

Un comité de suivi veillera aux conditions d'application du schéma régional, qui pourra faire l'objet de modifications par voie d'avenants. L'Agence régionale de l'hospitalisation tient en effet à faire preuve de réalisme et de souplesse dans la mise en œuvre des mesures destinées à atteindre les objectifs fixés dans ce schéma.

L'évaluation des performances et des coûts constitue aussi une priorité ; aussi un groupe technique piloté par l'agence associe-t-il des experts en évaluation au suivi du SROS. Un tableau de bord inclus dans ce dernier cible des objectifs à atteindre par les acteurs.

F. LES EQUIPEMENTS EN CARDIOLOGIE A COLMAR.

Dans le Haut-Rhin, la répartition des équipements lourds est équilibrée entre les secteurs sanitaires III et IV.

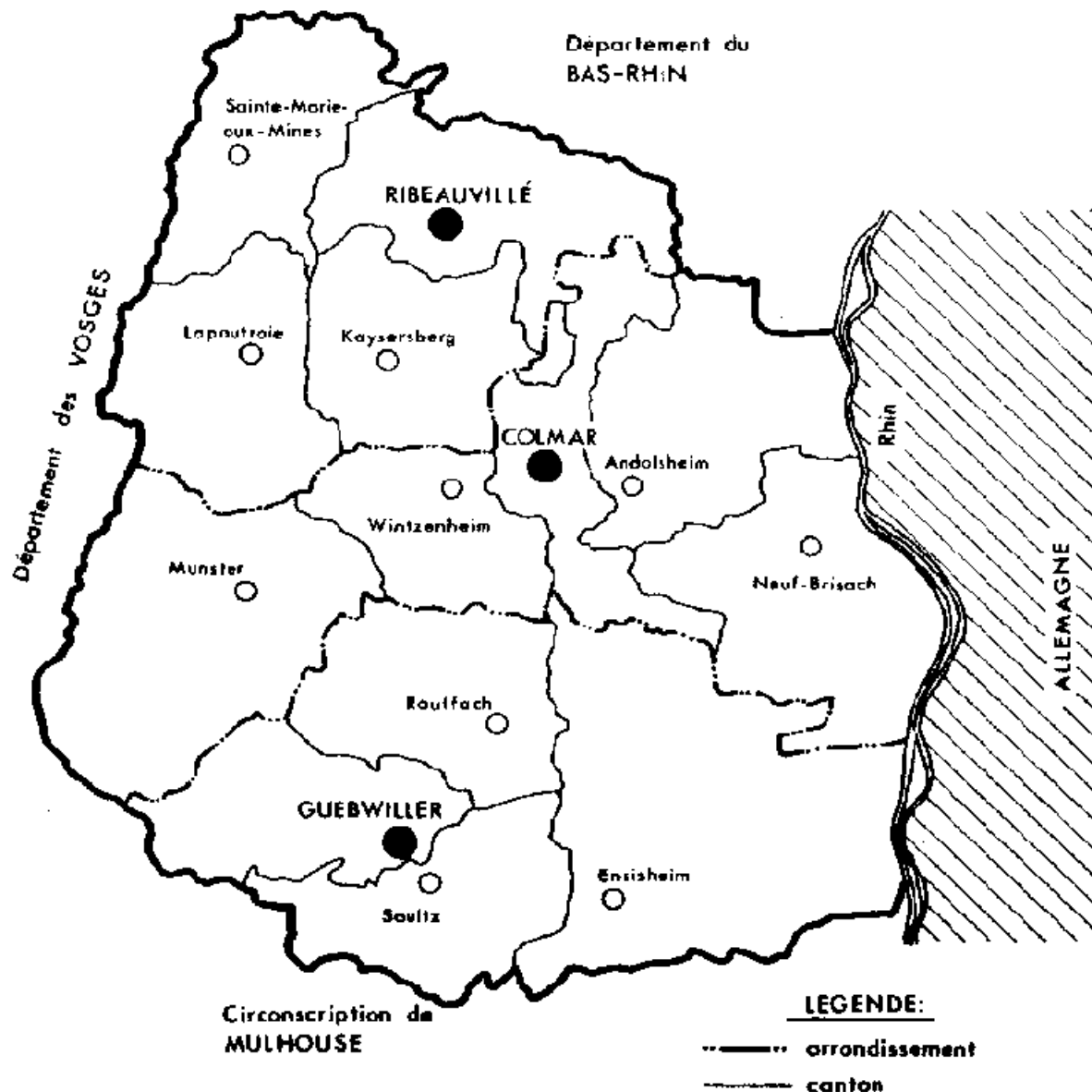
Le secteur public est mieux équipé en matériel lourd que le secteur privé dans le secteur sanitaire, à l'exception de l'angiographie numérisée où cinq des neuf appareils du département sont dans le public et les quatre autres dans le privé.

La ville de Colmar, située dans secteur sanitaire III, est caractérisée par un équipement hospitalier plus important, surtout pour les lits de soins de suite et de soins de longue durée – pour lesquels les taux sont respectivement de 3,6 et 2,9 lits pour 1 000 habitants -, que dans le sud du Haut-Rhin, dans le secteur de Mulhouse (4^{ème} secteur sanitaire), où ces taux sont de 1,8 et 1,5 (chiffres de 1994).

Les deux établissements impliqués dans le projet de coopération étudié, les Hôpitaux civils de Colmar et la Clinique Saint-Joseph (elle-même membre du Groupe hospitalier privé du Centre Alsace, qui regroupe trois cliniques de la ville de Colmar qui ont fusionné depuis peu), disposent tous deux d'un service de cardiologie, dont les activités diffèrent cependant

sensiblement. Les deux dernières décennies ont été marquées par l'essor de la cardiologie interventionnelle dans la clinique, alors que les cardiologues de l'hôpital public ne pratiquent ni angioplasties transluminales, ni coronarographies (celles-ci étant pratiquées par des radiologues, mais avec un cardiologue à proximité).

COLMAR ET SES ENVIRONS



1. Le Groupe hospitalier privé du Centre Alsace : un pôle d'excellence en cardiologie.

a) Un établissement en voie de restructuration.

(1) L'origine des trois établissements qui constituent le Groupe hospitalier privé du Centre Alsace .

Fondée en 1897, *la Clinique Saint-Joseph* appartient à la Congrégation des Sœurs du Très Saint Sauveur, d'origine alsacienne et qui possède dans la région d'autres établissements, tous adhérents à la Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés à but non lucratif (FEHAP). Son activité est uniquement cardio-vasculaire ; la majorité de ses médecins sont salariés à temps plein.

La Clinique Sainte-Thérèse a été créée en 1932 ; c'est une œuvre à vocation hospitalière de la Fondation Saint Marc, qui relève de la Congrégation des Sœurs de Saint-Joseph. Ressemblant à une polyclinique, elle possède un service de pédiatrie médico-chirurgicale, un service de médecine et de chirurgie céphalique, un service de chirurgie générale et gynécologique, et un important service d'imagerie médicale.

Enfin, *la Clinique du Diaconat* et sa maison d'accueil datent elles aussi des années 30. Elles regroupent essentiellement un service de chirurgie générale, un service de chirurgie orthopédique et un service de gériatrie.

Ces trois établissements participent au service public hospitalier et sont, comme de nombreux établissements privés en Alsace, d'origine confessionnelle (les deux premiers étant catholiques et le troisième protestant).

(2) Leur fusion au sein du Groupe hospitalier privé du Centre Alsace et l'évolution de celui-ci.

Face à la présence des Hôpitaux civils de Colmar, qui constituent l'un des plus gros centres hospitaliers publics français, les conseils d'administration des trois cliniques ont décidé progressivement de se rapprocher. Cette volonté a reçu l'appui des médecins et des soignants, ainsi que celui de l'Agence régionale de l'hospitalisation.

Le projet de constitution d'une coopération remonte aux années 80. En 1989 est seulement retenue l'idée de mise en place d'organes de coopération communs, non celle d'une fusion des trois cliniques.

Le premier projet de regroupement et les actes fondateurs pour la création d'une association commune remontent à 1996. La fusion juridique et la mise en place d'une structure commune de gestion deviennent effectives le 1^{er} mars 1997. La nouvelle association porte depuis lors la dénomination de "Groupe hospitalier privé du Centre Alsace". Il s'agit d'une entité juridique unique dotée d'un conseil d'administration et d'un directeur général.

La fusion des cliniques a pour buts la rationalisation de leur activité, la modernisation de leurs infrastructures, l'utilisation d'un plateau technique unique et la réalisation d'économies substantielles avant l'échéance des accréditations.

Leur réorganisation doit donner lieu d'ici 2001 à la construction d'un nouveau site architectural doté de 216 lits pour disposer d'un plateau technique et d'hébergement MCO

qui regroupera l'hospitalisation de court séjour autour de ce plateau. Un centre de gériatrie clinique de 140 lits et places devrait être développé sur le site actuel de la Clinique du Diaconat. La fusion s'est accompagnée du renforcement de la cardiologie, de l'imagerie médicale, de la chirurgie ambulatoire et de la gériatrie. En outre, les interventions des prestataires de services intervenant sur les trois sites ont été revues ; le nouveau site disposera ainsi d'une seule blanchisserie, d'une seule cuisine et d'un laboratoire unique.

L'administration est commune aux trois cliniques, gérées par un conseil d'administration de quinze membres (cinq pour chaque établissement). Les budgets aussi ont été fusionnés, le Groupe hospitalier privé du Centre Alsace disposant désormais d'un budget d'investissement commun et d'un budget de fonctionnement global. Les autorisations ont été cédées par les cliniques à la nouvelle association.

Le budget du Groupe hospitalier privé du Centre Alsace s'élevait en 1997 à 230 millions de francs. Ses effectifs étaient de 698 agents, dont une soixantaine de médecins. Le nombre de lits et places d'hospitalisation était de 407 lits, pour 15 000 entrées par an.

b) La place de la cardiologie dans la Clinique Saint-Joseph.

Les activités de la Clinique Saint-Joseph dans le domaine de la cardiologie se sont développées à compter de 1977. La pratique de coronarographies et l'installation d'une unité de soins intensifs dans cette spécialité ont conduit la clinique à employer deux praticiens hospitaliers (P.H.) à temps plein et à accroître progressivement les effectifs de PH à mi-temps et à tiers temps, pour atteindre aujourd'hui le nombre de dix cardiologues, auxquels il convient d'ajouter les assistants et les adjoints.

L'activité cardiologique a "explosé" sur Colmar pendant la décennie 80. La clinique a conclu une convention avec le Centre hospitalier de Mulhouse, aux termes de laquelle ce dernier assurait les angioplasties coronaires non urgentes, la Société française de cardiologie exigeant en 1991 la présence d'un service de chirurgie cardiaque pour pratiquer ce type d'interventions dans un établissement. Sur la base de ces recommandations, le SROS de 1^{ère} génération prévoyait d'ailleurs en 1996 la suppression du service d'angioplasties à Saint-Joseph, qui interjeta appel de cette décision au Comité national d'organisation sanitaire et social et obtint le maintien de cette activité.

La Clinique Saint-Joseph occupe une position dominante sur le troisième secteur sanitaire. Outre l'angioplastie, elle pratique des échocardiographies, des échographies transoesophagiennes ainsi que de l'ergométrie. L'établissement est habilité à accueillir les urgences cardio-vasculaires.

Le nombre moyen annuel de coronarographies est de 250 aux Hôpitaux civils de Colmar alors qu'il dépasse 1 000 à la Clinique Saint-Joseph, où elles sont effectuées par les membres de l'équipe médicale de cardiologie. Toutefois, l'activité aux Hôpitaux civils permet

aux chirurgiens vasculaires de disposer rapidement d'un bilan complet de l'état de santé de leurs patients, bilan auquel ils sont très attachés.

2. Les Hôpitaux civils de Colmar : un établissement aux disciplines multiples.

a) L'un des trois plus grands établissements de santé d'Alsace.

Situés eux aussi dans le 3ème secteur sanitaire de la région Alsace, lequel regroupe le sud du département du Bas-Rhin – avec notamment l'hôpital de Sélestat - et le nord de celui du Haut-Rhin, ils constituent l'établissement hospitalier le plus important de ce secteur, avec un nombre total de lits s'élevant à 1 700.

Le nombre d'entrées en hospitalisation complète a dépassé 160 000 en 1994, dont près des deux tiers dans le secteur public.

D'importantes évolutions qualitatives se sont produites au cours des dernières années : développement des services de radiologie et de biologie, augmentation des équipements matériels lourds (scanners, lithotripteurs, angiographie numérisée).

b) Les disciplines cardio-vasculaires occupent une place importante dans les activités de l'établissement.

(1) La place de ce secteur.

Les pathologies cardiovasculaires représentent le domaine pathologique le plus important des Hôpitaux civils de Colmar, soit 12% de leur activité mesurée en points ISA, qui constituent en outre le seul centre d'accueil du secteur pour les polyopathologies gériatriques, lesquelles ne cessent de croître du fait du vieillissement de la population.

Les Hôpitaux civils n'ont pas revendiqué le qualificatif de niveau 3 prévu par le schéma régional d'organisation sanitaire de 1^{ère} génération ; ils ont conclu une convention en 1994 avec le Centre hospitalier de Mulhouse aux termes de laquelle cet hôpital assure ce niveau supérieur de prise en charge.

Les Hôpitaux civils de Colmar sont habilités à accueillir les urgences cardio-vasculaires.

(2) Le service de cardiologie des Hôpitaux civils de Colmar.

Ils disposent officiellement d'une unité de soins intensifs en cardiologie (USIC) de six lits, mais celle-ci est parfois qualifiée d'unité de surveillance cardiologique (USC) selon les documents et cette ambiguïté est préjudiciable à l'établissement, alors que n'existe aucune équivoque pour la Clinique Saint-Joseph. La concrétisation de la coopération en cours d'élaboration devrait permettre de répondre aux interrogations relatives à la présence d'une

USIC aux Hôpitaux civils de Colmar, revendiquée par la direction et la communauté médicale.

c) La cardiologie des Hôpitaux civils de Colmar présente toutefois des faiblesses face à la concurrence du Groupe hospitalier privé du Centre Alsace.

Le fonctionnement d'une unité de soins intensifs cardiologiques, par définition active en permanence, nécessite d'importants moyens en personnel qualifié et en matériel. Elle suppose la présence constante d'un cardiologue. Or, les trois cardiologues praticiens hospitaliers des Hôpitaux civils de Colmar estiment difficile d'assurer ce service de garde en raison des contraintes que leur imposent les autres activités au sein de leur service. En effet, les patients pris en charge par le service de cardiologie des Hôpitaux civils de Colmar sont pour 75% d'entre eux des personnes très âgées, atteintes de plusieurs pathologies et dont l'état nécessite une surveillance constante.

L'activité de l'USIC actuelle ne correspond pas aux recommandations formulées pour un service de ce type ; en effet, les cardiopathies ischémiques ne représentent que 20% des admissions en soins intensifs alors qu'il est communément admis que cette proportion doit être égale à 50% ou 60% pour qualifier une unité d'USIC.

Une autre faiblesse résulte du fait que les cardiologues ne pratiquent pas d'actes de cardiologie interventionnelle. Les coronarographies pratiquées dans l'établissement sont effectuées par des radiologues vasculaires qui exécutent seulement des explorations morphologiques à l'exclusion de tout acte interventionnel coronarien, alors que les médecins du Groupe hospitalier privé du Centre Alsace pratiquent des angioplasties transluminales et des coronarographies.

Le nombre annuel de coronarographies aux Hôpitaux civils de Colmar, stable sur les trois dernières années, dépasse à peine deux cents actes alors que la Société française de cardiologie fixe à quatre cents coronarographies le seuil au-delà duquel un service peut se voir reconnaître une compétence en la matière.



II. Les avantages présentés par une coopération et les possibilités offertes par la réglementation.

La coopération et la complémentarité entre établissements figurent parmi les priorités retenues par les pouvoirs publics pour améliorer l'offre de soins tout en maîtrisant les

dépenses de santé. Certaines concurrences entre établissements sanitaires s'avèrent être une source de dépenses redondantes.

Aussi les lois hospitalières successives intervenues depuis 1970 complètent-elles et affinent-elles les dispositifs dans ce domaine.

La coopération suscite un regain d'intérêt dans la période récente, du fait de la prise de conscience des enjeux économiques de la protection sociale - notamment des dépenses de santé - et de l'impulsion donnée par les dispositions de l'ordonnance du 24 avril 1996 relative à l'hospitalisation publique et privée.

Ce texte ne traite plus de la coopération sous le seul angle juridique. Il met l'accent sur la nécessaire stratégie prospective dont elle doit être l'aboutissement et sur le contexte local et régional dans lequel elle s'inscrit. La coopération est maintenant située dans un cadre plus général englobant la planification, la qualité des soins et la maîtrise des dépenses hospitalières ; sa finalité est de permettre au patient d'être pris en charge par des acteurs de santé organisés et complémentaires sur une pathologie et un équipement déterminés.

La démarche étudiée dans le troisième secteur sanitaire d'Alsace s'intègre dans cette orientation et constitue une illustration des problèmes concrets qui se posent lors de la mise en place d'un dispositif de coopération. Son succès dépendra toutefois de la prise en compte des difficultés qui subsistent dans la collaboration entre deux systèmes aux règles juridiques parfois divergentes malgré les innovations réglementaires récentes.



A. LA PLANIFICATION REGIONALE.

1. Une prise de conscience récente mais toujours plus précise du caractère impératif d'une coopération entre établissements de santé indépendamment de leur statut.

La coopération consiste à définir le rôle et la place de chaque établissement, public ou privé, dans un secteur géographique déterminé.

L'idée d'une organisation régionale est relativement nouvelle. La loi hospitalière du 31 décembre 1970 visait à maîtriser l'évolution de l'équipement sanitaire en France en améliorant la répartition géographique de l'offre de soins et en renforçant l'efficacité médicale.

Elle a créé notamment la carte sanitaire, qui détermine les limites des régions et secteurs sanitaires et s'impose aux secteurs public et privé d'hospitalisation. Elle incitait les hôpitaux et les cliniques, essentiellement à but non lucratif, à procéder à des regroupements et citait deux moyens juridiques de rapprochement : le syndicat interhospitalier et la convention.

La base géographique privilégiée alors par le législateur était le secteur sanitaire, unité territoriale comptant en moyenne quelque 70 000 habitants à l'époque.

Une difficulté tient au fait que les limites du secteur sanitaire cessent d'être pertinentes quand elles ne recouvrent pas un bassin de population homogène, comme c'est le cas en Alsace avec le troisième secteur sanitaire.

Le cadre territorial fut supprimé avec la loi du 3 janvier 1984 et la création des syndicats interhospitaliers.

Cette amélioration constitue un souci constant des pouvoirs publics pour remédier à la dérive des dépenses hospitalières constatées pendant les décennies 70 et 80.

Ainsi la loi du 31 juillet 1991 est-elle venue compléter les dispositions de la loi du 31 décembre 1970 en instaurant le schéma d'organisation sanitaire, lequel complète la carte sanitaire, et en étendant au domaine sanitaire les groupements d'intérêt public et les groupements d'intérêt économique. Elle a en outre substitué les conférences sanitaires de secteur aux groupements interhospitaliers.

2. L'intervention des ordonnances de 1996 souligne la volonté des pouvoirs publics de donner un nouvel élan à la coopération hospitalière.

L'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée confirme les orientations des textes précédents et confie aux agences régionales de l'hospitalisation le soin de définir et de mettre en œuvre la politique régionale d'offres de soins. Les agences analysent et coordonnent l'activité des établissements de santé et déterminent les allocations de ressources. Pour ce faire, leurs directeurs disposent de deux instruments :

Les procédures d'autorisations qui valident la satisfaction des besoins de la population.

Le contrat d'objectifs et de moyens, dont découlent les autorisations d'équipements. Négocié entre la direction de l'établissement et le directeur de l'agence régionale, il valide les orientations stratégiques de l'établissement et alloue les moyens financiers nécessaires à leur mise en œuvre. La demande d'autorisation s'insère dans la planification régionale ; elle entre dans le projet d'établissement élaboré par un centre de responsabilité impliquant plusieurs équipes médicales.

La première démarche consiste à évaluer les activités existantes : la capacité des appareils à répondre aux besoins, leur utilisation optimale, les substitutions possibles, la présence d'appareils de même nature à proximité notamment. Il convient de s'interroger sur les partenariats possibles entre les établissements, publics comme privés.

L'ordonnance hospitalière susvisée ajoute deux nouvelles instances de coopération à celles existantes, complétant ces dernières : les communautés d'établissements de santé,

complémentaires des conférences sanitaires de secteur, et les groupements de coopération sanitaire, qui sont eux complémentaires des syndicats interhospitaliers.

B. LA REGLEMENTATION ISSUE DES APPORTS SUCCESSIFS AUX MODES DE COOPERATION HOSPITALIERE OFFRE AUX ACTEURS DE SANTE UNE GAMME VARIEE DE CADRES JURIDIQUES ADAPTES A LEURS SPECIFICITES.

Ces modes de coopération hospitalière ont été développés afin de mettre à la disposition des acteurs de santé des moyens juridiques souples et adaptés aux évolutions récentes. L'ordonnance précitée du 24 avril 1996 constitue un tournant en la matière.

La coopération est un élément clé de la politique de santé car elle contribue à optimiser l'organisation des acteurs de santé, leurs performances et leurs coûts de fonctionnement.

Il convient d'établir une distinction entre la *coopération fonctionnelle*, réalisée par la voie d'une simple convention et ne donnant pas lieu à la création d'une personne juridique nouvelle, et la *coopération organique*, qui entraîne une telle création, régie par le droit public ou le droit privé.

Nous nous trouvons en présence dans le cas traité d'une coopération purement fonctionnelle, les deux établissements ne souhaitant pas créer une nouvelle personne morale.

1. La politique de coopération interhospitalière.

a) Le développement de cette coopération.

Le rapprochement entre établissements de santé est une solution préconisée de manière récurrente par différents acteurs.

Déjà en 1967 la Fédération hospitalière de France appelait à la création d'« unions régionales hospitalières », établissements publics qui se seraient vu confier des tâches d'études, de planification et de formation de leurs personnels. Les résistances des municipalités et des commissions administratives hospitalières, jalouses de leur autonomie, n'ont pas permis la concrétisation de ces projets.

Cependant ces orientations allaient rapidement connaître une nouvelle faveur. Les efforts de rationalisation des investissements ont en effet conduit le législateur à favoriser le regroupement de moyens dans des secteurs géographiques déterminés.

La loi hospitalière du 31 décembre 1970 a initié cette coopération par la création de deux modalités : la convention de coopération et le syndicat interhospitalier.

L'une de ses finalités était la mise en place de structures interhospitalières pour les établissements sanitaires qui exécutent le service public hospitalier. Les unes sont obligatoires mais ont un rôle purement consultatif (et n'ont donc pas la personnalité morale),

alors que les autres (les syndicats interhospitaliers) sont certes facultatives mais disposent d'un pouvoir de décision et bénéficient à ce titre de la personnalité morale.

En outre, la notion de « service public hospitalier » introduite par ce texte facilite le développement de la solidarité interhospitalière, ce service étant assuré indifféremment par les établissements publics de santé et les établissements privés à but non lucratif ou ceux à but lucratif qui souhaitent participer à l'exécution du service public.

Des incitations à la rationalisation des structures ont été adoptées à différentes reprises pour le secteur privé. La loi n° 87-575 du 24 juillet 1987 permet ainsi le regroupement de lits entre plusieurs établissements privés.

La coopération a été relancée par la loi du 31 juillet 1991, qui étend au domaine sanitaire le groupement d'intérêt économique et le groupement d'intérêt public.

L'ouverture des établissements de santé sur l'extérieur est l'un des axes de la réforme de 1996. Elle consiste à participer à des systèmes de soins globaux et à accroître la coopération entre établissements, notamment entre les secteurs public et privé.

L'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée crée deux nouvelles structures destinées à inciter les chefs d'établissement à recourir à ce type de coopération.

On constate une montée en puissance législative et réglementaire de la coopération hospitalière. Les établissements de santé disposent désormais de divers moyens leur permettant de coopérer dans l'intérêt des patients en privilégiant une offre de soins rationnelle.

Le rappel des formes de cette coopération permet de voir les possibilités qui s'offraient aux deux établissements de Colmar pour coordonner leurs activités en cardiologie et d'envisager les solutions qui, à plus long terme, permettraient d'optimiser la coordination au niveau départemental entre les services de cardiologie des établissements de santé à partir des modes de coopération déjà en place.

b) Les formes de la coopération hospitalière.

Les structures juridiques instaurées successivement jusqu'en 1996 sont caractérisées par leur plus ou moins grande rigidité. Deux de ces modalités sont des structures de droit public : le syndicat interhospitalier et le groupement d'intérêt public. Les autres sont régies par des règles de droit privé.

Toutefois, des formules empiriques avaient été mises en place dans le domaine médico-social à l'initiative d'institutions de ce secteur avant toute réglementation spécifique.

(1) Les premières initiatives en matière de coopération hospitalière.

Les maisons de retraite de plusieurs départements avaient créé des modes de partenariat soit en établissant des structures de fait, soit en recourant à des associations de la loi de 1901, soit en passant une convention.

Ces collaborations concernaient essentiellement la logistique (restauration, hygiène hospitalière), la formation (avec des modules visant à promouvoir l'émergence d'une culture gériatrique), la sécurité (avec le développement de programmes communs de mise en sécurité incendie), les loisirs et échanges de séjours entre établissements, l'emploi de personnels en commun et l'instauration de services de soins infirmiers à domicile, ou encore la conclusion d'un partenariat avec un hôpital local pour assurer la gestion d'un service de long séjour.

Ces initiatives montrent la caractère primordial de l'engagement des acteurs dans la mise en œuvre d'une opération de coopération, préalablement à l'instauration de tout cadre légal et réglementaire destiné à favoriser de telles actions dont le caractère indispensable est actuellement avéré.

(2) Les groupements interhospitaliers.

Créés par la loi du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, ils intervenaient dans chaque secteur sanitaire mais ne disposaient pas de la personnalité morale. Ils émettaient un avis sur la carte sanitaire dans un premier temps, puis sur le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS). Leur finalité était la promotion de la coopération entre les établissements de leur secteur et la modulation de l'offre de soins.

Ils ont été remplacés par les conférences sanitaires de secteurs avec l'intervention de la loi du 31 juillet 1991. D'autres organismes que les seuls établissements de santé peuvent faire partie de ces conférences.

(3) Les cliniques ouvertes.

Cette formule de coopération public-privé trouve son origine dans un règlement d'administration publique du 17 avril 1943. Elle est pérennisée par les dispositions de l'article L. 714-36 du code de la santé publique, qui en renforcent les garanties.

Elles permettent notamment le regroupement de spécialistes dont le volume d'activité n'atteint pas un seuil suffisant pour embaucher un praticien, ne serait-ce qu'à temps partiel. Elles concilient l'intérêt général avec le maintien de l'offre de soins de proximité, en épargnant à la population concernée la contrainte d'un déplacement vers des structures d'accueil éloignées de leur domicile.

Enfin, les cliniques ouvertes sont un moyen pour les centres hospitaliers non régionaux de faire fonctionner, dans le cadre du service public hospitalier, une structure médicale dans laquelle les patients peuvent faire appel à des praticiens autres que ceux exerçant exclusivement leur activité dans l'établissement moyennant l'acquittement par ces derniers d'une redevance. Leur création est subordonnée à une autorisation du Directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation après avis du Comité régional de l'organisation sanitaire et sociale.

Cette dernière formule a été rénovée par l'ordonnance du 24 avril 1996 afin d'assurer la sauvegarde de services d'hôpitaux publics dont les critères de qualité sont jugés insuffisants. Ces structures feront l'objet d'une évaluation. Elles présentent l'avantage pour les petits hôpitaux publics de remédier à leurs difficultés de recrutement de personnel médical et de seuil d'utilisation de leur plateau technique de proximité.

Une telle structure ne paraît donc pas appropriée à la problématique en cause ni à la taille des deux établissements dont la coopération est envisagée.

(4) Les syndicats interhospitaliers (SIH).

Ils trouvent leur origine dans la loi du 31 décembre 1970 ; leur régime juridique a été modifié par les lois des 3 janvier 1984 – qui assouplit leurs règles de création et de fonctionnement - et 18 janvier 1994.

Etablissements publics autonomes, non rattachés à une collectivité territoriale, leur finalité est de faciliter la rationalisation sanitaire en instituant une gestion commune des équipements, des services ou des infrastructures lourdes. Leur création est possible indépendamment de la localisation géographique des établissements qui les constituent.

Le champ d'application d'un syndicat peut être unique ou multiple. Il peut ainsi s'agir de la création et de la gestion de services communs, de la formation de personnels, de la réalisation de travaux d'équipement ou encore de la gestion d'amortissements et d'emprunts.

Cette formule, qui peut se voir transférer le patrimoine mobilier ou immobilier de ses adhérents, a été utilisée comme préalable à la fusion d'établissements. Elle reste réservée à des opérations de coopération de grande envergure, ce qui conduit à écarter cette solution dans le cadre de la problématique en cause. Cette structure a d'ailleurs peu attiré les hôpitaux jusqu'à présent, en raison de la lourdeur de son dispositif. De plus, elle reste circonscrite aux établissements assurant le service public hospitalier.

(5) Les groupements d'intérêt public (GIP).

Dotées de la personnalité morale et de l'autonomie financière, ils ont été créés par la loi d'orientation et de programmation pour la recherche et le développement technologique de la

France. Leur constitution, regroupant des établissements publics de recherche et des personnes morales de droit public ou privé, visait à l'exercice d'une activité commune de recherche ou de développement ou à la gestion d'équipements d'intérêts communs.

Etendus au domaine sanitaire et social par la loi n° 87-571 du 23 juillet 1987 relative au mécénat, ces groupements constituent des outils de gestion hospitalière depuis un décret du 7 novembre 1988 qui confère aux groupements d'intérêt public du domaine sanitaire un statut particulier et permet au préfet du département de les mettre en œuvre dans l'hypothèse où les personnes le composant siègent dans son ressort.

Ils peuvent être créés par convention entre deux ou plusieurs personnes morales de droit public ou privé, à condition qu'une au moins soit de droit public ; cette convention doit être approuvée par la tutelle. Leur finalité est la création ou la gestion d'équipements liés à l'action sanitaire et sociale. Leur vocation a donc un caractère général, puisqu'ils interviennent dans le domaine de l'action sanitaire et sociale sans autre précision. Ils ne peuvent bénéficier d'autorisation de soins et d'équipements lourds.

Cette modalité de coopération est ouverte non seulement aux établissements publics de santé, mais aussi aux établissements privés de santé.

Ils ont le caractère d'établissements publics et sont gérés par un conseil d'administration, qui nomme un directeur. La responsabilité est limitée à la part de chaque membre et l'objet du groupement doit avoir un intérêt public. Ils autorisent l'association sous un régime majoritairement de droit public d'établissements publics et privés, auxquels ils permettent la réalisation commune d'équipements dans des conditions économiques favorables. Ils facilitent particulièrement la gestion de services logistiques. Ils n'ont pas pour objet la réalisation de bénéfices. L'application des règles de la comptabilité publique ou privée varie selon la composition du groupement d'intérêt public, qui est soumis au contrôle du juge des comptes.

Leur durée de vie est limitée à quinze ans, ce qui souligne le fait qu'ils peuvent seulement permettre le traitement en commun d'une mission ou d'un projet précis entre partenaires publics et privés, mais ne sauraient viser à la pérennisation d'une complémentarité.

Ils représentent une forme de coopération originale, dont l'intérêt public doit figurer dans leur objet et justifie la présence d'un commissaire du gouvernement assistant aux séances de l'organe délibérant et disposant d'un droit de veto.

Leurs règles de fonctionnement sont souvent ressenties comme contraignantes et susceptibles d'entraver leur action, ce qui en limite le succès.

(6) Les groupements d'intérêt économique (GIE).

Ils trouvent leur origine dans les ordonnances du 2 septembre 1967 relatives aux sociétés commerciales et ont été créés par l'ordonnance du 23 septembre de la même année. Leur existence est consacrée par la loi hospitalière du 31 juillet 1991.

Mis en œuvre par la conclusion d'un contrat conclu entre personnes physiques ou morales, ils constituent une structure intermédiaire entre la société et l'association et visent à développer l'activité économique de leurs membres.

Axés sur le développement économique de ceux-ci, leur domaine est limité aux prestations de services dans la recherche de nouveaux débouchés relevant d'activités subsidiaires. Par ce biais, des entreprises privées apportent un financement complémentaire à des hôpitaux. Cette formule rend possible la mise en commun de moyens qu'un seul établissement ne pourrait assurer ou qui seraient surdimensionnés par rapport à ses besoins. Elle est ainsi génératrice d'économies pour l'hôpital. Elle permet l'extension de la coopération à la co-utilisation et à la copropriété d'équipements ou de services entre les établissements participant au service public hospitalier et d'autres personnes morales ou physiques relevant du droit public ou du droit privé.

Personnes morales de droit privé, les groupements d'intérêt économique sont dotés d'un conseil d'administration. Ils peuvent être établis pour quatre-vingt dix-neuf ans si telle est la volonté des parties.

Leur régime fiscal est un autre avantage : ils ne sont pas soumis à l'impôt sur les sociétés et échappent aussi en principe à la taxe sur la valeur ajoutée. Un établissement public de santé peut être administrateur d'un groupement d'intérêt économique.

Leur gestion est assez lourde et essentiellement à orientation commerciale. De plus, cette structure engage la responsabilité indéfinie et solidaire de ses membres sur leur patrimoine personnel, ce qui impose une contrainte importante pour les membres publics.

L'efficacité des groupements d'intérêt économique fait l'objet d'un contrôle de gestion alors que le contrôle des comptes assure leur transparence financière. La Chambre régionale des comptes peut les contrôler lorsqu'un établissement public apporte son concours financier à un groupement d'intérêt économique ou détient la majorité en voix.

Ce régime est peu adapté aux missions des établissements publics de santé et aux réserves budgétaires et patrimoniales qu'ils doivent opposer aux sûretés demandées par les tiers dans le cadre du fonctionnement d'un groupement d'intérêt économique. Il paraît en outre dépassé par les avantages que présente le groupement de coopération sanitaire.

La question de l'avenir de cette forme de coopération se pose donc depuis l'introduction du groupement de coopération sanitaire.

(7) La voie conventionnelle.

Mode traditionnel de coopération, elle en est toujours l'un des moyens privilégiés et permet de concrétiser de nombreuses complémentarités. Elle revient à appliquer l'adage juridique selon lequel "le contrat est la loi des parties".

La caractéristique de la convention est le domaine large et diversifié de son objet. Alors qu'elle se révèle d'une exploitation délicate dans l'hypothèse d'une grande pluralité de partenaires, la convention est un instrument irremplaçable et d'une souplesse inégalée en cas de coopération entre un nombre restreint de membres pour instaurer des rapports de droit en vue de réaliser un objet bien circonscrit. La conclusion d'une convention n'exige pas de statut spécifique de la part des cocontractants.

Or, le projet devant réunir les Hôpitaux civils de Colmar et le Groupe hospitalier privé de Centre Alsace en matière d'urgences cardiologiques et de cardiologie interventionnelle présente ces dernières caractéristiques.

La convention est appelée à jouer un rôle de premier plan dans le cadre de la mise en place de réseaux de soins coordonnés (cf. *infra*).

On distingue deux types de conventions.

(a) *Les conventions de coopération.*

Elles sont régies par les dispositions de l'article L. 713-12 du code de la santé publique, qui autorisent les établissements publics de santé à participer dans le cadre de leurs missions à des actions de coopération, y compris internationales, avec des personnes de droit public et privé.

Avec ce procédé contractuel traditionnel, les établissements conservent leur personnalité morale. Une convention permet d'acquérir et d'utiliser conjointement des équipements lourds, utilisés par les établissements contractants selon une programmation établie à l'avance et avec un partage des coûts de gestion au prorata de l'utilisation des équipements par chaque contractant. C'est aussi un moyen d'utiliser des structures communes.

Le peu de formalisme de la convention donne à celle-ci *un intérêt fonctionnel apprécié* des établissements, qui dans ce cadre ne sont pas soumis à un contrôle très lourd.

Cette modalité présente *cependant des inconvénients*. La convention n'est pas constitutive de la personnalité morale et n'a pas la qualité d'établissement public. Elle est souvent gérée par un « comité de gestion » émanant des établissements contractants et non doté de la personnalité morale ; elle est donc dépourvue d'une instance de décision équivalente à un conseil d'administration et ne bénéficie pas de budget de fonctionnement. Enfin, sa durée et son objet sont limités dans le temps.

Pour ces motifs, les conventions de coopération ne paraissent pas constituer un cadre juridique permettant une véritable coopération institutionnelle, alors que l'heure est au développement de ce type de rapprochements entre les secteurs public et privé.

(b) Les conventions particulières.

Elles peuvent prendre *plusieurs formes*.

Il peut s'agir en premier lieu de *contrats d'association* liant des établissements privés n'assurant pas le service public hospitalier soit avec un établissement public de santé, soit avec un syndicat interhospitalier dans le but de bénéficier des services communs gérés par ce syndicat.

Elles peuvent aussi prendre la forme de *baux emphytéotiques de longue durée* conclus entre un établissement public de santé et un établissement privé pour mettre en place un équipement en commun.

Les conventions présentent *cependant* l'inconvénient de lier les parties par *un engagement relatif et limité*. Elles ne sont donc pas des instruments suffisants pour mettre en place une véritable intégration entre différents établissements. Une convention n'est pas une modalité assez structurante pour traduire une réelle volonté de partenariat. On peut craindre qu'elle ne traduise pas un engagement assez fort.

(8) La constitution d'une association.

Cette dernière hypothèse ne saurait non plus être retenue en l'espèce. Le Conseil d'Etat, dans un avis du 1^{er} août 1995, exclut la délégation de missions de service public de santé comme celle des responsabilités en résultant dans le cadre d'une association, qui peut certes constituer une formule souple de coopération mais ne figure pas expressément au nombre des modes de coopération prévus par le code de la santé publique.

En outre, le juge des comptes garde une certaine réticence envers le principe de la participation d'établissements publics aux associations régies par la loi de 1901. Des mesures récentes ont cependant apporté des garanties en ce domaine : un contrôle renforcé est en effet exigible lorsque le montant annuel de la ressource publique est supérieur à un million de francs ; au-delà de ce seuil, l'association est obligée d'avoir un fonctionnement régulier et ses comptes, soumis à l'examen d'un commissaire aux comptes, doivent être conformes aux normes du code du commerce.

2. Les innovations introduites par les ordonnances du 24 avril 1996.

On ne peut limiter l'étude des mesures de coopération aux seules dispositions de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. C'est l'ensemble du dispositif mis en place par les trois ordonnances promulguées ce même jour qui concerne la collaboration entre acteurs de santé.

Ainsi la création des Unions régionales des caisses d'assurance maladie par l'ordonnance n° 96-344 portant mesures relatives à l'organisation de la Sécurité sociale vise-t-elle à l'amélioration de la coordination du risque hospitalier au niveau régional.

L'ordonnance n° 96-345 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé insiste sur le développement des réseaux de soins pour promouvoir la prise en charge globale des patients atteints de maladies chroniques et de pathologies lourdes.

C'est cependant la troisième des ordonnances du 24 avril 1996 qui concerne plus particulièrement la coopération hospitalière, particulièrement par le biais de :

son article 29 qui porte sur la mise en place de réseaux de soins ville-hôpital ;

son article 30 relatif à la constitution de communautés d'établissements entre établissements publics et privés participant au service public hospitalier dans chaque secteur sanitaire ;

son article 39 qui crée les groupements de coopération sanitaire afin de permettre la coopération entre établissements de santé des deux secteurs dans toutes les activités (notamment médicales et médico-techniques).

a) Les orientations des ordonnances.

Les ordonnances du 24 avril 1996 font de la coopération un élément d'optimisation de l'organisation des acteurs de santé, de leurs performances et de leurs coûts de fonctionnement en matière d'offre de soins.

Elles introduisent *trois innovations* qui impliquent les établissements, publics comme privés : la mise en place des réseaux de soins ville-hôpital, la constitution des communautés d'établissements entre les établissements publics et privés participant au service public hospitalier à l'intérieur de chaque secteur sanitaire, et la création des groupements de coopération sanitaire destinés eux aussi à favoriser la collaboration entre les secteurs public et privé.

Les ordonnances privilégient une démarche volontariste des établissements. A défaut de celle-ci toutefois, elles donnent aux directeurs des agences régionales de l'hospitalisation un pouvoir substitutif et coercitif. Ils peuvent ainsi contraindre les établissements publics de santé à conclure des conventions de coopération. Les établissements de santé privés disposent d'une plus grande latitude. Les contraintes économiques et les pressions de la concurrence les incitent cependant à procéder eux aussi à des opérations de restructurations et de coopérations.

L'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 offre un cadre juridique global à ces rapprochements : la communauté d'établissements, rendue obligatoire pour les établissements publics avant le 24 avril 1999 par l'article L. 712-3-3 du code de la santé publique. La circulaire DH / E.O / n° 97-277 du 9 avril 1997 en précise les objectifs. Les actions de complémentarité peuvent être inscrites dans le schéma régional d'organisation sanitaire ou résulter d'une volonté stratégique partagée par les établissements qui en sont à l'origine. Leurs objectifs et les modalités juridiques de leur mise en œuvre figurent dans une charte devant recevoir l'agrément du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation.

On remarquera la signification de ce terme de "communauté" introduit dans le secteur hospitalier. Il évoque irrésistiblement le processus d'intégration à l'œuvre dans le cadre des institutions européennes, et souligne de ce fait la volonté des pouvoirs publics de voir rationalisée et améliorée l'offre de soins. De même, on trouve ce terme dans le domaine de la politique d'aménagement du territoire, avec les communautés de communes dont le but est aussi la mise en commun de ressources pour assurer des prestations trop coûteuses pour être assurées isolément par nombre de petites communes.

Cependant, les communautés entre établissements de santé se distinguent des précédentes par l'absence de cadre géographique rigide (elles peuvent s'inscrire dans le cadre du secteur sanitaire mais aussi dans celui du "pays" au sens de la loi de 1995 relative à l'aménagement du territoire) et la variété de la forme juridique choisie par les partenaires. Mais cette souplesse concerne surtout l'objet des coopérations, le nombre indéterminé de partenaires et le caractère plus ou moins avancé de l'intégration des activités sur lesquelles porte la collaboration.

(1) Les Communautés d'établissements de santé.

Elles sont créées entre établissements assurant le service public hospitalier, normalement au sein d'un même secteur sanitaire ; elles peuvent cependant être étendues aux hôpitaux de plusieurs secteurs.

L'une de leurs finalités est la mise en œuvre d'actions de coopération et de complémentarité et l'adaptation des établissements de santé aux besoins de la population,

avec les redéploiements en découlant. Globalement, il s'agit de rationaliser l'offre de soins de proximité conformément aux objectifs du schéma régional d'organisation sanitaire.

Leur création est réalisée par la voie de conventions inter-établissements. L'ordonnance du 24 avril 1996 rend l'adhésion des hôpitaux à une telle structure quasiment obligatoire, puisque ceux qui n'auront pas adhéré à une communauté dans les trois ans suivant son entrée en vigueur devront justifier de leur non-adhésion auprès du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation. Ce dernier peut alors obliger les établissements concernés à conclure une convention de coopération, ou à créer un syndicat interhospitalier ou un groupement d'intérêt public, ou encore à fusionner.

Nous verrons *infra* que les Hôpitaux civils de Colmar appartiennent déjà à une communauté pour le court séjour et que la constitution d'une seconde communauté pour les soins de suite et la réadaptation est en cours d'élaboration ; de son côté, le Groupe hospitalier privé du Centre Alsace prépare aussi son adhésion à ce type de structure.

(2) Les Groupements de coopération sanitaire : une formule de coopération élargie.

Ce sont des structures juridiques dotées de la personnalité morale auxquelles peuvent adhérer des membres ne participant pas au service public hospitalier. Leur convention constitutive est approuvée par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation ; à ce titre, les groupements de coopération sanitaire sont soumis à la procédure de l'autorisation. Ils permettent "aux hôpitaux et aux cliniques privées de réaliser des activités de soins dans les mêmes locaux et avec des moyens communs" (rapport au Président de la République précédant l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée). Ce groupement permet la coopération d'établissements qui ne remplissent pas les conditions requises pour constituer un syndicat interhospitalier, tout en n'étant pas un établissement de santé.

L'un des avantages de ce mode de coopération est la possibilité pour ses membres de détenir des autorisations d'équipements en matériels lourds ; il permet la réalisation et la gestion d'intérêts communs en matière médico-technique, médicale et non-médicale.

Un administrateur est chargé de mettre en œuvre les décisions adoptées par son assemblée générale.

Son *régime juridique* est assez *souple* : la gestion privée est en effet de droit, l'existence d'un capital n'est pas indispensable à la constitution d'un groupement et celui-ci ne comporte que deux organes (l'administrateur et l'assemblée générale). De plus, la responsabilité de ses membres est limitée à leurs apports, ce qui en fait un instrument plus souple que le groupement d'intérêt économique.

(3) Une formule souple : les réseaux de soins.

(a) Une terminologie qui recouvre une grande souplesse et favorise une première coopération entre établissements.

Ils visent eux aussi à faciliter l'adaptation du réseau hospitalier. Ils prennent la forme d'une convention, à laquelle tous les types d'établissements peuvent adhérer.

L'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996, dont les dispositions ont été complétées par une circulaire du 9 avril 1997, incite les établissements de santé à développer cette forme de coopération dont le développement remet en cause l'organisation de l'hôpital. Le terme neutre et imprécis de "réseaux" concerne en effet l'ensemble de la recombinaison de l'offre de soins.

En l'absence d'une définition claire du réseau, ce terme est employé pour qualifier toute forme de mise en relation professionnelle d'acteurs du système de soins, soit toutes les formes de relations formelles et informelles entre ces acteurs de même que les différentes formes de coopération.

Cette formule vise à améliorer la qualité des soins en suscitant de nouveaux modes d'organisation et de coopération au bénéfice notamment de certaines pathologies, tels le cancer ou le diabète, dans l'exercice d'activités de soins comme les urgences et la réanimation. Plusieurs établissements peuvent constituer un maillage pour instaurer une filière de soins afin de s'insérer dans la chaîne des différents acteurs de santé auquel ils appartiennent. La conclusion d'une convention est un moyen juridique souple pour atteindre cet objectif.

Il est aussi loisible à des hôpitaux de conclure des ententes de complémentarité avec des professionnels de santé privés et associatifs pour traiter une pathologie déterminée (cf. les termes de l'article L. 712-3-2 du code de la santé publique qui prévoient que "les établissements de santé peuvent constituer des réseaux de soins spécifiques à certaines installations et activités de soins ou à certaines pathologies" et que les réseaux "peuvent associer des médecins libéraux et d'autres professionnels de santé et des organismes à vocation sanitaire ou sociale").

Les réseaux existent *de facto* depuis longtemps, même s'ils n'étaient pas formalisés. Nombre de praticiens hospitaliers en avaient constitué, préalablement à l'intervention de toute réglementation, avec les correspondants avec lesquels ils travaillaient régulièrement.

Cette modalité autorise l'adoption de pratiques professionnelles communes aux partenaires et leur formation à des techniques médicales. Dans le cas présent, elle permettrait à des cardiologues des Hôpitaux civils de Colmar de pratiquer des angioplasties dans les locaux de la Clinique Saint-Joseph, rattrapant ainsi le retard pris en ce domaine par l'hôpital public en matière de cardiologie interventionnelle. La circulaire DH/EO n° 97-277 du 9 avril 1997

précitée relative aux réseaux de soins et aux communautés d'établissements indique que la finalité de ces structures est de "favoriser une meilleure insertion des établissements de santé dans leur environnement". Elle ajoute qu'"elles s'inscrivent dans une logique d'amélioration de la qualité des soins et d'optimisation des moyens" et précise que leurs objectifs opérationnels sont : une meilleure orientation des patients, le maintien ou le retour à proximité de leurs lieux de vie et la continuité et la coordination des soins pour l'ensemble des patients.

La procédure de mise en place d'un réseau est assez souple : cette création doit en effet recevoir l'agrément du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et l'avis de création doit être publié au niveau départemental.

(b) L'enjeu : la recomposition de l'offre de soins.

L'hôpital, traditionnellement une structure fermée jusqu'à une époque récente, doit maintenant s'inscrire dans deux logiques d'ouverture sous l'effet du nouvel environnement avec lequel il doit composer :

D'une part au moyen de complémentarités avec d'autres, établissements de santé, et notamment, pour les établissements du secteur public, avec ceux du secteur privé. Nous retrouvons ici la problématique de la cardiologie hospitalière colmarienne.

D'autre part, en s'ouvrant aux réseaux qui interviennent en son sein.

Ces deux mouvements devraient s'accélérer conjointement.

En effet, le patient est dorénavant au centre du dispositif de soins sous l'effet des réseaux, d'autant plus que le consommateur de ces soins formule des exigences plus grandes en matière de qualité de l'offre.

En outre, les contraintes économiques obligent les acteurs de la régulation des dépenses à rationaliser cette offre : les caisses d'assurance maladie en développant la gestion du risque par le recours aux réseaux et les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation par la redistribution des dotations publiques ainsi que par les incitations à la coopération entre établissements et au développement de réseaux.

Dans le cas d'une coopération entre établissements publics et privés, c'est l'ensemble de l'organisation du système de soins qui doit être repensée. Cette réorganisation ne peut aboutir efficacement sans l'implication des équipes hospitalières dans le projet de réseau.

(c) Un réseau de soins peut être développé autour d'une pathologie.

La Direction des hôpitaux a créé en 1991 les conditions de la mise en place de réseaux ville-hôpital pour la prise en charge des victimes du sida, puis pour celle des toxicomanes.

La réglementation a évolué jusqu'à la promulgation des ordonnances du 24 avril 1996, qui ont abouti à la création de deux procédures, distinctes mais pas exclusives l'une de l'autre, pour l'agrément des réseaux.

Une circulaire de la Direction des hôpitaux en date du 9 avril 1997 précise les conditions de l'agrément par les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation des réseaux relevant des dispositions de l'article L. 712-3-2 du code de la santé publique.

Il existe désormais *deux voies d'agrément des réseaux*, le choix entre l'une ou l'autre n'étant pas effectué par les mêmes acteurs.

Les réseaux qui relèvent du code de la santé publique sont issus de la mouvance des réseaux ville-hôpital organisés autour de pathologies lourdes - tels le sida, la toxicomanie ou l'insuffisance rénale chronique – et sont créés à l'instigation de soignants, des médecins dans la majorité des cas. Ils évoluent progressivement vers une prise en charge globale de la pathologie, dépassant le cadre strict initialement fixé à leur mission. Les acteurs souhaitent souvent après quelques années de fonctionnement de leur coopération une évolution du cadre réglementaire de celle-ci en faveur d'un assouplissement des règles tarifaires et organisationnelles qui lui sont appliquées.

A ce stade, ils se tournent souvent vers le Comité d'orientation des réseaux et des filières de soins, habilité à leur accorder ces dérogations. Il s'agit alors d'optimiser le rapport qualité/coûts et de fixer des tarifs de référence.

On peut souhaiter à terme l'instauration d'un réseau de soins en cardiologie dans le Haut-Rhin, au niveau de chacun des deux secteurs sanitaires dans un premier temps, puis au niveau départemental dans un second temps. Dans le troisième secteur, une telle structure rapprocherait d'abord les deux services de cardiologie sur le site de Colmar, avant de leur associer l'ensemble des professionnels de santé (autres établissements, cardiologues et généralistes de ville).

b) Les enjeux des nouvelles structures de coopération.

(1) Le contexte stratégique.

Le rapport au Président de la République introduisant l'ordonnance relative à la réforme de l'hospitalisation publique et privée indique que les objectifs de la réforme sont "la responsabilisation, la qualité des soins et la meilleure intégration de l'hôpital dans son environnement".

Ces priorités s'inscrivent dans la continuité des réflexions engagées en Amérique du nord et en France sur les réseaux de soins coordonnés. Elles privilégient l'organisation de la

chaîne de soins et les réponses à apporter aux besoins de santé de la population sur les spécificités de l'hospitalisation.

Le groupement de coopération sanitaire, qui autorise l'acquisition et l'utilisation communes de moyens et la cogestion d'activités de soins, doit répondre au souci de développer les collaborations entre établissements.

Par ailleurs, l'opposabilité du schéma régional d'organisation sanitaire est renforcée et la communauté d'établissements permet aux hôpitaux d'inscrire leurs réflexions stratégiques dans un cadre dépassant leur enceinte, au niveau de leur secteur sanitaire. La concertation acquiert ainsi un caractère d'autant plus incontournable que les moyens de contrainte dont dispose le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation sont accrus : obligation pour un hôpital de justifier par écrit sa non-adhésion à une communauté (article L. 712-34 du code de la santé publique) et instauration de mesures coercitives (article L. 712-20 du même code).

Enfin, les hôpitaux sont incités à développer des réseaux de soins ou à s'inscrire dans de telles structures avec d'autres professionnels de santé.

Tous les domaines d'activités hospitalières peuvent être concernés par ces réseaux. Il en va ainsi des urgences, des gardes et astreintes médicales ou de la prévention et de la prise en charge des maladies cardio-vasculaires, comme c'est le cas en l'espèce sur Colmar.

Plusieurs motifs impliquent que le dispositif de soins ne repose pas sur un établissement unique : l'offre hospitalière est duale – publique et privée - dans la grande majorité des secteurs sanitaires, la liberté de choix du malade doit être respectée, les techniques médicales sont d'un coût toujours croissant. Cette dernière raison, qui concerne les activités exploratoires et diagnostiques, les équipements ainsi que les traitements et thérapeutiques, impose aux établissements de partager des activités et des moyens.

De plus, des structures hospitalières publiques et privées situées dans le même secteur et actives dans les mêmes disciplines mais sous-employées seront contraintes à regrouper leurs moyens pour continuer à exister.

(2) Les conditions de leur efficacité.

De telles structures sont indispensables pour obtenir une meilleure harmonisation des prestations et réaliser des économies en matière de dépenses de santé sans nuire à la qualité des soins.

La réglementation permet d'instituer des unités véritablement autonomes et dotées de pouvoirs d'action réels, particulièrement avec les innovations introduites par les réformes de 1996. Elle doit cependant pouvoir être modifiée pour prendre en compte les insuffisances constatées lors d'opérations de coopération. Ainsi, les réseaux de soins éprouvent-ils des difficultés à trouver les ressources nécessaires au financement de la coordination de leurs

activités, de leur évaluation et de la formation de leurs agents. De plus, leur engagement dans la préconisation de protocoles de soins les expose de manière croissante aux contentieux liés à l'aléa thérapeutique, ce qui soulève la question de la détermination de la personne physique ou morale responsable en cas de survenance d'une faute. Aussi serait-il souhaitable de leur reconnaître la personnalité morale, par exemple sous la forme d'une association de la loi de 1901 qui serait préalablement agréée par une autorité administrative. La mise en place d'un réseau pourrait donner lieu à la rédaction d'une charte de qualité dans l'optique d'une contractualisation entre "offreurs de soins" – les réseaux eux-mêmes – et "acheteurs de soins" – les caisses d'assurance maladie et les agences régionales de l'hospitalisation.

Les établissements d'hospitalisation disposent dorénavant d'un arsenal juridique étendu leur permettant de choisir entre différentes formes de rapprochement en fonction de leur motivation, de leur statut et des objectifs visés par les gestionnaires.

On aurait pu recourir à l'une de ces structures pour organiser la coopération entre les deux établissements colmariens. L'éventualité de la création d'un syndicat hospitalier évoquée par les dirigeants du Groupe hospitalier privé du Centre Alsace à l'occasion de l'adhésion en cours de réalisation de celui-ci aux communautés d'établissements déjà en place entre les hôpitaux publics du troisième secteur sanitaire montre que des acteurs prennent conscience des avantages offerts par la collaboration hospitalière. Il semble cependant préférable de s'en tenir, dans un premier temps tout au moins, au principe de la conclusion d'une convention pour la coopération envisagée entre les cardiologues des Hôpitaux civils de Colmar et de la Clinique Saint-Joseph en raison de l'inexistence actuellement de toute collaboration organisée entre les intéressés. On pourra envisager un approfondissement et un élargissement de cette collaboration – ce dernier est d'ailleurs expressément prévu par le projet de convention cadre – une fois qu'elle fonctionnera de manière satisfaisante.



La coopération est une opportunité pour tous les partenaires potentiels à de telles actions. Elle concilie l'aménagement du territoire, la proximité et la qualité des soins dans un contexte de nécessaire contrôle des dépenses de santé.

Elle représente une incitation à ouvrir l'hôpital public et, par la confrontation avec d'autres structures, à procéder aux indispensables évolutions en termes d'organisation. C'est en y recourant que la notion de service public hospitalier sera modernisée et sauvegardée. Son succès nécessite un effort pédagogique de la part des pouvoirs publics et une adaptation de la réglementation qui prenne en compte les résultats des premières évaluations effectuées dans ce domaine.



C. L'INTERVENTION DE LA LOI RELATIVE A LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE ENRICHIT LES DISPOSITIFS DE COOPERATION.

Le premier bilan effectué depuis l'entrée en vigueur des ordonnances de 1996 a donné lieu à des propositions de modifications de la réglementation, renvoyées initialement à une future loi portant diverses mesures d'ordre social. En fait, le dépôt du projet de loi relative à la couverture maladie universelle a permis d'intégrer dans ce texte un titre IV intitulé "Modernisation sanitaire et sociale" qui contient des dispositions concernant la coopération hospitalière.

Cette loi aménage en effet les dispositifs antérieurs et introduit quelques innovations qui montrent la prise de conscience par les pouvoirs publics du besoin d'améliorer les modalités de la complémentarité hospitalière.

1. La loi complète les régimes du syndicat interhospitalier et du groupement de coopération sanitaire.

a) Les dispositions relatives au syndicat interhospitalier.

(1) Une composition plus restreinte.

Les conditions requises pour la création d'un syndicat interhospitalier sont rendues plus restrictives par la modification apportée aux dispositions de l'article L. 713-5 du code de la santé publique qui prévoit désormais que cette structure ne peut être créée "qu'à la demande de deux ou plusieurs établissements publics de santé ou privés à but non lucratif participant à l'exécution du service public hospitalier dont un au moins doit être un établissement public de santé".

Auparavant, un syndicat interhospitalier pouvait regrouper, outre des établissements publics de santé, des établissements privés participant au service public hospitalier et des établissements bénéficiant d'une concession de service public. L'article L. 713-5 du code de la santé publique disposait en effet dans sa rédaction issue de l'ordonnance du 24 avril 1996 "qu'un syndicat interhospitalier peut être créé à la demande de deux ou plusieurs établissements assurant le service public hospitalier dont un au moins doit être un établissement public de santé".

Or, l'article L. 713-11-1 du code de la santé publique prévoit de son côté que les groupements de coopération sanitaire ne peuvent être constitués qu'entre des établissements non susceptibles de créer un syndicat interhospitalier.

La combinaison de ces deux articles aboutit à élargir le champ des établissements susceptibles de recourir à un groupement de coopération sanitaire pour coopérer.

L'article L. 713-5 du même code précise que "d'autres organismes concourant aux soins peuvent faire partie d'un syndicat interhospitalier à condition d'y être autorisés par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation". Le législateur vient d'ajouter à ces organismes les institutions sociales et les maisons d'accueil spécialisé instituées par la loi du 30 juin 1975.

(2) Des missions clarifiées.

Certaines décisions émanant de directeurs d'agences régionales de l'hospitalisation refusaient avant l'intervention de la loi relative à la couverture maladie universelle la dénomination d'établissements publics de santé à des syndicats interhospitaliers au motif que le second alinéa de l'article L. 713-5 du code de la santé publique ne qualifiait ces structures que d'établissements publics.

Dorénavant, le syndicat interhospitalier "peut être autorisé lors de sa création ou par arrêté du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation à exercer les missions d'un établissement de santé" telles que définies aux articles L. 711-1 et suivants du code de la santé publique. Cette qualification doit toujours être accordée par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation.

b) Le groupement de coopération sanitaire.

L'article L. 713-11-1 permet dorénavant au groupement de coopération sanitaire de disposer d'autorisations de soins, alors qu'il pouvait seulement détenir des autorisations d'installations d'équipements matériels lourds.

Cette nouvelle possibilité a pour but de donner un élan à la création de groupements de coopération sanitaire.

2. La loi crée deux nouvelles structures de coopération hospitalière.

a) La fédération médicale interhospitalière.

Elle vise à rapprocher les activités médicales de deux ou plusieurs centres hospitaliers sous la responsabilité d'un praticien coordonnateur dans le cadre de réseaux ou de communautés d'établissements.

Leur création résultera de délibérations concordantes des établissements concernés après avis des commissions médicales d'établissement et des comités techniques d'établissement, et accord des responsables des structures concernées. Ces délibérations définiront l'organisation, le fonctionnement et la dénomination de la fédération.

Celle-ci, n'étant pas dotée de la personnalité juridique, relève de la coopération conventionnelle, non de la coopération organique.

Elle semblerait correspondre à la situation colmarienne, mais se heurterait au refus des Hôpitaux civils de Colmar de voir un médecin assurer le rôle de coordonnateur en l'espèce. La différence de technicité des deux services de cardiologie rendrait en effet inéluctable la désignation à cette fonction d'un cardiologue de la Clinique Saint-Joseph auquel seraient subordonnés les cardiologues de l'hôpital public.

b) L'établissement public de santé interhospitalier.

L'opportunité de cette nouvelle structure a fait l'objet de controverses dans les milieux professionnels et parlementaires, le syndicat interhospitalier se voyant reconnaître l'accès aux missions de soins.

Un établissement public de santé interhospitalier a pour vocation le regroupement des activités de soins d'au moins deux établissements publics de santé en exerçant une partie de leurs missions de diagnostic, de veille sanitaire, de prévention, d'éducation et de soins qui lui seront transférées par ses adhérents.

Doté de la personnalité juridique, il est géré par un conseil d'administration dont la composition s'apparente à celle des conseils d'administration de centres hospitaliers intercommunaux et interdépartementaux. Il représente incontestablement une étape vers la fusion d'établissements.



Le Parlement a profité du débat sur la couverture maladie universelle pour élargir une nouvelle fois les dispositifs juridiques de coopération et inciter davantage les acteurs de santé à réaliser des complémentarités, indépendamment de leur statut. Il est encore trop tôt pour évaluer l'impact de ces dispositions, d'autant plus qu'elles suscitent des interrogations, par exemple sur l'intérêt des établissements publics de santé interhospitaliers. Ceux-ci peuvent paraître superflus en raison de l'existence des syndicats interhospitaliers et des missions qui leur sont dévolues. Une autre articulation entre ces deux structures aurait pu être retenue : par exemple, l'établissement public de santé interhospitalier aurait eu pour vocation la coopération en matière de soins pendant que les syndicats interhospitaliers, avec le statut de simples établissements publics, se seraient vu confier des coopérations logistiques.

Cependant, si étendu que soit l'arsenal juridique mis à la disposition des acteurs, leur volonté restera l'élément déterminant d'une complémentarité réussie.

D. LES POSITIONS DES ACTEURS EN PRESENCE SUR LE PRINCIPE ET LES CONDITIONS DE LA COOPERATION.

Le cas étudié dans le présent document s'inscrit dans un mouvement général. Confirmations de rapprochements entre établissements et projets de coopérations connaissent un essor depuis l'entrée en vigueur des dispositions des ordonnances du 24 avril 1996. En mars 1997, la Fédération française intersyndicale des établissements d'hospitalisation privée dénombreait soixante-neuf projets de coopération regroupant des établissements publics et privés.

Toutes les régions françaises sont touchées par cet élan, la coopération hospitalière constituant la première des priorités pour les agences régionales de l'hospitalisation.

1. Les établissements concernés par le projet de convention.

a) La position du service de cardiologie des Hôpitaux civils de Colmar.

(1) Vis-à-vis de la Clinique Saint-Joseph.

Celle-ci fait depuis vingt-cinq ans de la cardiologie lourde, notamment de l'angiographie, un secteur de pointe. Le praticien à l'origine de ce choix est le Dr MONNASSIER, actuellement en charge de la cardiologie interventionnelle au Centre hospitalier de Mulhouse après avoir exercé au sein de la Clinique Saint-Joseph.

La qualité des prestations de cardiologie offertes par la clinique est généralement reconnue, notamment par le service des urgences des Hôpitaux civils de Colmar dont le chef de service souhaite pouvoir envoyer à la Clinique Saint-Joseph pour examens les patients atteints d'infarctus du myocarde. La coopération entre les cardiologues des deux établissements colmariens est actuellement difficile en raison d'une situation ancienne de concurrence entre eux et des interrogations des acteurs au sujet des motivations de leurs collègues de l'autre établissement. La coopération entre les deux directions pourrait aussi être approfondie.

En outre, le directeur de la clinique se montrerait lui aussi peu enclin à ne pas faire valoir l'avance de son établissement dans la spécialité médicale en cause.

La crainte des cardiologues des Hôpitaux civils de Colmar est de voir confiner, en cas de concrétisation du projet de convention, la cardiologie de cet établissement aux tâches les moins « nobles » de cette discipline et à la prise en charge de patients pour la plupart âgés et atteints de polyopathologies, alors que la Clinique Saint-Joseph se réserverait les traitements les plus prestigieux. Le risque semble d'autant plus sérieux que le schéma régional d'organisation sanitaire ne permet pas aux Hôpitaux civils de Colmar de disposer d'un service d'angioplastie en raison de l'offre déjà disponible dans le secteur sanitaire.

(2) Sur le principe même d'une coopération.

Les cardiologues des Hôpitaux civils de Colmar admettent que le contexte économique actuel et la situation de l'offre de soins dans la zone géographique concernée ne permettent pas un maintien du *statu quo*. Ils sont d'ailleurs conscients que les critères dégagés par le schéma régional d'organisation sanitaire imposent une réorganisation de la cardiologie du secteur sanitaire.

Ils souhaitent poursuivre la coopération avec le Centre hospitalier de Mulhouse, compte tenu des résultats satisfaisants de la convention conclue avec cet hôpital en 1994 pour la prise en charge de certains patients, mais reconnaissent que l'éloignement géographique (une quarantaine de kilomètre) constitue un obstacle à une organisation limitée à cette seule coopération alors que la Clinique Saint-Joseph est équipée pour l'angioplastie et que sa compétence est incontestée, notamment par les urgentistes des Hôpitaux civils de Colmar.

Ils souhaitent par contre que la direction des Hôpitaux civils veille, lors de l'élaboration de la convention avec le Groupe hospitalier privé du Centre Alsace, à ne pas cantonner le service de cardiologie des Hôpitaux civils de Colmar aux activités les moins considérées de cette discipline.

Ils contestent, comme les responsables de Service d'information médicale, la seule utilisation des groupes homogènes de malades pour évaluer l'activité en cardiologie des Hôpitaux civils de Colmar. Le recours à cet instrument comme outil de description médicale d'une activité alors qu'il a été créé pour décrire des prises en charge médico-économiques aboutirait à sous-estimer les résultats réels dans leur discipline. On risque en effet de ne considérer comme relevant d'une pathologie cardiaque que les seuls patients ne présentant pas d'autres pathologies concomitantes, notamment chirurgicales. Ceci désavantagerait d'autant plus les Hôpitaux civils de Colmar qu'il s'agit d'un établissement aux disciplines multiples, dans lequel la proportion de multi-séjours est importante.

Le risque actuel pour l'équipe de cardiologues des Hôpitaux civils de Colmar est en effet de voir la Clinique Saint-Joseph se réserver la coronographie et l'hémodynamique. La contrepartie pour mettre en place une coopération équilibrée consisterait à attribuer l'hôpital public la cardiologie non invasive avec l'imagerie à rayonnement magnétique cardiologique et les isotopes.

(3) La position de la direction des Hôpitaux civils de Colmar.

(a) Les objectifs fixés dans le cadre d'une coopération dont la nécessité n'est pas contestée.

La direction reconnaît la nécessité d'une complémentarité avec le Groupe d'hospitalisation privée du Centre Alsace et souhaite une délimitation de pôles d'excellence dans chaque établissement. La Clinique Saint-Joseph continuerait à pratiquer coronarographies et angioplasties, à charge de former deux cardiologues des Hôpitaux civils de Colmar qui interviendraient dans ses locaux. Cette solution conduirait les Hôpitaux civils de Colmar à adresser à la clinique des patients envoyés actuellement sur Mulhouse dans la cadre d'une convention conclue en 1994 avec cet établissement.

S'agissant de la prise en charge des angioplasties aiguës, la direction préconise l'organisation d'une garde départementale entre les établissements participant au service public hospitalier. Des cardiologues de l'hôpital pourraient y être associés une fois formés à cette technique. Le caractère départemental de la coopération paraît indispensable en raison de l'absence de service de chirurgie cardiaque dans le secteur sanitaire III, seul Mulhouse disposant d'un tel service dans le Haut-Rhin.

Le Groupe d'hospitalisation privée du Centre Alsace souhaite la constitution d'une équipe unique encadrée par un coordonnateur qui aurait le statut d'un chef de service. Les Hôpitaux civils de Colmar s'y opposent, une collaboration entre les deux établissements pouvant être mise en place sans cela. Ils invoquent le fait que le partage de compétences et d'équipements entre deux institutions n'implique pas une fusion des équipes concernées. La volonté d'écarter la constitution d'une équipe unique qui ne pourrait être dirigée que par un praticien de la Clinique Saint-Joseph et de maintenir l'autonomie des cardiologues des Hôpitaux civils de Colmar est patente.

S'agissant de la communauté d'établissements en centre Alsace à laquelle le Groupe hospitalier privé du Centre Alsace est convié à adhérer, les Hôpitaux civils de Colmar privilégient la signature d'une convention, alors que le Groupe d'hospitalisation privée du Centre Alsace préférerait la constitution d'un syndicat interhospitalier. Les Hôpitaux civils de Colmar s'appuient sur la préférence majoritaire des établissements concernés pour une convention pour rejeter cette proposition.

La reconnaissance du Groupe hospitalier privé du Centre Alsace en tant que pôle d'excellence hémodynamique ne fait pas l'objet de difficultés. Par contre, cette concession, ressentie comme majeure par les Hôpitaux civils de Colmar, devrait donner lieu à une contrepartie de la part de l'établissement privé, présentée comme un préalable incontournable. Ainsi les Hôpitaux civils de Colmar pourraient-ils être reconnus comme référents pour les explorations non invasives, la cardiologie pédiatrique et les prises en charge multidisciplinaires (endocrinologie, neurologie, néphrologie notamment).

Le travail en commun avec l'équipe médicale du groupe privé ne doit pas porter préjudice à la collaboration déjà effective avec le Centre hospitalier de Mulhouse, dont le service de chirurgie cardiaque est indispensable à certains des patients traités aux Hôpitaux civils. La volonté de ne pas porter préjudice à cette coopération explique le souhait des Hôpitaux civils de mettre en place directement une garde commune d'angioplastie à l'échelle départementale, et non à celle du secteur préalablement, contrairement à la préférence manifestée par le Groupe hospitalier privé du Centre Alsace.

(b) Les mesures internes destinées à préparer la complémentarité à venir avec le Groupe hospitalier privé du Centre Alsace.

(i) La sensibilisation des acteurs intervenant dans le secteur cardiovasculaire et l'organisation interne de leur coopération.

La direction des Hôpitaux civils de Colmar a conscience de la nécessité de restructurer les activités de l'hôpital dans l'ensemble des disciplines cardio-vasculaires pour renforcer la cohésion entre les services concernés et améliorer l'offre de soins.

A cette fin, et dans le but d'associer l'ensemble des acteurs concernés, des négociations ont associé la direction du développement et de la qualité et les responsables de ces services avant la mise en place, au sein de l'établissement, d'une structure permanente de coopération pour les pathologies concernées par le biais d'une charte. Une filière cardio-vasculaire a donc été instaurée en 1997 à l'initiative de l'administration. Elle regroupe principalement les services de cardiologie, de chirurgie vasculaire, de réanimation médicale, de diabétologie, d'hématologie hémostase, d'explorations fonctionnelles du système nerveux et le laboratoire d'explorations cardio-vasculaires.

(ii) Les fonctions de la filière cardio-vasculaire.

Son but est la définition de stratégies communes à l'ensemble des acteurs de l'hôpital dont les activités ont un lien avec la cardiologie. Elle doit constituer une force de propositions dans le but de renforcer cette discipline.

Ses travaux ont permis de dresser une évaluation en ce domaine et de préconiser des remèdes. Ainsi l'actuelle unité de soins intensifs en cardiologie (USIC) des Hôpitaux civils de Colmar, dont les locaux qui l'abritent ne répondent pas aux normes recommandées par la Société française de cardiologie, devrait-elle être prochainement rapprochée géographiquement du service de réanimation médicale pour améliorer la prise en charge des cas lourds. Les membres de la filière ont regretté récemment une présence jugée

insuffisante des cardiologues dans le service de soins intensifs, de même que leur inexpérience s'agissant des coronarographies et des angioplasties.

Ils insistent aussi sur la nécessité d'organiser une garde de cardiologues sur place pour permettre aux Hôpitaux civils de disposer effectivement d'une unité de soins intensifs et soulignent l'insuffisance de simples astreintes pour atteindre ce but.

La collaboration avec le Centre hospitalier de Mulhouse pour la prise en charge des malades nécessitant une procédure interventionnelle ou un geste de chirurgie cardiaque devrait aussi être améliorée par l'organisation de réunions hebdomadaires avec les équipes cardiologiques et de chirurgie cardiaque de Mulhouse.

Toutes ces propositions visent à renforcer la position des Hôpitaux civils de Colmar face aux autres établissements dynamiques en cardiologie.

(4) Les enjeux.

Les activités que souhaite se réserver la Clinique Saint-Joseph sont celles qui rapportent le plus en termes d'indices synthétiques d'activité. Or, une USIC n'est nécessaire que pour environ 5 à 10% des infarctus, et la cardiologie coronarienne représente seulement 20% des activités de l'ensemble de la cardiologie.

Les activités qui resteraient aux Hôpitaux civils de Colmar rapporteraient peu de points ISA à l'établissement.

A terme, c'est l'avenir de son service de cardiologie qui pourrait être en cause.

La clarification de la situation et l'adaptation du service de cardiologie des Hôpitaux civils de Colmar permettront de décider en définitive si l'hôpital possède réellement une USIC. Celle-ci impliquerait la présence d'un senior sur place 24 heures sur 24, ce qui paraît faisable pour un service doté de 5 seniors. La mise sur pied d'une astreinte alternée avec la Clinique Saint-Joseph, comme le souhaite la direction des Hôpitaux civils de Colmar, devrait lever toute difficulté dans ce domaine.

Dans l'hypothèse où ceux-ci ne pourraient pas participer aux astreintes départementales à venir entre les Centre hospitalier de Mulhouse et le Groupe hospitalier privé du Centre Alsace, le service de cardiologie des Hôpitaux civils risquerait de devenir un service de médecine à orientation cardiologique et l'ensemble des activités de la filière cardiovasculaire seraient remises en cause.

Une collaboration équilibrée représente donc un enjeu majeur pour les Hôpitaux civils de Colmar, non dotés d'un service de cardiologie interventionnelle à la différence de leur concurrent direct qui a fait de cette discipline un de ses secteurs de pointe.

La participation du Groupe hospitalier privé du Centre Alsace à des urgences communes représente aussi dans ce contexte un enjeu important. Aussi un groupe de travail devrait-il

être constitué pour régler cette question, au niveau du secteur comme à celui du département.

b) La position du Groupe d'hospitalisation privée du Centre Alsace.

(1) Une forte activité en cardiologie interventionnelle.

Le directeur de ces trois établissements, qui se sont regroupés contrebalancer le poids de l'hôpital public, estime qu'il faut éviter des doublons dans le même secteur sanitaire, *a fortiori* dans la même localité.

La réduction du nombre des lits d'USIC de la Clinique Saint-Joseph, actuellement de douze pour les lits en activité (mais d'une capacité totale réelle de quatorze lits), est pour lui inenvisageable. Or, les orientations du SROS de deuxième génération retiennent un nombre total de quatorze lits d'USIC pour l'ensemble du secteur sanitaire. Dans ces conditions, les Hôpitaux civils de Colmar peuvent difficilement se voir autorisés à disposer de tels lits, d'autant plus que le contexte régional a conduit l'Agence régionale de l'hospitalisation à réduire de moitié le nombre de lits d'USIC dans le secteur IV. Les Hôpitaux civils de Colmar ont d'ailleurs déjà un service de réanimation qui leur permet de prendre en charge des urgences cardiologiques, sauf en cas d'indications d'angioplastie.

Les activités de la Clinique Saint-Joseph dans domaine de la cardiologie interventionnelle, pratiquées en conformité avec les recommandations de la Société française de cardiologie, sont en moyenne les suivantes :

- Nombre d'angioplasties : 450 à 500
- Nombre de coronarographies : 1 200

Sa prépondérance sur le secteur dans ce domaine n'est d'ailleurs pas contestée par les Hôpitaux civils de Colmar, qui l'ont admise par écrit. La conséquence logique à en tirer est le transfert des cas du secteur sanitaire nécessitant une angioplastie ou une coronarographie aiguë sur le site de la Clinique Saint-Joseph.

Cette dernière accepte le principe de la réalisation des coronarographies réglées par des cardiologues d'autres établissements qui seraient formés par ses propres cardiologues, lesquels seraient prêts notamment à initier aux techniques de cardiologie interventionnelle des praticiens des Hôpitaux civils de Colmar.

Le directeur du Groupe hospitalier privé du Centre Alsace envisage d'organiser des astreintes communes avec le Centre hospitalier de Mulhouse pour les angioplasties et les coronarographies.

La cardiologie devrait s'organiser sur deux niveaux : d'abord à celui du secteur sanitaire, puis au niveau départemental en liaison avec Mulhouse.

Un échange des praticiens entre les deux établissements colmariens est concevable, chacun intervenant dans cette hypothèse dans les locaux de l'hôpital et de la clinique.

(2) Les priorités de la direction du Groupe hospitalier privé du Centre Alsace.

La clinique insiste sur la logique de proximité : elle préfère maintenir sur Colmar les patients qui en sont issus, pour des raisons de commodité notamment s'agissant des contacts avec les familles, plutôt que de toujours assister au transfert vers le Centre hospitalier de Mulhouse de malades qui ne peuvent être traités par les Hôpitaux civils de Colmar. Cette attitude est ressentie comme "inamicale" par les responsables du Groupe d'hospitalisation privée du Centre Alsace. Des malades seraient d'ailleurs transférés en dehors de la Clinique Saint-Joseph malgré leur volonté contraire ; des reproches de même nature sont formulés par les praticiens des Hôpitaux civils de Colmar, ce qui souligne le contexte encore délicat dans lequel s'inscrit la démarche de rapprochement et la durée – supérieure à dix ans – pour la mener à bien.

Le poste supplémentaire de praticien hospitalier prévu par la tutelle en cas de conclusion d'une convention entre les deux établissements devrait, de l'avis du directeur du Groupe hospitalier privé du Centre Alsace, revenir à la clinique, qui aurait besoin d'un hémodynamicien supplémentaire, et non aux Hôpitaux civils de Colmar.

Il souhaite la mise en place à Colmar de deux services de cardiologie, l'un à vocation massive et interventionnelle (celui des cliniques), l'autre à vocation cardiologique plus classique. Il estime que cet objectif ne condamnerait pas à terme la cardiologie de l'hôpital à devenir seulement un service de médecine à orientation cardiologique. Il affirme tenir aussi à éviter une concurrence dans le recrutement des médecins.

Le Groupe hospitalier privé du Centre Alsace souhaite que la question de l'acquisition d'équipements en commun avec l'hôpital public fasse l'objet de clauses particulières dans la convention cadre, qui serait ensuite complétée par une ou plusieurs conventions de co-utilisation.

Il veut aussi être intégré à l'organisation des urgences coronariennes dans le cadre du secteur sanitaire, en collaboration avec les services d'accueil des urgences (SAU) et les unités pour l'accueil, le traitement, et l'orientation des urgences (UPATOU). Il accepte le principe d'une formalisation des urgences prises en charge par le service mobile d'urgence et de réanimation des Hôpitaux civils de Colmar (SMUR), avec lequel une collaboration

existe déjà *de facto*. Il pense que la répartition des urgences entre les deux établissements de Colmar devrait être réglée par le chef du service de cardiologie qu'il souhaite voir institué dans le cadre de leur future coopération en cardiologie.

Il estime par contre que la question des effectifs des deux équipes médicales relève de la compétence de chaque établissement, en liaison avec les autorités de tutelle, et qu'elle n'a pas à entrer dans le cadre du projet de convention.

Le directeur du Groupe hospitalier privilégie la logique de secteur avant la logique départementale pour l'organisation de la cardiologie, alors que les Hôpitaux civils de Colmar souhaitent que la rationalisation à ces deux niveaux soit menée de concert.



2. La position des services de l'Etat.

a) Les objectifs de l'Agence régionale pour l'hospitalisation d'Alsace.

(1) Sa position initiale.

A la suite d'une intervention des Hôpitaux civils de Colmar visant à obtenir la création d'un quatrième poste de praticien hospitalier, l'Agence régionale a donné son accord à la création d'un poste d'assistant spécialiste pour réduire les délais d'attente pour des actes diagnostics courants et développer les techniques non invasives.

Elle tient par contre à ce que les questions relatives à l'offre de soins en matière de réanimation cardiologique, d'hémodynamique et de cardiologie interventionnelle soient réglées dans le cadre du schéma régional d'organisation sanitaire "compte tenu des complémentarités à définir dans le secteur sanitaire III", ce qui revient à conditionner la création d'un poste de praticien hospitalier à la signature d'une convention entre les deux établissements colmariens (lettre du 13 juin 1997 aux Hôpitaux civils de Colmar).

(2) Les évolutions récentes de la tutelle.

L'analyse de l'existant par l'Agence régionale de l'hospitalisation et les propositions qu'elle formule sont exposées dans la première partie du document⁴.

b) La position du Service médical régional.

⁴ Cf. *supra* pages 24-30.

La Caisse régionale d'assurance maladie (CRAM) a mené en 1996/1997 une étude sur l'offre de soins en cardiologie. Il ressort de ses travaux que le taux de mortalité dépasse de 20 à 25% la moyenne nationale, ce qui situe l'Alsace juste derrière le Nord/Pas-de-Calais.

L'offre de soins est optimale en matière de soins intensifs (1 lit d'USIC pour 25 000 habitants), mais sa répartition est inégale (nombreux lits d'USIC dans le quatrième secteur sanitaire) et disparate (une même dénomination recouvre des structures diverses ; les équipements, prestations et personnels diffèrent).

A la suite de ce constat, le schéma régional d'organisation sanitaire prévoit de ramener à quatorze le nombre des lits d'USIC du quatrième secteur sanitaire, soit une réduction de 50%.

Dans le Bas-Rhin, la limite maximale de 60 minutes recommandée par la Société française de cardiologie conduit à laisser une unité d'urgences cardiologiques à l'hôpital de Saverne.

Par sécurité, une USIC doit avoir une activité annuelle égale à au moins 100 infarctus. Pour des raisons de coûts et de moyens, il ne peut être envisagé de créer de nouvelles unités lourdes de type USIC dans la région.

La présence de deux USIC à Colmar serait envisageable en théorie, mais paraît irréaliste en pratique en raison des coûts induits.

La dénomination de "centre de niveau A" retenue dans le schéma régional d'organisation sanitaire pourrait permettre de faciliter un accord, aucun des deux établissements colmariens ne se trouvant ainsi placé dans une situation d'infériorité.

Le schéma régional a pour objectif une amélioration globale de la situation en matière d'affections cardiaques. L'accent y est mis sur le pré-hospitalier, afin d'harmoniser les actions des généralistes, des SMUR et SAMU, des pompiers et des urgences et de mettre en place des filières rapides. Des protocoles seront établis à cet effet. La prévention secondaire devra aussi être développée, pour diminuer le nombre de récidives ; dans cette optique, l'hôpital aura un rôle de formation du malade à assurer. Cette orientation appelle une formation des praticiens dans le cadre de réseaux ville/hôpital et une évaluation de leurs activités au moyen de cahiers de suivi.

Dans le Bas-Rhin, le CMCO et l'Hôpital de HautePierre à Strasbourg ainsi que l'Hôpital de Haguenau ont chacun une USIC, mais leurs cardiologues se déplacent sur les différents sites dans le cadre d'astreintes communes effectives depuis le 5 juillet 1999, ce qui réduit la charge des astreintes pour chaque praticien. Ainsi un "Collège du Bas-Rhin" a-t-il été créé,

avec l'encouragement de l'Agence régionale de l'hospitalisation ; nous examinerons cette structure plus en détail *infra* comme un élément de référence pour le Haut-Rhin.

3. Le service de cardiologie du Centre hospitalier de Mulhouse : un partenaire indispensable pour les établissements colmariens.

La cardiologie interventionnelle est l'une des activités de pointe de cet hôpital, situé lui aussi dans le Haut-Rhin et dont l'importance est équivalente à celle des Hôpitaux civils de Colmar (1 700 lits).

Cette unité fonctionnelle est dirigée par le Dr MONASSIER qui, préalablement à sa nomination à Mulhouse, exerçait ses activités de cardiologue à la Clinique Saint-Joseph de Colmar, où il a développé la cardiologie interventionnelle contribuant ainsi à donner une avance notable à cet établissement sur le site colmarien.

Une convention unissait d'ailleurs les deux établissements, aux termes de laquelle le Centre hospitalier de Mulhouse pratiquait les angioplasties, la Société française de cardiologie recommandant jusqu'au début des années 90 la présence d'un service de chirurgie cardiaque à proximité lors du recours à ce type d'intervention. Les deux établissements ont conservé des relations d'assistance pour la cardiologie interventionnelle. En outre, le Centre hospitalier de Mulhouse étant le seul établissement du département à disposer d'un service de chirurgie cardiaque, les patients cardiaques du Groupe hospitalier privé du Centre Alsace nécessitant une intervention chirurgicale sont adressés dans cet établissement. Une collaboration de fait existe entre les deux établissements.

Les responsables de la cardiologie du Centre hospitalier de Mulhouse sont convaincus de la nécessité d'une collaboration à l'échelle du département, dans l'intérêt des patients. Le Haut-Rhin est pilote en matière d'infarctus aigus. Le nombre d'angioplasties en phase aiguë augmente depuis 1981, alors que le taux de mortalité hospitalière a diminué de 5%. Ces performances peuvent être améliorées. Les propositions de formalisation de partage des astreintes dans le domaine de la cardiologie interventionnelle ne peuvent que recevoir un accueil favorable de la part des cardiologues mulhousiens.

Le Centre hospitalier de Mulhouse a d'ailleurs passé une convention avec la clinique Saint-Sauveur, située dans la même agglomération. Aux termes de cet accord, un praticien de la clinique effectue des angioplasties coronaires au centre hospitalier en dehors des urgences dans le cadre d'un programme fixé d'un commun accord entre les établissements. Attaché au centre hospitalier par une vacation, il est soumis à des astreintes.



E. LES DEVELOPPEMENTS RECENTS AU SEIN DES HOPITAUX CIVILS DE COLMAR.

1. La sensibilisation des acteurs.

Le directeur des Hôpitaux civils de Colmar tient régulièrement des réunions pour sensibiliser les cardiologues aux enjeux de la coopération pour l'avenir du service de cardiologie dans le contexte actuel des politiques de santé publique et insister notamment sur la nécessité pour les Hôpitaux civils de participer aux urgences cardiologiques afin de préserver la crédibilité de l'hôpital dans cette spécialité, alors qu'il se trouve en situation d'infériorité depuis deux décennies par rapport au groupe des cliniques de la ville. L'un des points les plus délicats des négociations porte sur les conditions nécessaires pour permettre à l'hôpital public de participer conjointement avec la clinique aux gardes et aux urgences sur les deux sites colmariens.

Cette participation permettrait de donner un caractère équilibré aux négociations menées avec le Groupe hospitalier privé du Centre Alsace. Elle est aussi essentielle aux yeux du président de la commission médicale d'établissement comme à l'ensemble de la communauté médicale. Tous soulignent le besoin de faire preuve de dynamisme face à celui de l'équipe de la Clinique Saint-Joseph. Le recrutement d'un assistant est une option préconisée à cet effet.

La reconnaissance par l'Agence régionale de l'hospitalisation de l'existence de sites dits "de niveau A", qui ne sont pas obligatoirement dotés d'une USIC, apparaît comme une ouverture. Mais la nécessité de la présence d'une USIC au sein des Hôpitaux civils de Colmar n'est pas contestée, notamment pour assurer les urgences cardiologiques internes.

Les objections avancées par le chef de service de cardiologie à propos des contraintes inhérentes à l'organisation de gardes impliquant la présence d'un cardiologue 24 heures sur 24 dans une unité de soins intensifs cardiologiques ont conduit la direction à demander à l'intéressé de formuler des propositions de réorganisation des activités entre l'ensemble des membres de son service de manière à ce que les seniors satisfassent à cette exigence. Ces praticiens viennent de se déclarer prêts à assurer de telles gardes.

Le simple maintien de la collaboration avec la cardiologie interventionnelle du Centre hospitalier de Mulhouse ne saurait suffire à justifier le maintien du *statu quo*, aussi satisfaisante soit-elle, en raison des coûts induits par le transfert de patients de Colmar à Mulhouse.

2. La coopération avec le Groupe hospitalier privé du Centre Alsace s'inscrirait dans le cadre de la politique globale de l'établissement et compléterait les dispositifs déjà en place dans d'autres domaines au niveau du secteur sanitaire.

Des complémentarités ont récemment été mises en place dans le troisième secteur sanitaire alsacien dans l'esprit des ordonnances du 24 avril 1996. Les Hôpitaux civils de Colmar y jouent un rôle moteur compte tenu de leur importance dans ce secteur.

a) Une rationalisation de l'offre de soins pour le court séjour.

Les Hôpitaux civils de Colmar, le Centre hospitalier de Rouffach et le Centre hospitalier de Sélestat ont fondé en 1998 une communauté dénommée "Communauté des établissements de court séjour du Centre Alsace".

Sa finalité est la définition d'une stratégie concertée entre ces trois établissements en vue d'adapter la prise en charge hospitalière à la demande en coordination avec le dispositif des établissements de soins de suite conformément au schéma régional d'organisation sanitaire.

Des objectifs opérationnels sont fixés par la charte constitutive de la communauté :

- La définition du rôle de chaque établissement adhérent dans la rationalisation des soins de court séjour.
- La mise en œuvre de complémentarités dans les domaines médical et logistique.
- La coordination des activités avec les membres de la communauté qui regroupe les établissements de moyen séjour situés dans le même secteur sanitaire.
- Le choix d'une réponse appropriée aux besoins de proximité.

La communauté est gérée par un conseil et un bureau. Le conseil émet des avis et établit un programme pluriannuel de priorités, actualisé chaque année, ainsi qu'un bilan annuel des actions de coopération. Ce programme et ce bilan sont présentés à la Conférence sanitaire du secteur.

Conformément aux dispositions de l'article L. 712-3-3 du code de la santé publique, la charte constitutive de la Communauté d'établissements de court séjour de Centre Alsace a reçu l'agrément du Directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation.

b) La Communauté d'établissements de santé du Centre Alsace Plaine-Vosges.

Cette structure est en cours de création en application des dispositions de l'ordonnance n° 96-346 du 24 août 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée imposant l'obligation aux établissements de santé d'adhérer dans les trois ans suivant sa promulgation à une telle communauté.

Cette démarche vise à compléter la coopération déjà en place pour le court séjour. Son but est de regrouper les établissements du secteur sanitaire confrontés aux problèmes causés par la prise en charge des soins de suite et/ou de réadaptation, notamment en ce qui concerne les handicapés et les personnes âgées. L'adhésion des Hôpitaux civils de Colmar apparaît primordiale compte tenu de la place occupée par cette problématique dans les activités de l'hôpital.

Huit hôpitaux locaux ont déjà fait connaître leur volonté d'intégrer cette structure ; onze autres établissements envisagent de la rejoindre.

On voit ainsi que la complémentarité est une problématique déjà largement prise en compte par les Hôpitaux civils de Colmar. Compléter les actions décrites *supra* apparaît indispensable, surtout pour une pathologie dont chacun s'accorde à reconnaître qu'elle constitue une priorité de santé publique en Alsace.



Cependant, les difficultés rencontrées pour concrétiser ces actions illustrent les obstacles qui résultent tant des insuffisances des dispositifs en vigueur que des facteurs spécifiquement locaux.



III. L'action envisagée se heurte à des obstacles classiques en matière de coopération hospitalière.

A. LA COOPERATION HOSPITALIERE SE HEURTE ENCORE A DES LIMITES.

Les évolutions survenues depuis l'entrée en vigueur de la loi du 31 décembre 1970 ont conduit à l'élaboration de premiers bilans sur l'efficacité et les insuffisances des modalités de la coopération.

Ainsi le rapport EVIN présenté dans le cadre des travaux préparatoires du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 établit-il un bilan quantitatif des coopérations organiques engagées et dégage-t-il leurs limites.

De son côté, le secrétariat d'Etat à la santé publique a publié en décembre 1998 un document intitulé "La recomposition hospitalière", qui recense les opérations de coopération récentes.

1. Les différentes formes de coopération présentent des inconvénients.

a) Les risques liés à certaines formes de coopération.

Le *groupement d'intérêt économique* comporte un risque majeur pour ses membres : la solidarité, susceptible de contraindre un seul participant à indemniser un créancier, quitte à se retourner éventuellement contre les autres membres du groupement. Celui-ci est par ailleurs exposé à une procédure en cas de cessation des paiements. Le régime juridique du groupement d'intérêt économique est encore incomplet : le Conseil d'Etat regrettait dans les réflexions sur la santé formulées dans son rapport public de 1998 l'absence d'intervention des dispositions réglementaires indispensables à la création d'une telle structure et expressément prévues par l'article L. 713-12 du code de la santé publique. Cette lacune rend plus difficile le recours à cette modalité de coopération.

Le *syndicat interhospitalier* se superpose aux établissements qui en sont membres, donnant ainsi naissance à un établissement public soumis aux règles du droit public.

L'autonomie de ses membres est de ce fait réduite. La création d'une telle structure, dont la demande doit émaner d'au moins deux établissements publics ou privés participant au service public hospitalier, est soumise à autorisation préfectorale. Le secrétaire général qui administre un syndicat est désigné par le ministre chargé de la santé.

La principale limite de cette modalité de coopération tient à l'obligation de ne regrouper que des établissements assurant le service public hospitalier.

S'agissant du *groupement d'intérêt public*, la prégnance du droit public se révèle dissuasive pour les établissements du secteur privé à but lucratif. Malgré des controverses sur la nature juridique de cette structure, le Conseil d'Etat semble la considérer comme "une nouvelle personne morale de droit public, distincte de l'établissement public" dans son étude sur les groupements d'intérêt public du 27 juin 1996.

Là aussi les éléments de puissance publique l'emportent sur ceux du droit privé (la comptabilité peut ainsi être de droit privée si tous les établissements participant au groupement ne sont pas des personnes de droit public). La convention constitutive doit être approuvée par l'autorité administrative et publiée au Journal officiel. Un commissaire du gouvernement assiste aux séances des instances et le groupement d'intérêt public est soumis au contrôle du juge des comptes.

Même une structure récente comme le *groupement de coopération sanitaire*, pourtant instaurée dans un contexte favorable aux procédures de complémentarités et de coopérations, ne semble pas rencontrer le succès escompté par ses initiateurs mais rester au contraire en deçà de certains espoirs. Cette modalité ne permettait pas en effet de mettre en commun des activités de soins – du moins jusqu'à l'intervention de la loi relative à la couverture maladie universelle - ni de réaliser des bénéfices – ce qui certes n'est pas l'objet du service public -, ni d'être employeur (puisque'elle exclut tout recrutement direct).

En outre, la puissance publique est prégnante sous ce régime. L'agence régionale de l'hospitalisation exerce une tutelle vigilante sur ces groupements : son directeur en approuve et publie la convention constitutive, alors que la personnalité morale est seulement conférée par cette publication. Les avenants à cette convention obéissent au même régime juridique. De plus, les instances du groupement de coopération sanitaire doivent transmettre annuellement un rapport d'activité au directeur de l'agence.

La nature juridique de cette structure est incertaine, ainsi que le régime des actes qu'elle est susceptible de passer. Le régime de la responsabilité résultant de son activité et la détermination de l'ordre de juridiction compétent ont aussi besoin d'être précisés.

Enfin, le groupement de coopération sanitaire ne résout pas le problème de la coopération entre institutions médico-sociales, puisque cette forme de coopération concerne des "établissements de santé" et que ces institutions constituent une catégorie différente (avis du Conseil d'Etat du 27 février 1997). La question de la collaboration du secteur médico-social avec les hôpitaux publics reste donc posée.

Cette limite vaut aussi pour les équipements lourds exploités par des structures libérales de groupes constituées par des médecins de ville, qui ne peuvent ainsi coopérer avec l'hôpital public que par le biais du groupement d'intérêt économique, dont on a rappelé *supra* que la solidarité en matière de responsabilité avait un effet dissuasif sur les acteurs susceptibles d'y recourir.

b) Les réticences des acteurs : l'exemple du groupement de coopération sanitaire.

La majorité des acteurs montre une préférence pour la formule contractuelle, pour différents motifs. Les espoirs nés de la création du groupement de coopération sanitaire n'ont pas été complètement concrétisés en raison des incertitudes que laissent subsister les textes, alors que les auteurs ont salué cette innovation du pouvoir réglementaire comme une avancée significative en matière de rapprochement d'établissements de santé de statuts différents.

La constitution d'une personne morale suscite la crainte des partenaires de perdre leur autonomie. Cette crainte a prévalu sur le dynamisme escompté en matière de collaboration entre secteurs public et privé. Ainsi les tentatives de mise en place de groupements de coopération sanitaire à Manosque, Carpentras et Dieppe ont-elles abouti à des résultats qui sont restés en deçà des espoirs initiaux.

Les incertitudes en matière de responsabilité contribuent à la déception relative qui a suivi l'introduction de cette modalité de coopération. Principes de responsabilité publique et de responsabilité privée interfèrent ici, à la confusion des partenaires potentiels. La détermination du tribunal devant être saisi dépendra en effet de la cause de la responsabilité considérée. La recherche de l'ordre de juridiction compétent aboutit à un allongement de la procédure et à un report de la décision de la juridiction amenée à se prononcer.

2. L'effet dissuasif des différences de statuts entre les établissements.

Le Conseil d'Etat a rendu ces dernières années des avis essentiels sur le régime juridique des formes de coopération.

Il a ainsi précisé, dans un avis du 1^{er} août 1995, que les hôpitaux publics ne sauraient participer à d'autres personnes morales que celles figurant dans la loi hospitalière de 1991. Leur participation à une association est subordonnée à l'interdiction de déléguer à celle-ci des missions essentielles du service public.

En outre, la nature juridique publique ou privée de l'établissement de santé influe sur le mode de coopération juridiquement autorisé. Par ailleurs, les missions de diagnostic, de

surveillance et de soins ne peuvent être dévolues à un groupement d'intérêt économique ou à un groupement d'intérêt public.

La prise en compte des différences statutaires entre personnels participant à une structure de coopération selon qu'ils sont employés par une personne morale de droit privé ou de droit public est un avantage du groupement de coopération sanitaire : les personnes mises à sa disposition restent en effet régies par leur contrat de travail, des conventions collectives ou leur statut. Cette structure reste cependant assez proche du groupement d'intérêt public en raison des contraintes de droit public auxquelles elle reste soumise.

S'agissant des réseaux de soins, l'obstacle provient souvent moins de l'objet de la collaboration ou du niveau technique requis pour la réaliser – qui pourrait parfois justifier une prise en charge exclusive par l'hôpital – que du statut de ce dernier.

Actuellement, un patient peut être entouré de personnels soignants régis par des régimes juridiques fort différents. Ainsi l'ordre de juridiction compétent varie-t-il selon le statut des agents en cause alors que les intéressés travaillent en commun.

a) Les effets des différences de statuts en matière de relations entre praticiens et patients.

La situation juridique du patient diffère selon l'établissement en cause : il est en effet usager du service public s'il est traité à l'hôpital public, alors qu'il est soumis à un régime contractuel dans le cas d'une hospitalisation dans un établissement privé participant au service public hospitalier ou dans une clinique à but lucratif.

Si cette différence n'influe pas sur le libre choix du médecin ni de l'établissement de soins, pas plus que sur les obligations des praticiens, il en va différemment en matière d'information sur les données médicales et la réparation de l'accident thérapeutique, domaines dans lesquels les obligations des établissements varient selon leur statut.

Cet état de fait apparaît choquant, alors que la coopération entre secteurs privé et public suppose l'intervention conjointe de praticiens de chaque secteur dans un même lieu.

(1) L'information du patient dans le cadre d'une coopération public-privé.

Chacun des deux ordres de juridiction impose des contraintes différentes en la matière, qui aboutissent à faire bénéficier l'usager d'une information plus ou moins étendue.

La plus étendue est accordée dans le cadre des cliniques privées à but lucratif. La Cour de cassation impose en effet au praticien depuis 1997 de fournir la preuve de l'information délivrée au malade. Cette preuve peut être apportée par tous moyens. De plus, le patient doit désormais être informé sur les moyens dont dispose l'établissement.

En comparaison, la juridiction administrative reste en retrait.

Cette différence n'est plus tenable dans le cadre d'un réseau réunissant des acteurs de santé publics et privés.

(2) La réparation de l'accident thérapeutique.

Les conditions de l'indemnisation varient selon l'établissement et le mode d'activité médicale. Jusqu'à l'intervention de l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, le régime de droit privé s'appliquait dans l'hôpital public à propos de l'activité libérale, des cliniques ouvertes et de l'exercice libéral dans un hôpital local.

Mais cette ordonnance développe l'accès de médecins libéraux et d'autres professionnels non hospitaliers au sein des établissements participant au service public hospitalier. Ainsi les anciennes cliniques ouvertes bénéficient-elles de l'accès au plateau technique.

Le groupement de coopération sanitaire a vocation à réunir dans une même structure des praticiens des deux secteurs. Or, paradoxalement, leur régime de responsabilité n'est pas le même. Le patient d'un hôpital public doit normalement prouver la faute médicale pour bénéficier d'une indemnisation, mais ce régime est en fait plus libéral qu'il ne paraît puisque la faute est parfois déduite des faits de la cause, par exemple pour les infections nosocomiales (C.E. *COHEN* 9 déc. 1998).

La Cour de cassation de son côté maintient son interprétation selon laquelle un praticien est soumis à une obligation de moyens, non de résultat.

Le montant des réparations diffère aussi selon le droit applicable : alors que le juge administratif globalise ce montant, le juge judiciaire s'y refuse. L'évaluation des préjudices n'est pas toujours identique non plus selon l'ordre de juridiction.

Enfin, le délai de prescription opposable à une demande de réparation varie aussi selon la juridiction compétente.



Le rapprochement de ces règles s'impose à terme pour remédier aux insuffisances résultant des différences statutaires. Les commissions de conciliation prévues par l'ordonnance, identiques quelles que soient les structures de soins, devront remédier aux inconvénients résultant de cette hétérogénéité juridique.

b) Les effets des différences de statuts entre personnels appelés à coopérer.

Les personnels sont un élément clé dans la réussite d'une opération de coopération, condamnée à disparaître sans leur participation. La gestion conjointe d'activités de soins et le partage d'un plateau technique amènent des agents des secteurs public et privé à travailler ensemble dans un même site ou sur deux sites alternativement. Or, l'ordonnance de 1996 ne mentionne pas les questions statutaires.

La question des différences existant en matière de statuts et de rémunérations et des freins supplémentaires qu'elles apportent à la mise en place de la coopération a été évoquée par mes interlocuteurs. Elle surgit de manière récurrente dans des opérations de ce type.

(1) Les effets des différences de régimes juridiques.

Les personnels des hôpitaux publics sont soumis à des statuts variés et complexes (particulièrement les médecins) alors que ceux des établissements privés sont régis par des conventions collectives, elles-mêmes distinctes selon les catégories d'établissements.

Les médecins libéraux peuvent être associés au service public hospitalier, notamment par recours aux dispositions relatives aux cliniques ouvertes qui permettent aux intéressés de conserver leur clientèle privée à l'intérieur de l'hôpital public tout en versant à celui-ci une redevance en échange des prestations mises à leur disposition.

A l'inverse, les praticiens hospitaliers peuvent aussi exercer hors de l'hôpital public. Ainsi un praticien à temps plein peut-il être mis à disposition ou détaché. Un médecin travaillant à temps partiel dispose de plus grandes facilités pour exercer dans un établissement privé.

(2) Les aménagements souhaitables.

Les règles statutaires sont en général mal connues des personnels hospitaliers qu'elles régissent.

Une convention créant une complémentarité entre établissements doit prévoir des modalités d'accueil des agents appelés à coopérer en identifiant l'origine publique ou privée des intéressés. Toute incertitude quant à leur régime nuit en effet au bon fonctionnement du service. Un guide établi au niveau national par les services du ministère de la santé pourrait rappeler les différents régimes applicables. Il faciliterait l'aboutissement des complémentarités en projet et serait de ce fait conforme aux orientations des pouvoirs publics.

D'autant plus que les complémentarités sont parfois indissociables de restructurations et, par conséquent, de la mobilité des personnels.

Une gestion régionale des agents nommés et affectés au plan national dans un hôpital public apporterait plus de souplesse dans leur gestion. En rapprochant les centres de décision des lieux d'exercice des activités des agents, elle faciliterait la prise en compte des réalités de terrain.



Jusqu'à présent, l'Etat a privilégié des formules de coopération qui laissent une part importante à la puissance publique. Cette importance explique en partie les réticences des établissements privés envers ces modalités, qui leur paraissent susceptibles de limiter leur autonomie.

Les règles juridiques, même les plus récentes, ne sont pas encore totalement satisfaisantes pour véritablement inciter les acteurs de santé à instaurer des structures de coopération.

Elles représentent cependant une avancée appréciable. Ainsi le groupement de coopération sanitaire, structure la plus récente, qui ne lie pas les parties contractantes de manière trop rigide puisqu'elles restent soumises à la convention constitutive, constitue-t-il une première étape vers une collaboration approfondie. Il permet à des établissements privés et publics de mener des projets communs tout en conservant leur identité professionnelle. Ce contrat présente l'avantage de pouvoir à terme être institutionnalisé, à la suite de la prise de conscience par les parties des avantages qu'il procure ; il acquiert alors un caractère irréversible.



La collaboration entre établissements de santé publics et privés soulève moins la question de la mise en commun des technicités médicales dont elle est l'objet que celle de la restructuration de l'offre de soins, laquelle trouve sa traduction dans les schémas régionaux d'organisation sanitaire.

Les divergences constatées entre les Hôpitaux civils de Colmar et le Groupe hospitalier privé du Centre Alsace à propos de la structure jugée par chacun d'entre eux la plus apte à instaurer une collaboration efficace entre leurs services de cardiologie soulignent la nécessité d'adapter la réglementation hospitalière pour trouver des supports juridiques qui fussent à la fois bien adaptés à la collaboration de personnels soumis à des statuts différents et conformes aux nouvelles règles, plus strictes qu'auparavant, applicables aux procédures d'autorisations.

B. LES FREINS RECURRENTS DANS LE TYPE D'OPERATION CONSIDEREE.

Les coopérations qui se mettent en place entre établissements sont longues à élaborer car elles remettent en cause une culture d'autonomie parfois séculaire.

Les acteurs peuvent avoir le sentiment qu'une telle entreprise aura seulement pour effet de porter atteinte à une situation stable entre les établissements et, de ce fait, qu'elles porteront préjudice à l'offre de soins, à l'inverse du but affiché.

Ils sont souvent soucieux de protéger leur autonomie, ce qui conduit au moins l'une des parties contractantes à écarter des modalités ressenties comme trop contraignantes. La divergence de vues en l'espèce entre le Groupe hospitalier privé du Centre Alsace d'une part, dont les responsables préconisent la constitution d'un syndicat hospitalier pour la communauté d'établissements à laquelle ils envisagent d'adhérer, et les Hôpitaux civils de Colmar d'autre part, qui veulent s'en tenir à une structure plus informelle et plus souple, illustre cette appréhension face à des initiatives d'établissements proches qui se ressentent avant tout comme des concurrents.

On retrouve ces réticences en matière de cardiologie, les Hôpitaux civils de Colmar souhaitant une coopération limitée à la formation de certains de leurs praticiens aux techniques de la cardiologie interventionnelle et à l'utilisation des équipements de la Clinique Saint-Joseph, avec le principe de l'intervention des cardiologues des deux établissements sur l'un ou l'autre site dans le cadre de gardes effectuées en alternance, alors que le Groupe hospitalier privé du Centre Alsace de son côté préconisait une intégration plus poussée des services avec un chef de service coordonnant l'ensemble.

Ceci fournit un exemple concret d'une circonspection dans le cas d'une coopération entre services inégaux, qui retarde la mise en œuvre de celle-ci.

Les volontés de principe, toutes favorables à l'action entreprise, s'émoussent avec le temps ; les travaux préparatoires à la concrétisation de cette action remontent à plus de dix ans et ne sont pas terminés.

Les établissements doivent régler l'ensemble des modalités de la coopération qu'ils veulent instituer, notamment dans le secteur logistique. Ainsi la question des acquisitions d'équipements en commun nécessite-t-elle des clauses particulières. Or, l'expérience montre qu'il n'est pas toujours aisé d'arriver à un accord dans ce domaine non plus.

Outre les difficultés inhérentes à la mise en place d'une procédure de coopération, la situation locale étudiée présente des difficultés particulières.

C. LES FACTEURS PROPRES AU TROISIEME SECTEUR SANITAIRE D'ALSACE.

1. Les difficultés liées à la situation respective des deux services de cardiologie.

a) Des services qui ne pratiquent pas le même type d'exams.

Les freins aux rapprochements prennent toujours un caractère particulier en fonction des contextes locaux. Le présent projet de convention ne déroge pas à la règle.

Les activités des deux services de cardiologie – celui de la Clinique Saint-Joseph et celui des Hôpitaux civils de Colmar – ne sont pas équivalentes, seule la clinique disposant d'une salle d'angiographie coronaire numérisée permettant la réalisation de toutes procédures diagnostiques et celle, dans des conditions de sécurité satisfaisantes, d'angioplasties coronaires et de coronarographies.

La formation des personnels médicaux en cause diffère aussi sensiblement. Les cardiologues de l'hôpital public ne pratiquent pas la cardiologie interventionnelle, à la différence de ceux de la clinique qui ont fait de cette spécialité dans les vingt dernières années un pôle d'excellence du Groupe hospitalier privé de Centre Alsace, reconnu par tous les acteurs régionaux ; leurs interventions dans les congrès de cardiologie et leurs publications dans les revues spécialisées prouvent que leur notoriété s'étend au-delà de leur zone d'activité.

L'équipe de cardiologie des Hôpitaux civils de Colmar pratique essentiellement des échographies cardio-vasculaires et des électroencéphalogrammes. En outre, elle prend en charge un nombre croissant de malades âgés atteints de polyopathologies.

b) L'absence de toute collaboration préalable entre les deux services rend plus difficile la formalisation de leur coopération.

Le plus souvent, les conventions de coopération formalisent seulement une synergie existant déjà entre deux services et reposant sur des relations humaines entre équipes médicales dont les compétences sont mutuellement reconnues. En l'espèce, la préparation de la convention précède la coopération pourtant indispensable entre les deux services de cardiologie. Une période d'acclimatation réciproque paraît inéluctable avant de pouvoir dresser une évaluation sérieuse de l'efficacité de la structure mise en place.

Le point de vue des deux établissements diffère sur la collaboration en cardiologie avec le Centre hospitalier de Mulhouse. Le Groupe hospitalier privé du Centre Alsace souhaite mettre en place avec cet établissement une garde commune d'angioplasties, à laquelle serait associée l'équipe des Hôpitaux civils de Colmar dans l'optique de la création du collège de cardiologie du Haut-Rhin envisagée par les deux établissements avec leur partenaire de Mulhouse. Il subordonne la réalisation d'une coopération départementale en matière d'astreintes à une harmonisation de l'offre de soins dans le quatrième secteur du département, ce qui revient *de facto* à repousser sensiblement cette coopération compte tenu de la situation de concurrence entre le Centre hospitalier de Mulhouse et la Clinique des diaconesses dans l'agglomération même de Mulhouse et de l'absence actuellement de perspectives d'entente entre ces deux établissements.

Les Hôpitaux civils de Colmar souhaitent pour leur part une mise en œuvre rapide d'une coordination départementale.

2. Les divergences sur la forme juridique d'une coopération efficace.

Le Groupe hospitalier privé du Centre Alsace préconise la constitution d'une équipe unique qui serait dirigée par un coordonnateur qui assumerait les fonctions d'un chef de service et assurerait les responsabilités afférentes.

L'une des tâches de l'intéressé serait la détermination des types d'urgences cardiologiques devant systématiquement être dirigées sur l'un des deux établissements adhérents à la convention.

L'enjeu de la coopération serait la constitution de cette équipe unique, dont la responsabilité ne pourrait qu'être confiée au chef du service de cardiologie de la Clinique Saint-Joseph.

Le Groupe hospitalier privé du Centre Alsace souhaite d'ailleurs que le projet de communauté d'établissements qui lui a été soumis par les Hôpitaux civils de Colmar comme modalité de coopération plus générale dans le secteur prenne la forme d'un syndicat interhospitalier. Ses responsables invoquent à l'appui de cette demande le fait que cette structure permettrait de disposer d'un cadre juridique plus élaboré que celui résultant de simples conventions et que l'existence d'un conseil d'administration constituerait un cadre idéal pour mener les discussions entre les établissements et leurs directions. La lourdeur de ce dispositif est présentée comme "prétendue" par la direction du Groupe hospitalier privé du Centre Alsace, et comme ne contrebalançant pas les avantages découlant pour chaque partie de la constitution d'un syndicat. Les Hôpitaux civils de Colmar préconisent une structure plus souple.

Ce débat sur le niveau de coopération souhaitable est récurrent entre des établissements longtemps en concurrence l'un avec les autres et devant initier une coopération.

D. LES NEGOCIATIONS EN COURS SONT EXEMPLAIRES DU ROLE D'UN DIRECTEUR D'HOPITAL EN MATIERE DE COMPLEMENTARITE ENTRE ETABLISSEMENTS.

Le rôle des directeurs est incontournable dans une procédure de coopération. En l'occurrence, les responsables des deux établissements concernés par le projet appartiennent tous deux au corps des directeurs d'hôpital.

Ils ont des obligations en matière de politique de santé publique et de stratégie susceptible de susciter l'adhésion de leurs personnels aux complémentarités inéluctables.

1. Les complémentarités sont un moyen pour les directeurs d'hôpital de tenir compte des impératifs de santé publique.

L'amélioration de l'offre de soins dans le secteur sanitaire dans lequel se trouve leur établissement, en conformité avec les priorités de santé publique définies par la Conférence régionale de santé et reprises par la tutelle, est l'une des fonctions essentielles assignées aux chefs d'établissement.

Les mauvais résultats de l'Alsace en matière de pathologies cardio-vasculaires ne sont contestées par aucun acteur. Le coût de cette situation est élevé ; celle-ci est loin d'être optimale, comme le prouvent les conventions conclues séparément avec le Centre hospitalier de Mulhouse, pourtant distant de plus de 40 kms des établissements colmariens. La concrétisation sur le terrain des actions privilégiées par le schéma régional d'organisation sanitaire relève de la compétence des chefs d'établissements, auxquels il incombe de restructurer leurs services en fonction des impératifs de santé publique et de leurs répercussions sur l'offre de soins. Les mesures intervenant dans ce cadre doivent être exposées dans le projet d'établissement qu'ils présentent à la tutelle, avant d'être précisées dans le contrat d'objectifs et de moyens.

Les chefs d'établissement doivent aussi défendre objectivement le rôle et la place de leur établissement compte tenu de l'évolution prévisible des besoins dans leur bassin de population. En l'occurrence, les besoins et la hausse prévisible du nombre de patients atteints d'affections cardiaques en raison du vieillissement continu de la population justifient la poursuite des activités des Hôpitaux civils de Colmar et du Groupe hospitalier privé du Centre Alsace dans cette discipline. La participation conjointe de leurs praticiens aux urgences cardiaques devrait être l'option retenue. Les Hôpitaux civils de Colmar ont intérêt à conserver un véritable service de cardiologie et à ne pas lui voir substitué un service de médecine à orientation cardiologique. Il ne s'agit pas seulement d'image de marque, mais de satisfaction des besoins sur le secteur. Les responsables des services regroupés dans la filière cardio-vasculaires des Hôpitaux civils de Colmar sont unanimes à affirmer la nécessité d'un service de cardiologie dans cet hôpital en raison du nombre croissant de patients atteints de polyopathologies dont l'état nécessite la présence de cardiologues en cas – fréquents – de complications cardiaques.

2. Les directeurs doivent concilier impulsion et communication avec le respect de l'autonomie des personnels concernés par la complémentarité.

La défense auprès de leur personnel médical des orientations retenues en matière de santé publique est aussi une tâche incombant aux chefs d'établissement, auxquels il

appartient de replacer la coopération dans un contexte plus global de priorités de santé publique et de faire ressortir à la fois l'utilité et les apports de la complémentarité pour l'hôpital.

La direction de la Clinique Saint-Joseph doit inciter ses cardiologues à collaborer avec leurs collègues de l'hôpital public, d'autant plus que les deux établissements participent au service public hospitalier. Le rôle du directeur des Hôpitaux civils de Colmar consiste à essayer de mettre en place un service de cardiologie dynamique et prêt à participer pleinement aux urgences, dont l'organisation devra être rationalisée au niveau du troisième secteur sanitaire d'abord, puis du département ensuite. Pour cela, la direction doit faciliter la mobilité des praticiens entre les établissements, les praticiens hospitaliers de l'hôpital pouvant se former aux angioplasties dans le cadre de la clinique (cf. la coopération entre le Centre hospitalier de Mulhouse et la Clinique Saint-Sauveur qui se déroule à la satisfaction générale). La solution optimale à moyen terme consisterait à mettre en place un système calqué sur le collège de cardiologie interventionnelle récemment instauré dans le Bas-Rhin. Ces options ont l'approbation de la direction des Hôpitaux civils de Colmar.

Ce rôle de force de conviction à jouer auprès des personnels concernés doit être contrebalancé par le souci de ne pas se substituer aux professionnels qui auront à mettre en pratique la collaboration en cardiologie, soit les membres des équipes médicales. C'est à ces derniers qu'est revenu le rôle principal dans toutes les complémentarités qui ont abouti favorablement. Ainsi l'initiative de la création du Collège de cardiologie interventionnelle du Bas-Rhin appartient-elle aux responsables des services de cardiologie des trois établissements publics de santé concernés (Hôpitaux universitaires de Strasbourg, Hôpital de Haguenau et CMCO de Strasbourg), qui ont conçu ce projet avant d'en saisir leurs directions respectives pour le concrétiser. Le même constat est fait dans tous les cas de ce type : ni les équipes de direction, ni les autorités de tutelle ne peuvent réaliser de complémentarités si les agents qui doivent assurer leur fonctionnement n'y adhèrent pleinement. Leur autonomie doit donc être respectée par leur directeur.

Plus généralement, la problématique en cause fait appel à l'aspect de prévision et de conception stratégique de la profession de directeur d'hôpital, loin des contingences quotidiennes de la gestion d'un établissement. Elle soulève la question de la mise en œuvre d'une politique de coopération prônée avec une insistance grandissante. Elle constitue un défi aux freins récurrents en matière de coopération.

Les évolutions réglementaires récentes en faveur du décloisonnement des structures hospitalières aboutissent à remettre en question les seules logiques d'établissements au

bénéfice de projets inter-établissements. Les directeurs joueront le rôle de force de proposition envers la tutelle comme de leurs équipes médicales.

Les structures de complémentarité, et particulièrement les communautés d'établissements, seront les instruments privilégiés de planification et de réorganisation sanitaires des années à venir. Aussi les directeurs d'hôpital doivent-ils prendre conscience de ces évolutions et susciter l'initiative des chefs de services médicaux.

Le cas de la cardiologie sur le secteur de Colmar a valeur d'exemple dans ce contexte. Il revient aux directeurs de mettre en place un cadre juridique à même de permettre aux deux équipes médicales de fonctionner efficacement.



IV. Des solutions susceptibles d'optimiser l'offre de soins.

La situation actuelle ne paraît pas pouvoir maintenue. La complémentarité entre deux établissements situés dans la même localité est en effet incontournable compte tenu du contexte actuel de la politique hospitalière. L'affectation des malades cardiaques dans l'un ou l'autre n'est pas optimale ; la volonté des intéressés n'est pas toujours prise en compte. En outre, les transferts des Hôpitaux civils de Colmar vers le Centre hospitalier de Mulhouse en cas de diagnostics d'angioplasties coronaires ou de coronarographies engendrent un coût non négligeable pour l'assurance maladie, alors que les intéressés pourraient être pris en charge à Colmar même par les hémodynamiciens de la Clinique Saint-Joseph.

Les responsables des deux établissements ont pris en compte cette nécessité, dans le contexte d'élaboration du schéma régional d'organisation sanitaire de deuxième génération en cardiologie. Ils ont entamé des négociations destinées à formaliser une coopération devenue indispensable.



A. LE CONTENU DU PROJET DE CONVENTION RELATIF A L'OFFRE DE SOINS SUR COLMAR.

1. Une collaboration prévue en plusieurs étapes afin d'en faciliter le succès.

Des projets successifs ont été élaborés par les deux établissements à la suite des demandes de chacun d'entre eux.

Le principe adopté d'un commun accord consiste à conclure en premier lieu une convention cadre avant de préciser les modalités de la coopération dans quatre domaines de soins cardiologiques au moyen d'autant de conventions spécifiques à ces domaines.

A plus long terme, et au vu des résultats de la coopération dans les domaines choisis par les deux partenaires, le projet de convention cadre prévoit une extension de la collaboration à l'ensemble de la filière cardio-vasculaire.

2. Le projet de convention cadre dans le domaine de la cardiologie.

Le projet arrêté au 6 mai 1999 est composé de cinq parties, relatives respectivement à un "schéma cible" pour l'organisation des soins cardiologiques, aux principes généraux du fonctionnement médical de la coopération, à ceux de son fonctionnement administratif, aux modalités du pilotage de la mise en œuvre de la convention cadre et, enfin, à la durée de celle-ci.

a) Le "schéma cible" pour l'organisation des soins cardiologiques.

(1) Les explorations cardiologiques non invasives.

La collaboration aurait lieu sur chacun des deux sites, mais avec un développement privilégié sur celui des Hôpitaux civils de Colmar afin d'assurer aux patients des deux établissements les mêmes explorations cardiologiques et les mêmes traitements. Les nouvelles technologies d'explorations non invasives devraient aussi être mises en œuvre sur le même site. Ces dispositions représenteraient une contrepartie de la part du Groupe hospitalier privé du Centre Alsace aux concessions faites en sa faveur par l'hôpital public en matière de cardiologie interventionnelle.

L'accès des cardiologues d'un site aux installations de l'autre site est expressément prévu.

Pour les Hôpitaux civils de Colmar, cet objectif implique un renforcement en effectifs de leur service de cardiologie, financé par un redéploiement interne.

Le même projet prévoit la mise en place d'un centre unique d'implantation de stimulateurs cardiaques réparti sur les deux sites et associant les deux équipes médicales.

Le même mode organisationnel est retenu pour les coronarographies, chaque établissement disposant d'un équipement d'angiographie numérisée vasculaire et souhaitant obtenir le renouvellement des autorisations afférentes.

Dans ces deux domaines, la définition des modalités de création de centres uniques répartis sur deux sites est laissée aux équipes médicales.

(2) Les angioplasties transluminales coronariennes.

Le cadre de la collaboration dans ce domaine est départemental, la collaboration entre les Hôpitaux civils de Colmar et le Groupe hospitalier privé du Centre Alsace ne pouvant être dissociée des accords conclus par chacun des deux séparément avec le Centre hospitalier de Mulhouse. Aussi la constitution d'un collège de cardiologie interventionnelle du Haut-Rhin est-elle prévue expressément par la convention avec, pour les angioplasties transluminales programmées, la définition par les médecins de critères pour la répartition des patients entre la Clinique Saint-Joseph de Colmar et le Centre hospitalier de Mulhouse en fonction de

l'éventuelle nécessité d'une couverture par le plateau technique de chirurgie cardiaque de ce dernier établissement.

Enfin, les Hôpitaux civils de Colmar tiennent à continuer à accueillir des urgences cardiaques externes. Ils ont obtenu une référence aux annexes du volet urgences figurant dans le schéma régional d'organisation sanitaire qui les autorise à mettre en œuvre pour le troisième secteur sanitaire une activité SMUR pour les urgences préhospitalières et SAU au sein de leur dispositif hospitalier. Les deux équipes médicales devront, là encore, convenir des modalités de prise en charge des urgences cardiaques.

b) Les principes généraux du fonctionnement médical.

Le déplacement du médecin doit primer sur celui du patient. Aussi le malade hospitalisé sera-t-il traité sur le site de son hospitalisation. Son information et le recueil de son consentement incombent au médecin prescripteur. Le médecin opérateur est responsable de la réalisation de l'acte et se conforme aux recommandations de la Société française de cardiologie.

Les médecins d'un établissement peuvent prendre part aux "staffs" hebdomadaires concernant les pathologies cardio-vasculaires mis en place dans l'autre établissement partie à la convention. Les actes programmés le seront chaque semaine.

L'institution dans laquelle est réalisée l'acte s'engage à respecter les normes de sécurité imposées par la réglementation, préconisées par la Société française de cardiologie ou figurant dans les référentiels de bonnes pratiques médicales. Un protocole sera élaboré pour chaque type d'acte et validé par l'ensemble des médecins. Tous ces éléments devront être en place dès le début de la complémentarité.

c) Les principes généraux du fonctionnement administratif.

Pour le PMSI, l'activité sera imputée à l'institution siège de la réalisation de l'acte ; le même établissement supportera le coût de l'acte.

Une évaluation aura lieu pour chaque type d'actes, afin d'en assurer la juste rémunération.

En matière de responsabilité, l'assurance de l'établissement dans lequel est effectué l'acte couvre le praticien indépendamment de l'établissement auquel il appartient.

d) Le suivi et l'évaluation de la coopération.

Un "Comité de pilotage médico-administratif est mis en place. L'une de ses missions consistera à "définir et compléter le système d'évaluation trimestrielle de la collaboration" entre les deux établissements. Il rédigera un rapport annuel pour faire le point sur la

coopération et proposer les évolutions souhaitables dans les douze prochains mois. Une synthèse sera présentée au Conseil de communauté du secteur sanitaire.

e) Les préalables conventionnels à la mise en place de la coopération.

Son application est subordonnée à la désignation des membres du comité de pilotage et à la détermination de la politique d'information relative au travail en commun des services de cardiologie. Ces deux points relèvent de la compétence des deux chefs d'établissement et feront l'objet d'un protocole.

B. DES STRUCTURES POUVANT SERVIR D'EXEMPLE A LA COOPERATION EN COURS.

1. L'exemple de la convention de coopération conclue entre le Centre hospitalier de Mulhouse et une clinique locale.

Le Centre hospitalier de Mulhouse a conclu une convention en janvier 1998 avec la Clinique Saint-Sauveur, située dans la même ville, en vue d'établir une collaboration entre ces deux établissements dans le domaine de la cardiologie interventionnelle.

Ceux-ci affichent leur volonté de développer leur coopération pour la mise en œuvre des explorations cardiaques invasives interventionnelles. Ils se réfèrent expressément au schéma régional d'organisation sanitaire dans la convention établie à cette fin. Ce document ouvre aux cardiologues de la clinique l'accès au plateau technique du centre hospitalier pour la réalisation des angioplasties de leurs patients.

Un praticien de la Clinique Saint-Sauveur pratique ses angioplasties coronaires, en dehors des urgences, selon un programme établi d'un commun accord entre les équipes des deux établissements. Ce médecin est attaché au centre hospitalier par une vacation, aux termes de laquelle il prend part aux astreintes organisées dans cet hôpital. Cette participation porte à trois le nombre de praticiens hospitaliers qui alternent pour effectuer ces astreintes.

La convention précise *les équipements accessibles* : salle d'angioplastie numérisée, contrepulsion par ballonnets intra-aortiques, salle de surveillance post-angioplastie. Elle fixe à une demi-journée la plage horaire hebdomadaire accordée aux médecins de la clinique. Elle met à la charge du Centre hospitalier de Mulhouse la maintenance des équipements. Cet établissement met aussi à la disposition des cardiologues de la clinique les manipulateurs de radiologie et les infirmiers nécessaires à leurs examens, en échange d'une compensation forfaitaire par la clinique des frais afférents à cette mise à disposition. L'utilisation des équipements du centre hospitalier par les équipes médicales habilitées de la clinique donne lieu à une redevance forfaitaire – égale à 680 F par angioplastie – acquittée par la clinique. Les actes médicaux accomplis par les membres de ces équipes relèvent de leur responsabilité. Les intéressés doivent d'ailleurs justifier d'une assurance en

responsabilité civile, incluant une couverture pénale, spécifique à la coopération entre les deux établissements.

En contrepartie de ces sommes, le Centre hospitalier de Mulhouse a l'obligation générale de fournir aux praticiens de la clinique tous les dispositifs médicaux susceptibles d'être utilisés au cours de leurs interventions.

Les différents *forfaits fixés par les parties contractantes* sont sujets à modification, par voie d'avenants à la convention, en cas de changement des conditions économiques d'achats, de variations des ratios de consommation ou encore de modification des rémunérations des agents mis à disposition des intervenants extérieurs.

Afin d'éviter toute contestation, un registre tenu par les deux établissements récapitule tous les actes et événements intervenus dans le cadre de la coopération ainsi mise en œuvre. L'organisation générale de cette dernière incombe au chef du service de radiologie cardio-vasculaire et au directeur du Centre hospitalier de Mulhouse.

Enfin, conformément aux impératifs actuels en matière d'efficacité des politiques publiques, *un comité médical* coordonné par le chef du service de radiologie cardio-vasculaire est chargé d'établir annuellement le bilan de l'application de la convention et d'évaluer sa mise en œuvre. Le constat de cette instance peut donner lieu, sur la base de ses propositions, à des modifications de la convention (conclue pour une durée d'un an et renouvelable tacitement). Chacune des deux parties contractantes peut la dénoncer, sous réserve d'un préavis de six mois. En outre, pour assurer la souplesse du dispositif ainsi mis en place, la convention peut être modifiée à tout moment par voie d'avenants.

2. Un exemple de convention réussie : le Centre bipolaire d'angiographies et d'angioplasties coronaires associant les services de cardiologie des Centres hospitaliers d'Aulnay-sous-bois (Seine-Saint-Denis) et de Gonesse (Val d'Oise).

a) Les fondements de la coopération.

Ces deux centres hospitaliers ont conclu en 1996 une convention dans le but d'associer leurs activités d'angiographies et d'angioplasties coronaires au sein d'un centre bipolaire unissant les deux établissements.

Leurs motivations reposaient sur la proximité géographique des deux localités, les facilités de communications routières les reliant et la densité de la zone d'activités industrielles et de services desservie par ces hôpitaux.

Chacun des deux centres disposait lors de la conclusion de la convention d'une salle d'angiographie coronaire numérisée de haute technologie. Leur coopération a été rendue

plus aisée par la présence dans l'un et l'autre des services de cardiologie de praticiens formés aux techniques des angioplasties et des coronarographies.

Leur activité était aussi suffisamment élevée : en moyenne annuelle 250 infarctus du myocarde et autant d'autres formes d'insuffisances coronaires aiguës. En 1995, ils ont pratiqué 533 coronarographies et 149 angioplasties coronaires. A la même époque, le total de leurs lits de cardiologie de court séjour s'élevait à 78, dont 15 lits d'USIC.

b) Ses dispositions.

Tout surcoût est exclu pour le matériel et l'équipement des salles, les activités des médecins habilités à pratiquer l'angioplastie réglée, celles des agents paramédicaux et des secrétariats.

Par contre, un surcoût sera généré par l'utilisation du matériel spécifique nécessaire, pour un coût total évalué pour chaque hôpital à un million de francs.

Sur le plan de la responsabilité, chacun des deux chefs de services de cardiologie répond envers les centres hospitaliers de la qualification des cardiologues qu'ils habilitent à intervenir dans le cadre de la coopération. Chaque hôpital est assuré pour la couverture des risques liés aux angioplasties exercées dans ses locaux.

c) Ses résultats.

La conclusion de la convention de coopération a permis d'optimiser l'utilisation du matériel des deux salles cumulées de ces hôpitaux et, par le biais du regroupement de leurs commandes de matériels consommables (cathéters, ballons, endoprothèses) de réduire sensiblement leurs coûts de fonctionnement. L'existence des deux salles n'a pas été remise en cause par cette coopération, les personnels médicaux intervenant alternativement dans chacune des deux et connaissant ainsi de manière approfondie leur fonctionnement, facteur supplémentaire de sécurité en cas d'intervention d'urgence. Cette solution évite le transfert d'un patient d'un site sur l'autre, alors que tout transfert secondaire comporte un délai incompressible de deux heures avant la procédure d'angioplastie et représente de ce fait un risque non négligeable.

3. Le collège de cardiologie interventionnelle du Bas-Rhin.

a) Le contexte de sa création.

Il regroupe trois établissements publics de santé : les Hôpitaux universitaires de Strasbourg, le Centre médico-chirurgical et d'obstétrique (CMCO) et le Centre hospitalier d'Haguenau. Les activités croissantes de ce dernier en cardiologie interventionnelle ont rendu possible sa collaboration avec les deux établissements publics de santé strasbourgeois : en 1998, le nombre annuel d'angioplasties effectuées sur son site était en effet de 200 et celui des coronarographies de 1 000. Le Centre hospitalier de Haguenau a recruté un hémodynamicien en 1995, époque à laquelle l'intéressé a quitté le Groupe hospitalier privé du Centre Alsace où il exerçait pour rejoindre cet établissement public de santé. Une convention lui permettait de pratiquer des angioplasties transluminales sur le site des Hôpitaux universitaires de Strasbourg, puisque seuls ceux-ci et le C.H.U. de Nancy pouvaient à l'époque pratiquer ces examens. Mais l'Hôpital de Haguenau a vite développé sa cardiologie interventionnelle.

En cette même année 1995, le Centre hospitalier de Haguenau a conclu une convention avec les Hôpitaux universitaires de Strasbourg en matière de chirurgie cardiaque.

La création de ce collège de cardiologie interventionnelle s'inscrit dans un cadre plus global tendant à rationaliser l'organisation de cette discipline dans l'ensemble du Bas-Rhin dans la période récente.

Ainsi le Centre hospitalier de Haguenau a-t-il conclu avec le Centre hospitalier de Wissembourg – qui dispose d'un service de médecine à orientation cardiologique et de six lits d'USIC - une convention aux termes de laquelle ce dernier adresse ses patients aux hémodynamiciens du Centre hospitalier de Haguenau au lieu de continuer à les orienter sur le CMCO de Strasbourg, alors que Haguenau est géographiquement nettement plus proche de Wissembourg. Le CMCO, qui bénéficiait aussi du transfert de patients de différents hôpitaux du Bas-Rhin (tels ceux d'Ingwiller et de Wissembourg) a vu son activité se réduire du fait de l'essor de la cardiologie interventionnelle du Centre hospitalier de Haguenau et s'est convaincu de l'intérêt de coopérer avec les deux autres établissements.

De leur côté, les Hôpitaux universitaires de Strasbourg sont unis par voie conventionnelle au CMCO au sein d'une structure commune.

Le Centre hospitalier de Haguenau souhaite profiter de l'élan donné par la redistribution des tâches entre établissements du Bas-Rhin pour continuer à développer sa cardiologie interventionnelle afin d'atteindre le nombre de 1 300 à 1 400 coronarographies et de 300 angioplasties par an.

b) Une initiative des praticiens qui prouve le rôle déterminant des personnels appelés à assurer la coopération.

Le collège est en effet une initiative des praticiens des Hôpitaux universitaires de Strasbourg et du Centre hospitalier de Haguenau, qui en ont ressenti la nécessité pour des raisons logiques en matière de partage des astreintes et du fait de la forte concurrence exercée sur l'ensemble de cette partie de l'Alsace par la Clinique de l'Orangerie, sise à Strasbourg, établissement privé à but lucratif dont la cardiologie constitue un pôle d'excellence. Les médecins des établissements publics de santé ont donc étudié la faisabilité et les modalités de la collaboration à laquelle ils aspiraient avant de saisir les directions de leurs établissements respectifs, qui ont défini le cadre juridique dans laquelle elle allait s'exercer.

De plus, la constitution du collège de cardiologie interventionnelle a été vivement encouragée par la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales et l'Agence régionale de l'hospitalisation.

c) Les modalités de la coopération tripartite.

La coopération consiste en une astreinte opérationnelle qui s'étend de 18 heures à 7 heures le lendemain matin et dont la charge est répartie entre les médecins des trois établissements, les intéressés devant se déplacer alors que les patients sont orientés vers le lieu le plus proche de leur domicile. Un hémodynamicien est d'astreinte à son domicile alors que des soignants prêts à l'assister sont en place dans chaque site. Les urgences internes de chaque établissement sont assurées par un praticien cardiologue de l'établissement considéré d'astreinte à domicile mais, dans l'hypothèse de la nécessité d'un acte de cardiologie interventionnelle, celui-ci est assuré par l'hémodynamicien des trois établissements parties à la coopération qui se déplace alors dans l'hôpital où survient l'urgence.

Ce dispositif, dont le lancement fut plus long que prévu initialement, est effectivement en place depuis le 5 juillet 1999 ; une première évaluation devrait être effectuée prochainement. Les acteurs se déclarent toutefois d'ores et déjà favorables à la poursuite de l'expérience.

La convention prévoit des financements communs dans le cadre du collège. L'idée d'achats effectués en commun par les parties contractantes est à l'étude. Le projet d'un groupement en commun existe pour les Hôpitaux universitaires de Strasbourg ; le Centre hospitalier de Haguenau souhaite s'y joindre.

C. LA MISE EN PLACE D'UNE COMPLEMENTARITE EFFICACE REPRESENTERA UN ATOUT POUR LES ETABLISSEMENTS DANS LE CADRE DE LA PROCEDURE D'ACCREDITATION.

Une entreprise de coopération présente certes un aspect économique et comptable ; mais elle vise surtout à répondre aux besoins des patients et aux objectifs de santé publique appréciés au niveau du secteur sanitaire.

La mise en œuvre des procédures d'accréditation va conduire à augmenter le niveau d'exigence en matière de qualité et de sécurité des prestations que l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) aura pour charge de vérifier. Les établissements seront mieux à même de répondre aux critères de cette instance s'ils agissent ensemble que s'ils choisissent de rester isolés.

C'est à eux et à leurs équipes médicales de faire la preuve de leur compétence et de l'adéquation de leurs moyens aux missions qui leur sont dévolues.

C'est une exigence qui s'ajoute aux incitations des agences régionales de l'hospitalisation envers les hôpitaux à entreprendre des actions de complémentarité. Celles-ci vont devenir un élément commun aux projets d'établissement, que ce soit au niveau des projets médicaux comme à celui des projets de soins infirmiers ou encore dans les schémas directeurs informatiques et les programmes pluriannuels d'investissement et d'équipement.

La complémentarité sera aussi prise en compte dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens prévus par le titre III de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 et conclus entre les agences régionales de l'hospitalisation et les établissements de santé. Ces contrats déterminent en effet les orientations stratégiques de ceux-ci et les modalités de leur mise en œuvre ; ils décrivent les réorganisations et les restructurations qu'ils s'engagent à opérer. Ces éléments plaident en faveur de la participation à des réseaux de soins et à des communautés d'établissements.

Une telle participation est aussi susceptible d'améliorer la qualité de l'organisation sanitaire. On peut en attendre en effet un emploi plus efficace des moyens disponibles par la suppression de redondances et de concurrences stériles entre les Hôpitaux civils de Colmar et la Clinique Saint-Joseph de même qu'une augmentation de la sécurité des patients par l'orientation des urgences atteintes d'un infarctus du myocarde sur le site de la clinique et non plus sur celui du Centre hospitalier de Mulhouse quand ces patients transitent par les Hôpitaux civils de Colmar.

D. LES CONDITIONS DE LA REUSSITE D'UNE COOPERATION HOSPITALIERE.

1. La coopération ne peut se limiter au seul choix entre structures juridiques.

Les acteurs doivent garder présent à l'esprit le fait que la complémentarité et les moyens de droit qui l'accompagnent ne sont pas une fin en soi et qu'il importe de définir une stratégie prospective pour l'activité faisant l'objet de la coopération.

L'étude préalable de la place des établissements concernés dans le contexte régional est essentielle à la définition de cette stratégie. En l'occurrence, la présence dans la même agglomération de deux services de cardiologie avec la prise en charge de soins intensifs nécessite une complémentarité dans un contexte de rationalisation de l'offre de soins et de maîtrise des dépenses de santé.

Les coopérations entreprises avec succès avant même la mise en place progressive depuis une trentaine d'années du dispositif législatif et réglementaire en vigueur aujourd'hui montrent que l'un des pivots de ces réussites réside dans la forte volonté des acteurs de travailler en partenariat. Les dispositifs juridiques sans cesse plus complets et adaptés à la diversité des situations, même s'ils restent encore susceptibles d'améliorations, ne sont que les instruments au service d'un réel projet de complémentarité préexistant.

De simples modalités juridiques ne peuvent suffire sans une dynamique, une ambition et une adhésion des membres des parties contractantes à la coopération.

La liberté laissée aux acteurs désireux de coopérer est une opportunité dont il ne faut pas les priver. Un cadre réglementaire trop rigide aurait un effet paralysant et dissuasif sur les établissements. Au contraire, chaque entreprise de rapprochement peut prendre en compte les spécificités locales et déboucher sur une solution adaptée et, de ce fait, viable. Par contre, la fixation d'un échéancier pour les différentes étapes de la mise en œuvre des dispositions de la convention paraît indispensable à la concrétisation de celle-ci.

Il importe que les candidats à une coopération se considèrent comme les acteurs d'une même organisation dont il s'agit d'optimiser le fonctionnement et non comme les représentants d'une institution dont ils devraient faire prévaloir les intérêts au détriment de leur(s) partenaire(s).

2. La coopération nécessite une politique interne destinée à emporter la conviction des acteurs.

En outre, la contractualisation inter-établissements ne doit pas être dissociée d'une contractualisation interne volontariste afin d'aider les équipes médico-hospitalières à percevoir l'intérêt d'un déclouisonnement. Les directeurs devront donc sensibiliser leurs

cardiologues respectifs aux avantages qui résulteront de la mise en œuvre de la convention en matière de qualité des soins et de sécurité. Une politique de communication est par conséquent indispensable dans ce type de procédure.

La mise en œuvre de la coopération entre le Groupe hospitalier privé de Centre Alsace et les Hôpitaux civils de Colmar devra entraîner une restructuration préalable du service de cardiologie de ceux-ci. Les cinq "seniors" en fonctions privilégieront les urgences afin de participer au service de gardes avec leurs équivalents de la Clinique Saint-Joseph et de justifier la présence de lits d'USIC dans l'hôpital pendant que les autres médecins de ce service prendront en charge le traitement de patients polypathologiques ainsi que les examens du types électrocardiogrammes et les activités liées au laboratoire d'explorations cardiovasculaires.

La constitution de groupes de travail est l'une des méthodes susceptibles de favoriser la prise de conscience par les personnels de la nécessité d'un travail en commun avec leurs *alter ego* du secteur privé, et réciproquement.

Les termes définitifs de la convention ne pourront être décidés par les deux directions qu'après un accord entre les cardiologues des Hôpitaux civils de Colmar et ceux du Groupe hospitalier privé du Centre Alsace sur les modalités médicales et techniques de leur collaboration.

L'implication des instances consultatives et décisionnelles (commission médicale d'établissement, conseil technique d'établissement) est aussi un préalable à l'apaisement des craintes et des méfiances entretenues envers la perspective d'un travail conjoint d'équipes du secteur public avec des personnels du secteur privé. Leur consultation est prévue par le projet de convention après accord définitif des directions quant aux termes de celle-ci.

3. La coopération devrait s'inscrire dans un cadre juridique suffisamment précis.

Le projet de convention devant lier les Hôpitaux civils de Colmar et le Groupe hospitalier privé du Centre Alsace tel qu'il se présente dans sa dernière mouture remontant à mai 1999 laisse subsister quelques imprécisions de nature à retarder sa signature.

Ainsi la composition du comité de pilotage pourrait-elle figurer dans le document, qui serait présenté complet aux instances de chaque établissement. Il peut en aller de même à propos de la politique d'information commune à l'égard des tiers. Reporter le règlement de ces questions à la rédaction d'un protocole à venir ne semble pas indispensable, surtout en considération du temps déjà écoulé depuis les prémices d'une coopération en cardiologie. Une convention portant sur l'ensemble du dispositif serait de nature à apaiser les interrogations suscitées par ce fractionnement.



Toutefois, une optimisation de l'offre de soins qui resterait cantonnée au seul secteur sanitaire ne suffirait pas à optimiser et à rationaliser les prestations cardiologiques dans la zone géographique considérée.

Les responsables administratifs comme les praticiens hospitaliers des trois établissements de santé du Haut-Rhin – les Hôpitaux civils de Colmar, le Centre hospitalier de Mulhouse et le Groupe hospitalier privé de Centre Alsace – sont conscients de cette nécessité et des négociations sont en cours entre les deux établissements colmariens et le Centre hospitalier de Mulhouse pour établir des modalités de coopération en cardiologie. Cette orientation est d'autant plus souhaitable qu'une telle structure est actuellement en place dans l'autre département de la région Alsace. La mise en œuvre d'une complémentarité départementale est un principe acquis par tous les acteurs et fait l'objet d'un projet de convention.

Cette concertation est conforme aux stratégies actuelles de santé publique et devrait à ce titre recevoir le soutien des autorités de tutelle des établissements concernés.

E. L'OPTIMISATION DE L'OFFRE DE SOINS DANS L'INTERET DES MALADES REND NECESSAIRE A TERME LE DEPASSEMENT DES SOLUTIONS ENVISAGEES ACTUELLEMENT.

La loi n° 95-115 du 4 février 1995 d'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire et la circulaire du 21 avril suivant incitaient les décideurs locaux à mener une réflexion sur de nouveaux espaces de coopération et de complémentarité afin de définir un espace cohérent continu en prenant en compte les cohérences sociologiques, culturelles, économiques et géographiques notamment.

Les établissements de santé devraient s'inspirer de ces orientations et dépasser le secteur sanitaire dans le but de trouver un espace géographique plus cohérent. La division de la région Alsace en deux départements seulement et les restructurations récentes opérées dans le Bas-Rhin dans le domaine de la cardiologie interventionnelle incitent à étudier l'intérêt d'une réorganisation équivalente dans le Haut-Rhin afin d'atteindre une situation d'équilibre au niveau régional.

1. La nécessité d'aller au-delà d'un simple rapprochement entre les deux établissements pour intégrer l'ensemble des acteurs en amont comme en aval de l'hospitalisation.

L'avenir des disciplines médicales réside dans les pratiques sanitaires et les réseaux de soins. Ceci vaut notamment pour la cardiologie. Or, la mise en réseau couvre non seulement l'hospitalisation des patients elle-même, mais aussi les phases pré- et post-hospitalières.

Les acteurs du troisième secteur sanitaire alsacien devront mettre en place un réseau de prise en charge des urgences cardiaques, dont le flux doit être optimisé par l'intégration du service d'accueil aux urgences dans un réseau coordonné avec des filières préhospitalières articulées en liaison avec les établissements de santé comme avec les généralistes et les spécialistes. La question de l'organisation des urgences entre les Hôpitaux civils de Colmar et le Groupe hospitalier privé du Centre Alsace est indissociable d'une bonne coopération entre leurs services de cardiologie ; elle est d'ailleurs abordée dans le projet de convention. Elle fait aussi partie des priorités de l'agence régionale de l'hospitalisation, inscrites dans le schéma régional d'organisation sanitaire de deuxième génération.

La limitation des actes redondants et des hospitalisations injustifiées appelle aussi une coopération des deux établissements colmariens avec l'ensemble des intervenants du secteur sanitaire. Celle-ci devrait d'ailleurs permettre à leurs praticiens de se recentrer sur leurs missions dans le but de mieux répondre aux besoins de diagnostic et de soins des patients et de satisfaire les attentes des professionnels de santé.

La réalisation de la coopération longtems envisagée entre les deux établissements constituera un préalable nécessaire à leur ouverture sur l'extérieur, qui s'impose désormais à l'ensemble des hôpitaux.

2. Une indispensable rationalisation au niveau départemental.

a) Les justifications à une amélioration de l'offre de soins au niveau du département.

La séparation entre les troisième et quatrième secteurs pouvait paraître souhaitable, chacun de ces secteurs comportant l'un des trois plus grands établissements d'Alsace, dotés tous deux d'un service de cardiologie.

Nous avons vu que la complémentarité sur la ville même de Colmar s'imposait, compte tenu de la présence dans la même ville de deux services ayant pour objet de traiter des patients atteints de mêmes pathologies cardiaques sans qu'existe pour autant la moindre coopération entre eux, plus enclins à se tourner vers le Centre hospitalier de Mulhouse, pourtant situé à quarante-deux kilomètres, que vers leurs services respectifs.

La cardiologie interventionnelle ne saurait être dissociée de la chirurgie cardiaque en raison des risques présentés pour le patient par certains types d'angioplasties transluminales. Cette constatation n'aboutit pas à remettre en cause les orientations de la Société française de cardiologie sur la possibilité de pratiquer des actes de cardiologie interventionnelle en l'absence d'un service de chirurgie cardiaque sur le même site, mais une extension de la coopération à l'ensemble des établissements du département disposant d'un service de cardiologie développé semble inéluctable.

La rationalisation de l'offre de soins devrait conduire à une échéance plus ou moins lointaine à un alignement sur la situation du Bas-Rhin, où les Hôpitaux universitaires de Strasbourg occupent une position prédominante.

Nous avons vu *supra*⁵ que les cardiologues des établissements de ce département avaient décidé de pratiquer la mobilité sur les différents sites, privilégiant ainsi l'intérêt des patients et réduisant pour chaque praticien les charges en matière de gardes et d'astreintes inhérentes au nombre par nature restreint de médecins sur chaque site dans le cas de l'absence de toute coopération.

On peut concevoir dans une première phase une mobilité équivalente de la part des praticiens du Haut-Rhin, indépendamment du secteur, public ou privé, dans lequel ils exercent leur activité. Le bon fonctionnement de la coopération instaurée par la convention conclue entre le Centre hospitalier de Mulhouse et la Clinique Saint-Sauveur de la même ville comme les interventions de praticiens de Mulhouse à Colmar en cas d'urgence prouvent qu'il ne s'agit pas d'un vœu pieux.

La création d'équipes mobiles entre la Clinique Saint-Sauveur, le Centre hospitalier de Mulhouse, les Hôpitaux civils de Colmar et la Clinique Saint-Joseph, en associant les SMUR, sur le modèle du collège de cardiologie du Bas-Rhin, devrait être privilégiée. Cette solution présenterait l'avantage d'intégrer le service de cardiologie des Hôpitaux civils de Colmar aux activités des équipes des autres établissements et de disposer à terme de services d'un dynamisme équivalent dans chaque établissement. Cette coopération prendrait la forme d'un réseau.

Elle reviendrait aussi à autoriser l'implantation d'une unité de soins cardiologiques intensifs (USIC) aux Hôpitaux civils de Colmar, qui fonctionnerait en réseau avec les services équivalents des autres établissements. On éviterait ainsi d'aboutir en cardiologie à un éventuel monopole d'un établissement à Colmar.

Ce réseau garantirait la liberté de choix du malade dans une offre mieux structurée qu'actuellement.

A plus longue échéance, le regroupement de la cardiologie de pointe (chirurgie cardiaque et cardiologie interventionnelle) sur un site unique dans le département pourrait être envisagée. Elle aboutirait à la mise en place d'un pôle de traitement des problèmes cardiaques aigus équivalent à celui des Hôpitaux universitaires situés dans l'autre département de la région et créerait ainsi un équilibre entre Haut-Rhin et Bas-Rhin, soit dans la région Alsace.

Cette solution réduirait aussi les coûts actuels du traitement des pathologies cardiaques en Alsace, sans porter préjudice à la qualité des soins offerts aux patients.

b) La prise de conscience par les acteurs du caractère incontournable de la complémentarité : les orientations convenues d'un commun accord.

Des réflexions sont menées conjointement par les Hôpitaux civils de Colmar, le Groupe hospitalier privé de Centre Alsace et le Centre hospitalier de Mulhouse en vue d'instaurer un partenariat entre ces trois établissements.

(1) Les objectifs du partenariat en cours de négociations.

Il reposerait sur deux axes de collaboration :

- L'organisation d'une astreinte départementale dans le Haut-Rhin.
- La constitution d'un collège haut-rhinois de cardiologie interventionnelle.

Les responsables de ces établissements constatent l'opportunité de compléter la démarche ressentie comme purement planificatrice du schéma régional d'organisation sanitaire en prenant en compte des aspects qualitatifs et d'efficacité plus poussés que ceux retenus par le schéma.

(2) L'intérêt d'une astreinte départementale pour les angioplasties transluminales coronariennes.

Cette astreinte serait effectuée sur deux sites, ceux du Groupe hospitalier privé de Centre Alsace et du Centre hospitalier de Mulhouse, le service de cardiologie des Hôpitaux civils de Colmar ne pratiquant pas ce type d'intervention et ne demandant pas l'ouverture d'un tel site dans ces locaux mais envisageant seulement de permettre à ses cardiologues d'intervenir dans les locaux de la Clinique Saint-Joseph.

La méthodologie retenue privilégie le rôle des médecins, chargés d'élaborer un projet d'organisation au plan médico-technique. Ce plan servira de préalable aux mesures de caractère administratif qui seront arrêtées et formalisées par les directions des établissements.

La mise en place de cette coopération ne répond pas seulement au besoin d'améliorer l'organisation des moyens et les modalités du recours à des angioplasties transluminales pratiquées en urgence. Les acteurs y voient aussi le moyen d'afficher envers les professionnels de santé et les populations concernées la volonté des trois établissements (souvent présentés comme peu susceptibles d'évoluer en commun compte tenu du caractère encore relativement novateur des modes de coopération) de travailler ensemble et d'élargir

⁵ Voir pages 91-93.

les modalités de coopération encore limitées – voire inexistantes en ce qui concerne la Clinique Saint-Joseph et les Hôpitaux civils de Colmar - qui les unissent aujourd'hui.

Aussi les échéances retenues lors de réunions inter-établissements qui ont eu lieu au printemps 1999 présentent-elles un caractère ambitieux : le début du fonctionnement de l'astreinte départementale est en effet fixé au 1^{er} octobre 1999.

(3) Un objectif à plus long terme : la mise en place d'un collège de cardiologie au niveau du Haut-Rhin.

L'objectif est ici la prise en charge de la pathologie coronaire dans sa globalité. Il est donc plus ambitieux que le précédent et ne concerne pas uniquement un acte technique mais une stratégie globale.

Là encore, le but est de dépasser les dispositions du schéma régional d'organisation sanitaire pour faciliter l'accès des équipes médicales aux évolutions technologiques, avec la mobilité des hommes et le partage des équipements comme implications.

Les responsables administratifs ont privilégié l'initiative médicale en prévoyant la mise en place d'un groupe de travail composé de praticiens chargé de formuler des propositions relatives à la faisabilité sur les plans médical et économique de la coopération dont le principe a été arrêté ; le comité sera habilité à effectuer des essais cliniques dans ce sens.

Le projet de collège de cardiologie ainsi élaboré sera ensuite présenté aux instances des trois établissements.

Là aussi, l'échéance affichée est ambitieuse puisque le fonctionnement de ce collège est prévu pour la fin 1999.

3. Un exemple européen : le centre de cardiologie de Bad Krozingen (Bade-Wurtemberg).

Cette politique de rapprochement semble d'autant plus pertinente qu'une expérience du même type a été entreprise à proximité du Haut-Rhin, dans le Land allemand voisin de Bade-Wurtemberg. Cette réalisation, plus avancée que le projet décrit *supra* puisque prenant la forme d'un regroupement de la cardiologie sur un site unique, suscite l'intérêt de la plupart des praticiens hospitaliers et constitue à leurs yeux une référence.

a) La pertinence d'une comparaison européenne.

Il paraît opportun de se référer en l'espèce à un exemple tiré de l'un de nos partenaires de l'Union européenne, pour plusieurs motifs.

Tout d'abord, les règles juridiques européennes occupent une place croissante dans les domaines sanitaire et social des Etats membres. Ainsi les dispositions de la directive n° 92-50 CEE du 18 juin 1992 portant coordination des procédures de passation des marchés publics, notamment pour les mesures de publicité et de mise en concurrence préalables à la passation du contrat, s'appliquent-elles aux "organismes de droit public". Cette qualification semble bien pouvoir concerner pour la doctrine les deux structures de coopération de droit privé - le groupement d'intérêt économique et l'association de la loi de 1901 – pour lesquels le droit interne écarte paradoxalement l'application des règles du code des marchés publics.

L'étude de la manière dont les autorités badoises ont réglé le problème de l'offre de soins en cardiologie hospitalière semble d'autant plus s'imposer que l'Alsace est voisine de ce Land et qu'une coopération transfrontalière existe *de facto* entre les acteurs de santé. Ainsi un nombre appréciable de médecins de chacun des deux pays travaillent-ils dans l'autre. Des praticiens ont accompli une partie de leur formation dans le pays voisin. La prise en compte des restructurations entreprises par nos partenaires, pour lesquels la maîtrise des dépenses de santé et la rationalisation de leur système de santé constituent aussi des impératifs, devient toujours plus incontournable avec le développement des politiques communes au sein de l'Union européenne.

En outre, les efforts actuels de rationalisation entrepris au niveau des secteurs sanitaires devraient logiquement déboucher à terme sur un dépassement de ce niveau pour atteindre celui du département, sur le modèle du collège de cardiologie du Bas-Rhin évoqué *supra*.

Enfin, l'existence depuis 1989 des groupements européens d'intérêt économique peut connaître un avenir dans le secteur hospitalier, même si aucun exemple concret n'existe actuellement à notre connaissance. Ainsi l'Institut européen de télé-médecine, situé à Toulouse, a-t-il étudié un projet en ce sens.

b) Le Centre de cardiologie de Bad Krozingen.

(1) Le système allemand : des centres spécialisés par pathologies.

Les autorités du Land de Bade-Wurtemberg poursuivent elles aussi une politique de rationalisation de l'offre de soins et de maîtrise des dépenses de santé.

Leurs réflexions les ont conduites à créer sept sites spécialisés en cardiologie pour ce Land qui compte onze millions d'habitants. L'un d'entre eux, établi à Bad Krozingen, soit à quinze kilomètres de Fribourg-en-Brigau, présente un caractère exemplaire pour ce type d'établissement. Il étend son action sur un bassin de population de deux millions d'habitants.

Ce centre de cardiologie n'appartient pas à une personne publique mais à une association reconnue d'utilité publique. Ses ressources proviennent pour 90% des caisses d'assurance maladie (soit quatre-vingt seize millions de Marks pour un total de cent dix millions de ressources en 1998), et ses comptes ne peuvent qu'être exceptionnellement déficitaires.

Fondé en 1972 afin d'assurer initialement les soins de suite pour les pathologies cardio-vasculaires, cet établissement, qui emploie aujourd'hui quarante-cinq cardiologues, vingt chirurgiens en cardiologie et compte deux cent dix-neuf lits, a élargi progressivement ses activités à la cardiologie interventionnelle et à la chirurgie cardiaque avant de prendre sa dénomination actuelle de Centre de cardiologie en avril 1994. Les soins de suite sont par contre du ressort des établissements de santé de la région.

(2) Les activités du Centre de cardiologie de Bad-Krozingen.

On y pratique tous les actes de cardiologie interventionnelle, comme la chirurgie cardiaque. Depuis sa création, 50 000 patients ont subi une angioplastie coronarienne et 10 000 ont été opérés. Le nombre moyen annuel de patients stationnaires est de 7 000. Le nombre annuel d'angioplasties est de 4 500.

En outre, des étudiants en médecine ayant terminé leur formation de généralistes reçoivent une formation en cardiologie. Ce type de centre présente ainsi un caractère universitaire en sus des activités de soins qui y sont exercées.

Le service de chirurgie cardiaque, en fonction depuis 1978, comprend trois salles d'opérations, une USIC de douze lits et une salle de réveil post-opératoire comptant vingt-quatre lits.

Le Centre dispose d'une unité de soins intensifs en cardiologie de vingt lits. Il est aussi équipé de sept laboratoires.

Soit les patients y sont envoyés par un médecin généraliste ou un cardiologue de ville, soit il s'agit de personnes victimes d'un infarctus du myocarde qui sont dirigées sur Bad Krozingen dès la détection d'une affection cardio-vasculaire par les urgentistes, dans l'ambulance ou dans un service d'accueil des urgences d'un hôpital général.

Cette organisation prévaut dans l'ensemble de l'Allemagne, où des centres existent pour des disciplines précises, qui ne sont pas exercées dans les établissements à vocation généraliste : neurochirurgie, orthopédie, cancérologie parmi d'autres disciplines. Les autorités allemandes privilégient en effet ce type d'organisation pour des considérations d'efficacité et de sécurité : elles estiment que celle-ci est liée à un nombre annuel minimal d'actes et préfèrent regrouper cardiologie interventionnelle et chirurgie cardiaque sur un même site. Plus globalement, elles choisissent de regrouper sur un site au rayon d'action étendu toutes les activités propres à une spécialité. La répartition des centres propres à

chaque pathologie est effectuée sur une base géographique. Les professionnels de santé allemands considèrent que cette organisation ne nuit pas aux patients.

Un centre équivalent dans le Haut-Rhin, regroupant à la fois la cardiologie interventionnelle et la chirurgie cardiaque, constituerait à terme pour de nombreux praticiens la meilleure solution aux efforts de rationalisation actuellement en cours. Le modèle badois, régulièrement cité en exemple lors des entretiens réalisés dans le cadre de ce mémoire, représente l'aboutissement logique d'une amélioration de l'offre de soins en cardiologie. Le regroupement sur un site unique ne nuit pas à l'intérêt des patients et présente l'avantage de réduire sensiblement les coûts résultant de la dispersion des activités.



CONCLUSION

La coopération entre les Hôpitaux civils de Colmar et le Groupe hospitalier privé de Centre Alsace constitue une illustration de la nécessité de rapprochements entre acteurs de santé d'une même zone géographique et, en même temps, des freins qui s'opposent à une réalisation rapide de ce type d'opération. Cette remarque paraît d'autant plus appropriée que nous sommes en présence d'établissements qui non seulement n'ont mené aucune collaboration jusqu'à présent mais au contraire se trouvent en position de concurrence dans plusieurs disciplines, dont la cardiologie.

Les acteurs ont cependant pleine conscience du caractère indispensable d'une rationalisation de l'offre de soins dans le contexte actuel. D'autant plus que l'Etat, à côté des procédures laissées à l'initiative des responsables de terrain, s'est réservé les moyens de réaliser les restructurations qu'il estime indispensables au regard des besoins de la population et de la qualité et de la sécurité des soins.

La complémentarité, une fois instaurée, devra cependant faire l'objet d'une évaluation périodique pour être réellement efficace. Les directions des deux établissements ont d'ailleurs prévu le principe d'une telle procédure dans leur projet de convention,



Annexes

LA REPARTITION DES LITS D'USIC EN ALSACE EN 1996

La répartition régionale des lits d'USIC (1996)		
<i>Secteur sanitaire</i>	<i>Nombre de lits d'USIC</i>	<i>Nombre d'habitants par lit</i>
1	6	44 394
2	20	32 193
3	12	28 530
4	34	12 861
Total Alsace	72	23 470

LA MORBIDITE EN ALSACE

Les indicateurs de morbidité* proviennent du registre des cardiopathies ischémiques de Strasbourg, intégré dans le programme MONICA de l'Organisation Mondiale de la Santé^[5] : ils concernent la population âgée de 35 à 64 ans, domiciliée dans le Bas-Rhin. Les taux qui suivent sont standardisés sur la population mondiale pour la tranche d'âge 35-64 ans.

**Taux annuel d'infarctus du myocarde pour 100 000 habitants
(infarctus inauguraux et récidives) - Age 35-64 ans - Année 1993
Taux standardisés sur la population mondiale**

	Hommes	Femmes
Bas-Rhin	245	42
(Intervalle de Confiance = IC)	(222 - 269)	(32 - 51)
Communauté Urbaine de Lille	260	45
(IC)	(235 - 285)	(35 - 55)
Haute-Garonne	193	23
(IC)	(171 - 214)	(16 - 30)

* Morbidité : nombre (absolu ou relatif) des malades dans un groupe donné et pendant un temps déterminé.

**Taux d'incidence de l'infarctus du myocarde pour 100 000 habitants
(infarctus inauguraux) - Age 35-64 ans - Année 1993
Taux standardisés sur la population mondiale**

	Hommes	Femmes
Bas-Rhin	186	36
(IC)	(166 - 207)	(27 - 45)
Communauté Urbaine de Lille	201	36
(IC)	(179 - 223)	(27 - 45)
Haute-Garonne	147	19
(IC)	(128 - 165)	(12 - 25)

Les taux bas-rhinois sont proches de ceux observés dans la Communauté Urbaine de Lille (Registre MONICA-Lille). En revanche, ils sont significativement supérieurs chez l'homme et chez la femme à ceux observés dans le département de la Haute-Garonne (Registre MONICA-Toulouse).

LA CARDIOLOGIE HOSPITALIERE EN ALSACE

**La répartition régionale des lits d'USIC en 1996
(les lits classés « USC » ou « Réanimation »
ne sont pas pris en compte dans ce tableau)**

Secteur sanitaire	Nombre de lits d'USIC	Soit 1 lit pour ... habitants*
1	6	44 394
2	20	32 193
3	12	28 530
4	34	12 861
Total Alsace	72	23 470

* La population prise en compte est celle au 1^{er} janvier 1997, selon la projection Omphale de l'INSEE :

Secteur 1 : 266 368 habitants
 Secteur 2 : 643 866 habitants
 Secteur 3 : 342 368 habitants
 Secteur 4 : 437 275 habitants
 ALSACE : 1 689 877 habitants

Activité par établissement : coronarographies et angioplasties transluminales des coronaires en 1997 et 1998 (données déclaratives)

Etablissements	Nombre de coronarographies		Nombre d'ATC	
	1997	1998	1997	1998
CH Haguenau	850	981	100	215
Clinique de l'Orangerie, Strasbourg	1758	1761	498	528
HUS	1197	1399	248	337
SIHCUS Schiltigheim	1019	1251	235	266
GHPCA Colmar	1138	1184	359	458
CH Colmar	230	239	-	-
CH Mulhouse	1727	1778	752	885
Clinique Diaconat, Mulhouse	830	881	417	393
Clinique Saint-Sauveur, Mulhouse	495	495	19*	25**
Total Région	9244	9969	2628	3107

* ATC réalisées en urgence

**examens réalisées en urgence à la clinique auxquels s'ajoutent 105 examens programmés réalisés au CH de Mulhouse dans le cadre de la convention entre les deux établissements (ces examens étant comptabilisés dans l'activité du CH de Mulhouse).

Nombre de centres d'angioplastie transluminale des coronaires en Europe

	Nombre de centres par million d'habitants
France	2,9
Allemagne	1,8
Espagne	1,5
Belgique	1,3
Hollande	1,3
Grande-Bretagne	0,9
Italie	0,8
Alsace	4,1

**Activité par établissement : implantation de stimulateurs cardiaques
et de défibrillateurs en 1997 et 1998 (données déclaratives)**

Etablissements	Nombre de stimulateurs implantés		Nombre de défibrillateurs implantés	
	1997	1998	1997	1998
CH Haguenau	56	96		
CH Wissembourg	21	22		
Clinique Ste Odile Haguenau	21	19		
HUS	77	119	23	36
SIHCUS Schiltigheim	92	122		
Clinique de l'Orangerie, Strasbourg	125	106		
Clinique des Diaconesses Strasbourg	20	18		
Clinique Béthesda Strasbourg	5	58		
Clinique Ste Odile Strasbourg	41	47		
GHPCA Colmar	148	147	1	
CH Colmar	43	40		
Clinique Diaconat Mulhouse	135	167	1	
CH Mulhouse	127	141	2	
Clinique Saint-Sauveur, Mulhouse	60	49		
Total Région	971	1151	27	36

Activité par établissement : effectif annuel des séjours pour infarctus aigu du myocarde
en 1995, 1996, 1997 (groupes homogènes de malades 178, 179, 180 ; source PMSI, base RSA DRASS)

Etablissement	1995	1996	1997
HUS (2 sites géographiques)	444	418	348
CH Mulhouse	232	296	311
GHPCA, Colmar	209	226	242
SIHCUS, Schiltigheim [*]	180	154	153
CH Haguenau	153	157	209
Clinique Diaconat, Mulhouse	120	135	121
CH Colmar	116	97	100
CH Saverne	102	115	112
Clinique 3 Frontières, Saint-Louis ^{**}	54	55	49
CH Altkirch	49	45	39
Clinique Saint-Sauveur, Mulhouse ^{**}	48	56	35
CH Sélestat	44	45	62
CH Wissembourg	40	39	93
Clinique Béthesda, Strasbourg	38	49	10
Hôpital Ingwiller	24	19	19
CH Obernai [*]	13	11	11
Clinique Adassa, Strasbourg	8	6	5
CH Thann	4	10	6
GHSV, Strasbourg	5	12	11
CH Guebwiller	1	6	6
Clinique de l'Orangerie, Strasbourg ^{**}	-	21	146
Total	1884	1972	2071

* Etablissement sans PMSI en 1995, 1996 et 1997; le chiffre indiqué représente le nombre d'entrées avec diagnostic principal « Infarctus aigu du myocarde » déclaré par l'établissement.

** Etablissement sans PMSI en 1995 et 1996; le chiffre indiqué représente le nombre d'entrées avec diagnostic principal « Infarctus aigu du myocarde » déclaré par l'établissement. Les données 1997 sont issues du PMSI.

Urgences: Activité dans cinq établissements (1998)

	Premiers passages	Evolution par rapport à 1996	Nombre de patients hospitalisés	
			APRES passage au service des urgences	SANS passage au service des urgences
Guebwiller	12 646	+ 9,2 %	1 572	non communiqué
Saverne	18 901	+ 28,2 %	4 767	1 322
Sélestat	15 488	+ 18,5 %	3 015	3 361
Thann	14 347	+ 9,7 %	2 328	non communiqué
Wissembourg	8 882	- 16,0 %	3 441	174

BIBLIOGRAPHIE

- Jean-Philippe ARGACHA et Jean-Marc DAUBOS "Les actions de coopération interhospitalière" (Gestions hospitalières 1997:02)
- Jean-Michel BEZAT et Isabelle MANDRAUD "Région par région, le gouvernement redessine la carte hospitalière" Le Monde 3 août 1999.
- Jean-Michel BUDET "La réforme de l'hospitalisation publique et privée : les clés de l'ordonnance hospitalière du 24 avril 1996"
- Gilles CALMES, Laura LEFRANC et Jean-Paul SEGADES "Coopération hospitalière : l'épreuve de vérité" (Masson 1998).
- Christine DUPRE "Les réseaux vus de l'hôpital" Actualité et dossier en santé publique – sept. 1998.
- Christine GUILLEMIN "Organisation médicale : vers un élargissement de la responsabilité des cliniques privées" (Stratégie Santé Mensuel n° 79 avril 1996).
- Jacques RENARD "Coopération secteur public, secteur privé : un défi relevé, une synergie dynamisante".
- Pierre SAVIN "Réforme de l'hospitalisation : ce qui va changer pour les cliniques privées" Le Directeur d'hôpital octobre 1996.
- Christine UNGERER et Dominique FERNANDEZ "Observatoire régional de la santé d'Alsace (O.R.S.A.L.)" 1997.
- Christian VALLAR "Les structures juridiques de la coopération interhospitalière".
- Revue hospitalière de France (janvier - février 1998) : "Les communautés hospitalières et les groupements de coopération sanitaire".
- Revue hospitalière de France (juillet – août 1999) : "Sous la couverture maladie universelle, la coopération hospitalière".
- Conseil d'Etat /Rapport public 1998 "Réflexions sur le droit de la santé".
- Agence régionale de l'hospitalisation d'Alsace : Bilan du schéma régional d'organisation sanitaire 1,
- Agence régionale de l'hospitalisation d'Alsace : Schéma régional d'organisation sanitaire 2.
- Questions hospitalières : Agences régionales de l'hospitalisation, contexte et grands enjeux (Revue hospitalière de France, janvier – février 1998).

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	2
----------------------------	----------

SOMMAIRE	3
-----------------------	----------

I. L'IMPORTANCE DES AFFECTIONS CARDIO-VASCULAIRES EN ALSACE ET L'ACTUELLE OFFRE DE SOINS	4
---	----------

A. PRÉSENTATION DE LA RÉGION	4
1. AU NIVEAU GÉNÉRAL.....	4
2. AU NIVEAU SANITAIRE.....	4
B. LE CONTEXTE GÉNÉRAL EN MATIÈRE D'AFFECTIONS CARDIO-VASCULAIRES	5
1. UNE SURMORTALITÉ ÉLEVÉE.....	5
a) Des chiffres supérieurs aux moyennes nationales.....	5
b) Les projections effectuées pour les prochaines années ne permettent pas d'attendre des améliorations sensibles à court terme.....	7
2. LES AFFECTIONS CARDIO-VASCULAIRES DANS LE HAUT-RHIN.....	7
C. UN COÛT ÉLEVÉ	8
D. LE CONTEXTE MÉDICAL DANS LEQUEL S'INSCRIT LE PROJET DE COOPÉRATION EN CARDIOLOGIE ENTRE LES ÉTABLISSEMENTS COLMARIENS	8
1. L'ÉVOLUTION DES TECHNIQUES MÉDICALES CRÉE UN ENVIRONNEMENT PLUS FAVORABLE À LA COOPÉRATION HOSPITALIÈRE.....	8
2. LE CONTEXTE HUMAIN.....	9
E. UNE OFFRE DE SOINS NON OPTIMALE DANS LA RÉGION	11
1. LA SITUATION.....	11
a) La démographie des cardiologues.....	11
b) La cardiologie hospitalière.....	11
c) La prise en charge de l'urgence cardiaque.....	12
2. LES ORIENTATIONS ARRÊTÉES PAR LES POUVOIRS PUBLICS.....	14
a) Le schéma régional d'organisation sanitaire de 1 ^{ère} génération relevait déjà la situation préoccupante de l'Alsace en matière de pathologies cardio-vasculaires.....	14
(1) Ses objectifs en cardiologie.....	14
(2) La prise en charge cardiologique dans les établissements de santé.....	15
(3) Le bilan à l'expiration du premier schéma régional d'organisation sanitaire.....	16
b) Le schéma régional d'organisation sanitaire de 2 ^{ème} génération fait de la cardiologie une priorité régionale de santé publique.....	16
(1) Le constat.....	16
(2) Les axes structurants pour la révision du schéma régional.....	17
(3) Les évolutions récentes de la tutelle : l'état des lieux et les propositions d'amélioration formulées en juin 1999.....	17
(4) Les décisions arrêtées dans le nouveau schéma régional d'organisation sanitaire.....	22
F. LES ÉQUIPEMENTS EN CARDIOLOGIE À COLMAR	23
1. LE GROUPE HOSPITALIER PRIVÉ DU CENTRE ALSACE : UN PÔLE D'EXCELLENCE EN CARDIOLOGIE.....	25
a) Un établissement en voie de restructuration.....	25
(1) L'origine des trois établissements qui constituent le Groupe hospitalier privé du Centre Alsace.....	25

(2)	Leur fusion au sein du Groupe hospitalier privé du Centre Alsace et l'évolution de celui-ci.	25
b)	La place de la cardiologie dans la Clinique Saint-Joseph.	26
2.	LES HÔPITAUX CIVILS DE COLMAR : UN ÉTABLISSEMENT AUX DISCIPLINES MULTIPLES.	27
a)	L'un des trois plus grands établissements de santé d'Alsace.	27
b)	Les disciplines cardio-vasculaires occupent une place importante dans les activités de l'établissement.	27
(1)	La place de ce secteur.	27
(2)	Le service de cardiologie des Hôpitaux civils de Colmar.	28
c)	La cardiologie des Hôpitaux civils de Colmar présente toutefois des faiblesses face à la concurrence du Groupe hospitalier privé du Centre Alsace.	28

II. LES AVANTAGES PRÉSENTÉS PAR UNE COOPÉRATION ET LES POSSIBILITÉS OFFERTES PAR LA RÉGLEMENTATION.....29

A.	LA PLANIFICATION RÉGIONALE.....	29
1.	UNE PRISE DE CONSCIENCE RÉCENTE MAIS TOUJOURS PLUS PRÉCISE DU CARACTÈRE IMPÉRATIF D'UNE COOPÉRATION ENTRE ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ INDÉPENDAMMENT DE LEUR STATUT.	29
2.	L'INTERVENTION DES ORDONNANCES DE 1996 SOULIGNE LA VOLONTÉ DES POUVOIRS PUBLICS DE DONNER UN NOUVEL ÉLAN À LA COOPÉRATION HOSPITALIÈRE.	30
B.	LA RÉGLEMENTATION ISSUE DES APPORTS SUCCESSIFS AUX MODES DE COOPÉRATION HOSPITALIÈRE OFFRE AUX ACTEURS DE SANTÉ UNE GAMME VARIÉE DE CADRES JURIDIQUES ADAPTÉS À LEURS SPÉCIFICITÉS.....	31
1.	LA POLITIQUE DE COOPÉRATION INTERHOSPITALIÈRE.....	31
a)	Le développement de cette coopération.	31
b)	Les formes de la coopération hospitalière.	33
(1)	Les premières initiatives en matière de coopération hospitalière.	33
(2)	Les groupements interhospitaliers.	33
(3)	Les cliniques ouvertes.	34
(4)	Les syndicats interhospitaliers (SIH).	34
(5)	Les groupements d'intérêt public (GIP).	35
(6)	Les groupements d'intérêt économique (GIE).	36
(7)	La voie conventionnelle.	37
(8)	La constitution d'une association.	38
2.	LES INNOVATIONS INTRODUITES PAR LES ORDONNANCES DU 24 AVRIL 1996.....	39
a)	Les orientations des ordonnances.	40
(1)	Les Communautés d'établissements de santé.....	41
(2)	Les Groupements de coopération sanitaire : une formule de coopération élargie.....	41
(3)	Une formule souple : les réseaux de soins.....	42
b)	Les enjeux des nouvelles structures de coopération.....	45
(1)	Le contexte stratégique.....	45
(2)	Les conditions de leur efficacité.....	46
C.	L'INTERVENTION DE LA LOI RELATIVE À LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE ENRICHIT LES DISPOSITIFS DE COOPÉRATION.....	47
1.	LA LOI COMPLÈTE LES RÉGIMES DU SYNDICAT INTERHOSPITALIER ET DU GROUPEMENT DE COOPÉRATION SANITAIRE.	47
a)	Les dispositions relatives au syndicat interhospitalier.....	47
(1)	Une composition plus restreinte.	47
(2)	Des missions clarifiées.	48
b)	Le groupement de coopération sanitaire.	48
2.	LA LOI CRÉE DEUX NOUVELLES STRUCTURES DE COOPÉRATION HOSPITALIÈRE.	49
a)	La fédération médicale interhospitalière.	49
b)	L'établissement public de santé interhospitalier.....	49

D.	LES POSITIONS DES ACTEURS EN PRÉSENCE SUR LE PRINCIPE ET LES CONDITIONS DE LA COOPÉRATION.....	50
1.	LES ÉTABLISSEMENTS CONCERNÉS PAR LE PROJET DE CONVENTION.....	50
a)	La position du service de cardiologie des Hôpitaux civils de Colmar.....	50
(1)	Vis-à-vis de la Clinique Saint-Joseph.....	50
(2)	Sur le principe même d'une coopération.....	51
(3)	La position de la direction des Hôpitaux civils de Colmar.....	52
(4)	Les enjeux.....	54
b)	La position du Groupe d'hospitalisation privée du Centre Alsace.....	55
(1)	Une forte activité en cardiologie interventionnelle.....	55
(2)	Les priorités de la direction du Groupe hospitalier privé du Centre Alsace.....	56
2.	LA POSITION DES SERVICES DE L'ÉTAT.....	57
a)	Les objectifs de l'Agence régionale pour l'hospitalisation d'Alsace.....	57
(1)	Sa position initiale.....	57
(2)	Les évolutions récentes de la tutelle.....	58
b)	La position du Service médical régional.....	58
3.	LE SERVICE DE CARDIOLOGIE DU CENTRE HOSPITALIER DE MULHOUSE : UN PARTENAIRE INDISPENSABLE POUR LES ÉTABLISSEMENTS COLMARIENS.....	59
E.	LES DÉVELOPPEMENTS RÉCENTS AU SEIN DES HÔPITAUX CIVILS DE COLMAR.....	60
1.	LA SENSIBILISATION DES ACTEURS.....	60
2.	LA COOPÉRATION AVEC LE GROUPE HOSPITALIER PRIVÉ DU CENTRE ALSACE S'INSCRIRAIT DANS LE CADRE DE LA POLITIQUE GLOBALE DE L'ÉTABLISSEMENT ET COMPLÉTERAIT LES DISPOSITIFS DÉJÀ EN PLACE DANS D'AUTRES DOMAINES AU NIVEAU DU SECTEUR SANITAIRE.....	61
a)	Une rationalisation de l'offre de soins pour le court séjour.....	61
b)	La Communauté d'établissements de santé du Centre Alsace Plaine-Vosges.....	62

III. L'ACTION ENVISAGÉE SE HEURTE À DES OBSTACLES CLASSIQUES EN MATIÈRE DE COOPÉRATION HOSPITALIÈRE.....64

A.	LA COOPÉRATION HOSPITALIÈRE SE HEURTE ENCORE À DES LIMITES.....	64
1.	LES DIFFÉRENTES FORMES DE COOPÉRATION PRÉSENTENT DES INCONVÉNIENTS.....	64
a)	Les risques liés à certaines formes de coopération.....	64
b)	Les réticences des acteurs : l'exemple du groupement de coopération sanitaire.....	66
2.	L'EFFET DISSUASIF DES DIFFÉRENCES DE STATUTS ENTRE LES ÉTABLISSEMENTS.....	66
a)	Les effets des différences de statuts en matière de relations entre praticiens et patients.....	67
(1)	L'information du patient dans le cadre d'une coopération public-privé.....	67
(2)	La réparation de l'accident thérapeutique.....	68
b)	Les effets des différences de statuts entre personnels appelés à coopérer.....	69
(1)	Les effets des différences de régimes juridiques.....	69
(2)	Les aménagements souhaitables.....	69
B.	LES FREINS RÉCURRENTS DANS LE TYPE D'OPÉRATION CONSIDÉRÉE.....	71
C.	LES FACTEURS PROPRES AU TROISIÈME SECTEUR SANITAIRE D'ALSACE.....	72
1.	LES DIFFICULTÉS LIÉES À LA SITUATION RESPECTIVE DES DEUX SERVICES DE CARDIOLOGIE.....	72
a)	Des services qui ne pratiquent pas le même type d'examens.....	72
b)	L'absence de toute collaboration préalable entre les deux services rend plus difficile la formalisation de leur coopération.....	72
2.	LES DIVERGENCES SUR LA FORME JURIDIQUE D'UNE COOPÉRATION EFFICACE.....	73
D.	LES NÉGOCIATIONS EN COURS SONT EXEMPLAIRES DU RÔLE D'UN DIRECTEUR D'HÔPITAL EN MATIÈRE DE COMPLÉMENTARITÉ ENTRE ÉTABLISSEMENTS.....	74
1.	LES COMPLÉMENTARITÉS SONT UN MOYEN POUR LES DIRECTEURS D'HÔPITAL DE TENIR COMPTE DES IMPÉRATIFS DE SANTÉ PUBLIQUE.....	74
2.	LES DIRECTEURS DOIVENT CONCILIER IMPULSION ET COMMUNICATION AVEC LE RESPECT DE L'AUTONOMIE DES PERSONNELS CONCERNÉS PAR LA COMPLÉMENTARITÉ.....	75

IV. DES SOLUTIONS SUSCEPTIBLES D'OPTIMISER L'OFFRE DE SOINS.....77

A.	LE CONTENU DU PROJET DE CONVENTION RELATIF À L'OFFRE DE SOINS SUR COLMAR.....	77
1.	UNE COLLABORATION PRÉVUE EN PLUSIEURS ÉTAPES AFIN D'EN FACILITER LE SUCCÈS.	77
2.	LE PROJET DE CONVENTION CADRE DANS LE DOMAINE DE LA CARDIOLOGIE.....	78
a)	Le "schéma cible" pour l'organisation des soins cardiologiques.	78
(1)	Les explorations cardiologiques non invasives.	78
(2)	Les angioplasties transluminales coronariennes.	78
b)	Les principes généraux du fonctionnement médical.	79
c)	Les principes généraux du fonctionnement administratif.....	79
d)	Le suivi et l'évaluation de la coopération.	79
e)	Les préalables conventionnels à la mise en place de la coopération.	80
B.	DES STRUCTURES POUVANT SERVIR D'EXEMPLE À LA COOPÉRATION EN COURS.	80
1.	L'EXEMPLE DE LA CONVENTION DE COOPÉRATION CONCLUE ENTRE LE CENTRE HOSPITALIER DE MULHOUSE ET UNE CLINIQUE LOCALE.	80
2.	UN EXEMPLE DE CONVENTION RÉUSSIE : LE CENTRE BIPOLAIRE D'ANGIOGRAPHIES ET D'ANGIOPLASTIES CORONAIRES ASSOCIANT LES SERVICES DE CARDIOLOGIE DES CENTRES HOSPITALIERS D'AULNAY-SOUS-BOIS (SEINE-SAINT-DENIS) ET DE GONESSE (VAL D'OISE).....	81
a)	Les fondements de la coopération.	81
b)	Ses dispositions.	82
c)	Ses résultats.	82
3.	LE COLLÈGE DE CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE DU BAS-RHIN.	83
a)	Le contexte de sa création.	83
b)	Une initiative des praticiens qui prouve le rôle déterminant des personnels appelés à assurer la coopération.....	84
c)	Les modalités de la coopération tripartite.....	84
C.	LA MISE EN PLACE D'UNE COMPLÉMENTARITÉ EFFICACE REPRÉSENTERA UN ATOUT POUR LES ÉTABLISSEMENTS DANS LE CADRE DE LA PROCÉDURE D'ACCREDITATION.	85
D.	LES CONDITIONS DE LA RÉUSSITE D'UNE COOPÉRATION HOSPITALIÈRE.	86
1.	LA COOPÉRATION NE PEUT SE LIMITER AU SEUL CHOIX ENTRE STRUCTURES JURIDIQUES.	86
2.	LA COOPÉRATION NÉCESSITE UNE POLITIQUE INTERNE DESTINÉE À EMPORTER LA CONVICTON DES ACTEURS.	87
3.	LA COOPÉRATION DEVRAIT S'INSCRIRE DANS UN CADRE JURIDIQUE SUFFISAMMENT PRÉCIS.	87
E.	L'OPTIMISATION DE L'OFFRE DE SOINS DANS L'INTÉRÊT DES MALADES REND NÉCESSAIRE À TERME LE DÉPASSEMENT DES SOLUTIONS ENVISAGÉES ACTUELLEMENT.....	88
1.	LA NÉCESSITÉ D'ALLER AU-DELÀ D'UN SIMPLE RAPPROCHEMENT ENTRE LES DEUX ÉTABLISSEMENTS POUR INTÉGRER L'ENSEMBLE DES ACTEURS EN AMONT COMME EN AVAL DE L'HOSPITALISATION.	89
2.	UNE INDISPENSABLE RATIONALISATION AU NIVEAU DÉPARTEMENTAL.	89
a)	Les justifications à une amélioration de l'offre de soins au niveau du département.....	89
b)	La prise de conscience par les acteurs du caractère incontournable de la complémentarité : les orientations convenues d'un commun accord.	91
(1)	Les objectifs du partenariat en cours de négociations.	91
(2)	L'intérêt d'une astreinte départementale pour les angioplasties transluminales coronariennes.....	91
(3)	Un objectif à plus long terme : la mise en place d'un collège de cardiologie au niveau du Haut-Rhin.	92
3.	UN EXEMPLE EUROPÉEN : LE CENTRE DE CARDIOLOGIE DE BAD KROZINGEN (BADE-WURTEMBERG).	93
a)	La pertinence d'une comparaison européenne.....	93
b)	Le Centre de cardiologie de Bad Krozingen.	94
(1)	Le système allemand : des centres spécialisés par pathologies.	94
(2)	Les activités du Centre de cardiologie de Bad-Krozingen.	94
	CONCLUSION.....	96

ANNEXES	97
LA RÉPARTITION DES LITS D'USIC EN ALSACE EN 1996	97
LA MORBIDITÉ EN ALSACE	97
TAUX ANNUEL D'INFARCTUS DU MYOCARDE POUR 100 000 HABITANTS	97
(INFARCTUS INAUGURAUX ET RÉCIDIVES) - AGE 35-64 ANS - ANNÉE 1993	97
TAUX STANDARDISÉS SUR LA POPULATION MONDIALE.....	97
TAUX D'INCIDENCE DE L'INFARCTUS DU MYOCARDE POUR 100 000 HABITANTS.....	98
(INFARCTUS INAUGURAUX) - AGE 35-64 ANS - ANNÉE 1993	98
TAUX STANDARDISÉS SUR LA POPULATION MONDIALE.....	98
LA CARDIOLOGIE HOSPITALIÈRE EN ALSACE	98
LA RÉPARTITION RÉGIONALE DES LITS D'USIC EN 1996	98
ACTIVITÉ PAR ÉTABLISSEMENT : CORONAROGRAPHIES ET ANGIOPLASTIES TRANSLUMINALES DES CORONAIRES EN 1997 ET 1998 (DONNÉES DÉCLARATIVES)	99
NOMBRE DE CENTRES D'ANGIOPLASTIE TRANSLUMINALE DES CORONAIRES	99
EN EUROPE.....	99
ACTIVITÉ PAR ÉTABLISSEMENT : IMPLANTATION DE STIMULATEURS CARDIAQUES	100
ET DE DÉFIBRILLATEURS EN 1997 ET 1998 (DONNÉES DÉCLARATIVES)	100
ACTIVITÉ PAR ÉTABLISSEMENT : EFFECTIF ANNUEL DES SÉJOURS POUR INFARCTUS AIGU DU MYOCARDE.....	101
URGENCES: ACTIVITÉ DANS CINQ ÉTABLISSEMENTS (1998)	101
 BIBLIOGRAPHIE.....	 102
 TABLE DES MATIÈRES.....	 103