



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur d'Hôpital

Date du Jury : Décembre 2002

Point de vue sur la recomposition de l'offre de soins

Aurore BOUQUEREL

Sommaire

<u>1- UNE HISTOIRE DE CŒUR ENTRE GASCOGNE ET BEARN</u>	9
<u>1.1 Le champ de l'étude : La prise en charge des pathologies cardiovasculaires en aquitaine</u>	9
1.1.1 <u>Le cadre physique : l'Aquitaine</u>	9
1.1.2 <u>Le cadre "pathologique" : Les affections cardiovasculaires</u>	14
<u>1.2 la Fédération Interhospitalière de cardiologie du sud aquitaine</u>	18
1.2.1 <u>Une Fédération Médicale Interhospitalière ...</u>	19
1.2.2 <u>... appliquée à la cardiologie entre cinq établissements des Pays de l'Adour</u>	21
1.2.3 <u>Aux origines de la Fédération</u>	27
<u>1.3 Point de vue sur la Fédération interhospitalière de cardiologie des pays de l'adour</u>	35
1.3.1 <u>La Fédération côté jardin</u>	35
1.3.2 <u>La Fédération côté cour</u>	40
<u>2- L'ORGANISATION DE L'OFFRE DE SOINS FACE AUX REALITES SOCIOSANITAIRES</u>	50
<u>2.1 Le diagnostic : un système de santé en crise d'efficacité</u>	50
2.1.1 <u>Les désordres à l'origine de la crise</u>	51
2.1.2 <u>Une expérience de réordonnement partiel de l'offre de soins : La F.I.C.S.A.</u>	54
<u>2.2 Pour une Répartition plus juste des services de santé sur le territoire</u>	59
2.2.1 <u>De l'aménagement sanitaire de l'espace ...</u>	60
2.2.2 <u>... A l'aménagement de l'espace sanitaire</u>	68
<u>3- LE SERVICE PUBLIC HOSPITALIER : PREMIERS GESTES DE SECOURS</u> ..	74
<u>3.1 le service public hospitalier dans la tourmente</u>	75
3.1.1 <u>La création du S.P.H répondait à des exigences accrues du corps social en matière sanitaire</u>	75
3.1.2 <u>La remise en cause du service public</u>	79
<u>3.2 Les scénarii de réforme</u>	83
3.2.1 <u>La régulation par la concurrence</u>	85
3.2.2 <u>La régulation par la coordination</u>	92

Liste des sigles utilisés

A.R.H.....	Agence Régionale de l'Hospitalisation
C.A.E.....	Conseil d'Analyse Economique
C.D.C.....	Cour Des Comptes
C.H.U.....	Centre Hospitalier Universitaire
C.M.E.....	Commission Médicale d'Etablissement
C.N.O.S.S.....	Comité National de l'Organisation Sanitaire et Sociale
C.T.E.....	Comité Technique d'Etablissement
F.I.C.S.A.....	Fédération Interhospitalière de Cardiologie du Sud Aquitaine
F.M.I.....	Fédération Médicale Interhospitalière
G.C.S.....	Groupement de Coopération Sanitaire
G.H.M.....	Groupe Homogène de Malades
I.D.M.....	Infarctus Du Myocarde
L.F.S.S.....	Loi de Financement de la sécurité Sociale
M.C.O.....	Médecine Chirurgie Obstétrique
N.H.S.....	National Health Service
O.M.S.....	Organisation Mondiale de la Santé
O.N.D.A.M.....	Objectif National des Dépenses D'Assurance Maladie
P.I.B.....	Produit Intérieur Brut
P.S.P.H.....	Participant au Service Public Hospitalier
S.A.M.U.....	Service d'Aide Médicale Urgente
S.A.U.....	Service d'Accueil des Urgences
S.I.D.A.....	Syndrome de l'Immuno Déficience Acquise
S.I.H.....	Syndicat Inter Hospitalier
S.P.H.....	Service Public Hospitalier
S.R.O.S.....	Schéma Régional de l'Organisation des Soins
U.S.I.C.....	Unité de Soins Intensifs de Cardiologie
V.I.H.....	Virus de l'Immuno déficience Humaine

*"Je suis de cet avis
qu'il n'est rien de plus noble que
de servir à tous et d'être utile à chacun".*

Montaigne,
Essais.

La région Aquitaine est formée de territoires aux identités marquées. C'est le cas de la Gascogne en particulier. Au XII^{ème} siècle, cette "province" entre dans les possessions de la famille d'Aquitaine et est alors partagée entre Aquitaine et Midi Pyrénées "*selon un clivage qui ne tenait pas compte du passé, [...] attentif seulement à l'attraction exercée par les grandes villes périphériques du monde gascon, Bordeaux et Toulouse, pourtant l'une tournée vers le Nord et l'autre vers l'Est.*" Née des montagnes, la Gascogne a pourtant connu une réalité historique, délimitée au Sud par les Pyrénées, au Nord par la Garonne et à l'Ouest par l'Océan Atlantique.

La Gascogne est fixée sur l'ancienne principauté des Neuf Peuples [Novempopulania] issue de la séparation des peuples du Sud de la Garonne, de leurs voisins du Nord dont le territoire conserve le nom d'Aquitaine. D'après les historiens, il existait une forte unité entre ces neuf peuples, répartis sur douze cités.

Les cités de la Province des Neuf Peuples

La cité des Elusates (Eauze), la cité des Dacquois (Dax), la cité des Lectorates (Lectoure), la cité des Convènes (Saint Bertrand), la cité des Consorrani (Couserans), la cité des Boïates (au sud de Bordeaux), la cité des Béarnais (Lescar), la cité des Aturenses (Aire), la cité des Vasates (Bazas), la cité des Bigourdans (Tarbes), la cité des Oloronais (Oloron) et la cité des Auscitains (Auch).

La montagne est celle qui a su le mieux préserver les souvenirs du passé unitaire. En ce qui concerne le Pays Basque, il n'aura échappé à personne que ses habitants n'ignorent rien de leur identité. Quant au Béarn, il a lui aussi sa tonalité propre, se définissant au temps de Gaston de Phébus comme un "*pays à part soy et séparé de la couronne de France*". A partir des IX^{ème} et X^{ème} siècles, le vicomté de Béarn trouvera son assise territoriale dans le cadre du duché de Gascogne. L'identité des Landes, aujourd'hui ordonnées autour de Bazas et Mont de Marsan [Qui apparaît au XII^{ème} siècle], s'est construite autour du climat, du sol et de l'étrangeté de certaines coutumes. Enfin l'Armagnac, actuel département du Gers, fut à une époque le nom d'un comté gascon.

Une autre histoire de territoires se déroule aujourd'hui, autour d'une question sanitaire. Les rattachements historiques semblent se perpétuer à travers les relations établies entre cinq établissements du Sud Aquitaine. Les Centres Hospitaliers de Dax, Mont de Marsan côté Landes, Oloron Sainte Marie, Orthez et Pau côté Pyrénées Atlantiques et Béarn se sont regroupés en 2002 au sein d'une Fédération Médicale Interhospitalière, intitulée *Fédération Interhospitalière de Cardiologie du Sud Aquitaine [F.I.C.S.A]*. Cette coopération s'ordonne donc autour de la prise en charge des pathologies cardiovasculaires dans le Sud Aquitaine.

Ce projet a une origine principalement médicale :

"Au cours d'une réunion informelle entre cardiologues des établissements de Dax, Mont de Marsan, Oloron Sainte Marie, Orthez et Pau, il a été discuté du présent et de l'avenir de l'organisation de la prise en charge globale des patients ayant une pathologie cardiovasculaire.

*Il a semblé à tous que le regroupement des moyens humains et matériels était une condition nécessaire pour cette prise en charge **globale** d'une part, pour réduire la charge de travail de chaque établissement d'autre part."*¹

Pourquoi parler ici d'une nouvelle histoire de territoires ? La création de la F.I.C.S.A aboutit à l'apparition d'un pôle de cardiologie de dimension régionale. On peut dire que, sur un plan régional, le Sud s'organise "malgré" le Nord :

- Malgré le C.H.U de Bordeaux d'abord. La Fédération peut être vue comme un concurrent potentiel en particulier du fait de l'activité de chirurgie cardiaque en projet au Centre Hospitalier de Pau.
- Malgré la tutelle [A.R.H, Assurance Maladie] laquelle n'a pas été consultée ni associée à l'élaboration de cette structure et se trouve mise aujourd'hui devant le fait accompli.

L'originalité de la Fédération est également liée aux principes sur lesquels reposent l'organisation de la prise en charge des pathologies cardiovasculaires en son sein. Ainsi :

- Le bassin de population desservi n'est pas défini par les limites administratives traditionnelles. Le territoire considéré déborde le cadre des secteurs sanitaires et pourrait s'ouvrir sur la région Midi Pyrénées vers les établissements de Tarbes et de Lourdes.
- La prise en charge de la personne se veut globale, des urgences jusqu'à la rééducation, en passant par la prévention des accidents cardiovasculaires [Consultations d'hygiène de vie organisées par le Centre Hospitalier de Dax].
- L'articulation de l'intervention des différents établissements se fait selon le principe d'une médecine coordonnée. Les hôpitaux sont classés en plusieurs niveaux de soins.

Au premier abord, cette organisation paraît se construire d'une part autour du malade et d'autre part autour d'une approche du territoire davantage socio-historique que celle que l'on applique aujourd'hui dans le cadre de la planification sanitaire. La Fédération répond au besoin de rééquilibrer l'offre de soins de cardiologie en Aquitaine, caractérisée par sa concentration l'agglomération bordelaise.

¹ Projet médical de la Fédération Interhospitalière de Cardiologie du Sud Aquitaine.

Elle suggère une méthode de répartition des ressources hospitalières intéressante à la fois dans la perspective de l'élaboration des S.R.O.S de troisième génération et par rapport aux défis que le système de soins est appelé à relever aujourd'hui.

En effet, l'avenir du système de soins et de son secteur hospitalier en particulier est marqué par quelques tendances importantes.

La première réside dans le caractère vieillissant de la population :

- Les personnes de plus de 65 ans sont de plus en plus nombreuses,
- La part des personnes d'un grand âge augmente,
- Grâce aux progrès pharmaceutiques et médicaux, la maladie apparaît plus tard, mais peut-être de manière plus grave aussi.

On connaît désormais un certain "confort" dans le vieillissement. Plus que jamais, on naît, on vit et on meurt à l'hôpital. On ne se contente plus de guérir des personnes, on s'efforce de prolonger la vie au moment où celle-ci tente de s'échapper.

Les données épidémiologiques changent elles aussi : La population hospitalisée souffre davantage de polyopathologies ; Des structures médicalisées sont nécessaires pour accueillir les personnes après la prise en charge de la phase aiguë de leur maladie afin d'assurer leur surveillance. Le besoin en centres de moyens séjours et des outils de suivi à domicile devrait augmenter.

Ces changements sont déjà visibles dans la population et dans le fonctionnement des hôpitaux. Pourtant, le système de soins et sa composante hospitalière n'ont toujours pas effectué leur transition vers ce nouveau modèle épidémiologique, ce que montre le caractère sous-optimal de la gestion des capacités d'hébergement et d'expertise de l'hôpital. En effet, les services de médecine ne savent plus où mettre leurs malades ; Les services de moyen et long séjour ont eux aussi des taux d'occupation élevés ; Les services d'urgences débordent. Parallèlement, les services de chirurgie sont partiellement occupés par des patients hébergés de médecine. Il y a un "gisement" pour la conversion de lits.

Le classement des hôpitaux, initié par le magazine Science et Vie et repris par le Figaro, puis le Point en donne une autre illustration. Ce classement est construit à partir de spécialités chirurgicales pour l'essentiel, c'est-à-dire les activités "nobles" et relevant du curatif. Cette vitrine ne reflète pourtant pas ce qu'est réellement l'activité de l'hôpital [public notamment] aujourd'hui.

La deuxième tendance est liée à l'évolution démographique des professionnels de santé, doublée ou aggravée par de nouvelles contraintes réglementaires.

En effet, alors que la population fragile et susceptible d'être en mauvaise santé va croître, le nombre des professionnels de santé va baisser puis se stabiliser. La situation est préoccupante notamment pour les personnels médicaux et paramédicaux.

Rapport sur la démographie médicale, Direction Générale de la Santé, 2001

Sous l'hypothèse d'un *numerus clausus* maintenu à 4 700 élèves formés chaque année et en supposant constants les comportements de choix de filière, d'installation et de départ à la retraite, le nombre de médecins en France par habitant pourrait baisser de 24% d'ici 2020.

Le malthusianisme a déjà frappé dans certaines spécialités médicales. Jean de Kervasdoué agite également le spectre de la désertion de l'hôpital public par ses médecins. Leurs conditions de travail pourraient les conduire à *"abandonner le salariat pour s'installer à leur compte. Il leur sera plus rémunérateur de louer leurs services à l'établissement qu'ils viennent de quitter. L'hôpital sera contraint de leur passer contrat sous peine de fermeture."*¹ On relèvera que la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 prévoit la création d'un Observatoire de la démographie des professions de santé et de l'évolution de leurs métiers, mesure que la C.D.C qualifie *"d'utile, mais de tardive"*.²

A ces perspectives démographiques pessimistes, le dispositif de réduction du temps de travail est venu apporter des contraintes supplémentaires, alors que sur le principe, organiser et aménager le temps de travail pouvaient permettre de réfléchir sur les organisations de travail et pourquoi pas de dégager des gains de productivité au sein de l'hôpital. Les moyens accordés dans le cadre de cette réforme vont connaître une montée en charge jusqu'en 2004. Pour l'instant, et alors que le volume de temps de travail a été réduit, l'effectif a peu ou n'a pas changé. Les établissements sont donc dans l'obligation de "caler la voile". La réduction de l'offre de soins entraîne le gonflement des listes d'attente. A la différence de nos voisins britanniques qui connaissent aussi ce phénomène, cette question est très peu débattue alors que c'est un réel problème de notre système de soins. La médecine de ville s'étant désolidarisée de la permanence des soins, les S.A.M.U et les S.A.U sont plus que jamais sollicités, tandis que la fermeture de lits dans les services pendant la période estivale, en particulier pour tenir compte des tensions sur les effectifs [Réduction du temps de travail et absentéisme se cumulent] ne permet pas d'écouler le flux et le flot de patients qui s'adressent aux urgences de l'hôpital. A besoin constant, les moyens sont stables. Un absentéisme important des personnels alourdit encore la gestion de cette situation.

Une des conséquence est un phénomène de quasi psychose collective, relayé par les médias. Le feuilleton de l'hôpital et de ses urgences au bord de l'explosion a alimenté les

¹ Le Monde, Analyse et débats, 19 juillet 2002.

² Rapport annuel relatif à l'exécution de la L.F.S.S pour 2001, page 272.

chroniques des journaux écrits et audiovisuels, au cours d'un été médiatiquement assez pauvre. Un des bilans à tirer est que les Français ont décidément le mauvais goût d'être malade lorsque "*administrativement, ils devraient être en bonne santé*".¹

Au vu de ces éléments, quel avenir se dessine pour l'hôpital public ? Devra-t-on transférer toute l'activité de chirurgie au secteur d'hospitalisation privé et ne conserver que des activités "sociales" dans le secteur public ? La C.D.C souligne déjà que la spécialisation des deux secteurs d'hospitalisation, public et privé, s'accroît : "*La chirurgie (essentiellement programmée) tend à se concentrer dans le secteur privé lucratif (53% des séjours chirurgicaux pour 27% de l'ensemble des lits de M.C.O), tandis que la médecine se concentre sur le secteur public (80% des séjours médicaux pour 63,5% des lits de M.C.O).*"² Est-on à ce point nostalgique des "bons soins" des Augustines de l'Hôtel Dieu du XIII^{ème} siècle ? Cette tendance à la spécialisation concerne l'activité de chirurgie elle-même : "*Interventions d'urgence et obstétrique dans les centres hospitaliers, chirurgie dans les cliniques et interventions longues et complexes dans les centres hospitaliers régionaux (chirurgie cardiaque, neurochirurgie, greffes ...)*".³

Il ne suffit plus de "*jeter l'argent aux problèmes de l'hôpital*".⁴ Un contexte de pénurie est *a priori* favorable à une réflexion sur les organisations. Il faut bousculer la structure pour remettre de l'ordre dans le système de soins et le système hospitalier.

La création de la Fédération s'inscrit dans un débat sur l'organisation de la prise en charge des pathologies cardiovasculaires dans le Sud Aquitaine. Dans le cadre plus large de l'organisation du système de soins, l'interrogation est la même : quelle organisation veut-on et peut-on mettre en place ?

La réponse se décompose en trois temps.

L'objectif est tout d'abord d'analyser et d'expliquer l'origine du rapprochement des établissements de Dax, Mont de Marsan, Oloron, Orthez et Pau autour de la prise en charge des pathologies cardiovasculaires.

On observe que l'offre de soins dans cette spécialité n'est pas répartie de façon équilibrée entre le Nord et le Sud de la région Aquitaine, plaçant certains habitants de la partie méridionale de l'Aquitaine à une distance supérieure à deux heures du pôle de chirurgie

¹ Le Monde, Analyse et débats, 19 juillet 2002

² Rapport annuel relatif à l'exécution de la L.F.S.S pour 2001, page 279.

³ Quotidien du médecin, 19 septembre 2002, "Chirurgie, des services moins nombreux et plus spécialisés".

⁴ Le Monde, Analyse et débats, 19 juillet 2002

cardiaque [Bordeaux]. La F.I.C.S.A vise donc à créer un second pôle de cardiologie en Aquitaine. Le regroupement de ces cinq établissements lui donne une dimension régionale.

Dans un deuxième temps, il s'agit de montrer quelle est l'originalité de la Fédération par rapport au modèle d'offre de soins traditionnel. Les caractéristiques de la planification sanitaire sont aujourd'hui :

- Une prise en charge basée sur des soins curatifs,
- Un positionnement non complémentaire des établissements de soins,
- Une répartition des équipements et des activités au sein des limites administratives,
- Une logique de fonctionnement centrée sur l'établissement.

Dans le cadre des futurs Schéma Régionaux d'Organisation Sanitaire, les principes dont s'inspire la Fédération pourraient constituer une piste de réflexion pour optimiser la répartition de l'offre de soins et trouver une issue à la "crise" que traverse le système de santé : crise financière, crise budgétaire, crise sociale liée à la persistance de fortes inégalités de santé, tandis que les traitements, les techniques médicales et les savoirs progressent et deviennent a priori plus performants.

A travers la recherche d'une meilleure allocation des ressources, c'est la question du rôle et de l'avenir du service public hospitalier qui est aussi posée. Cette "crise" n'épargne pas le S.P.H. Comment lui donner les moyens d'être en mesure de continuer à remplir les missions spécifiques qui sont les siennes, et qui, pour ce qui touche à la permanence des soins, ne sont plus relayées aujourd'hui par la médecine de ville ? Comme le souligne la Cour des Comptes, "[...] la réduction du recours à l'hôpital, en durée et en fréquence, chaque fois que les soins peuvent être délivrés par la médecine ambulatoire [...] suppose une remise en question des pratiques hospitalières [...]"¹.

Un "changement d'état d'esprit"² est nécessaire. L'alternative proposée dans cette étude met en comparaison la régulation par la concurrence et les mécanismes de coordination et fait le choix de la seconde.

¹ Rapport annuel relatif à l'exécution de la L.F.S.S pour 2001, page 349.

² Jean François Mattei

1 - UNE HISTOIRE DE CŒUR ENTRE GASCOGNE ET BEARN

Le décor se compose du Sud de l'Aquitaine aux pieds des Pyrénées au plan territorial et des maladies cardiovasculaires au plan médical.

Le personnage principal est une Fédération Interhospitalière de cardiologie animée par cinq établissements de santé publics des Landes côté Gascogne et des Pyrénées Atlantiques, côté Béarn.

1.1 LE CHAMP DE L'ETUDE : LA PRISE EN CHARGE DES PATHOLOGIES CARDIOVASCULAIRES EN AQUITAINE

Le cadre de cette étude comporte deux dimensions :

- L'une géographique : la région Aquitaine et en particulier les Pays de l'Adour.
- L'autre médicale : les affections cardiovasculaires.

1.1.1 Le cadre physique : l'Aquitaine

L'Aquitaine peut se décrire à partir de différents aspects : géographique tout d'abord, démographique ensuite et sanitaire enfin à travers les équipements mis à disposition de la population pour accéder aux soins.

1.1.1.1 La région et ses départements

La région Aquitaine est formée de cinq départements dont c'est une banalité de dire et d'écrire dans une France aux 36 000 communes et quelques centaines de sortes de fromages qu'ils sont marqués par leur diversité : Au sud, les Pyrénées Atlantiques, basques et béarnaises ; plus au nord, le département des Landes, recouvert par la plus grande forêt d'Europe (en superficie) ; puis les prestigieux vignobles de Gironde, avec Bordeaux, capitale administrative régionale et symbole d'un certain art de vivre ; enfin à l'est de la Gironde et de la Garonne la Dordogne et le Lot-et-Garonne, terres de vignes et de cultures maraîchères.

L'espace aquitain s'ordonne autour de quelques pôles urbains importants :

- La capitale, Bordeaux, depuis Libourne jusqu'au bassin d'Arcachon.
- La conurbation de Bayonne-Anglet-Biarritz.
- Pau dans la partie béarnaise des Pyrénées Atlantiques.
- Périgueux et Bergerac en Dordogne.

La répartition de la population sur ce territoire n'est pas homogène, comme le montrent ses caractéristiques démographiques.

1.1.1.2 L'Aquitaine, une terre d'accueil vieillissante

Le S.R.O.S¹ rappelle les principales caractéristiques géo-démographiques de l'Aquitaine :

Pour commencer , *"une densité de population assez faible, avec des contrastes importants :*

- *Les zones de peuplement sont denses le long des fleuves (Garonne, Dordogne et Isle), autour des centres urbains des Pyrénées Atlantiques (Pau et Bayonne)"* . On le vérifie également sur la façade atlantique (Arcachon, Conurbation de Bayonne-Anglet-Biarritz).
- *"Les zones de peuplement sont faibles au nord et au centre des Landes, ainsi qu'au centre de la Dordogne."*

En effet, si la population de l'Aquitaine s'établit à 2,9 millions d'habitants en 1999² , un tiers est établi en Gironde. La densité de population régionale est faible avec 70 habitants/km⁻² . Dans certaines zones, elle peut être inférieure à 10 voire 5 habitants/km⁻²³.

On pourra relever quelques éléments caractéristiques de cette population :

"Un secteur rural important" guetté par un mouvement de déclin⁴ en raison de l'évolution négative du solde naturel (insuffisance des naissances par rapport aux décès).

"Un afflux touristique estival important sur les côtes et à l'intérieur de la région". La population landaise passe ainsi de quelques 300 000 habitants toute l'année à 3 millions pendant la saison estivale, concentrés sur la côte.

Et enfin, *"un vieillissement important de la population, en particulier dans les zones les moins peuplées⁵"*, en particulier les Vallées d'Ossau et d'Aspe.

Les personnes âgées de 75 ans ou plus représentent 8,9% de la population régionale totale¹ contre 7,7% en moyenne nationale. A l'horizon 2010, deux phénomènes vont se conjuguer :

¹ Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

² Source INSEE – Recensement de la population mars 1999. <http://www.insee.fr>

³ Densité nationale : 108 habitants/km⁻².

⁴ INSEE – Modèle Omphale. *"Le quatre pages : INSEE Aquitaine. La population de l'Aquitaine en 2030"*.

⁵ S.R.O.S Aquitaine 1999 – 2004, page 2.

- La poursuite du vieillissement de la population, plus marqué dans des zones comme Périgueux, Bergerac ou Mont de Marsan,
- La diminution du nombre des moins de 25 ans ².

En ce qui concerne les départements qui font plus particulièrement l'objet de cette étude (Landes et Pyrénées Atlantiques), l'évolution démographique est globalement semblable à celle de la région :

Un accroissement de la population landaise dont l'âge moyen continue d'augmenter ³ . Le département demeure très attractif en particulier les villes de Dax et Mont de Marsan. L'installation des nouveaux arrivants compense le déficit naturel (excédent des décès sur les naissances) mais ne s'oppose pas au vieillissement de la population.

Une augmentation de la population des Pyrénées Atlantiques ⁴ . L'évolution est cependant contrastée selon que l'on considère les agglomérations de Pau et de Bayonne ou les zones rurales et de montagne. Ces dernières sont en déclin démographique. On y retrouve par ailleurs les plus fortes concentrations de personnes âgées (arrondissement d'Oloron Sainte Marie, bassin d'Orthez notamment).

1.1.1.3 L'offre de soins hospitalière régionale

L'offre publique de soins s'établit à 45 établissements dont :

- 1 C.H.U ⁵ (Bordeaux)
- 27 C.H ⁶

Au total, le taux d'équipement est de 4 683 lits dans les spécialités de médecine et 2 557 lits pour celles de chirurgie.

	Landes	Pyrénées Atlantiques
Lits publics installés en médecine	383 1,19 lits pour 1000 habitants	787 1,31 lits pour 1000 habitants
Lits publics installés en chirurgie	188 0,58 lits pour 1000 habitants	316 0,53 lits pour 1000 habitants

¹ INSEE – Modèle Omphale. "Le quatre pages : INSEE Aquitaine. La population de l'Aquitaine en 2030".

² INSEE – Modèle Omphale. "Le quatre pages : INSEE Aquitaine. La population de l'Aquitaine en 2030".

³ INSEE Aquitaine – Les Landes – Dossier n°33-3 Septembre 2000.

⁴ INSEE Aquitaine – Les Pyrénées Atlantiques– Dossier n°33-4 Septembre 2000.

⁵ Centre Hospitalier Universitaire

⁶ Centres Hospitaliers

La répartition de l'offre de soins selon les niveaux de prise en charge définis par le S.R.O.S s'opère comme indiqué sur la carte reproduite ci-dessous : (*carte non publiée*)

La définition des niveaux d'offre de soins¹

Le S.R.O.S définit quatre niveaux d'offre de soins (proximité, 1, 2 et 3). Chacun d'eux correspond à un panier minimal de services (disciplines et activités mises en œuvre sur le site). Il se définit par ailleurs par le temps d'accès des usagers à la structure. Le premier niveau est dit de proximité. La spécialisation et la diversité de l'offre de soins augmente avec l'échelle de ces pôles hospitaliers jusqu'au niveau 3, le C.H.U. a priori.

Les établissements de santé privés sont au nombre de 253, dont 68 de soins de courte durée. Leur capacité en lits de médecine est de 1 488 et de 3 267 en chirurgie.

En ce qui concerne le court séjour hospitalier, et spécifiquement le taux d'équipement en lits de médecine, l'Aquitaine se place au niveau de la moyenne nationale, établissements publics et privés confondus². En revanche, elle connaît un excédent en chirurgie³.

L'offre de soins de moyen séjour aquitaine (soins de suite et de réadaptation) est supérieure à la moyenne nationale. Ces équipements se concentrent plus particulièrement dans les Pyrénées Atlantiques⁴, dans le Pays Basque [Cambo-Les-Bains].

Le taux d'équipement est également légèrement excédentaire en ce qui concerne l'offre de soins de psychiatrie (publique et privée confondue), tant dans le secteur infanto-juvénile que celui de la psychiatrie générale. Les situations sont néanmoins contrastées selon les départements.

La région est découpée en sept secteurs sanitaires

Les limites du secteur n°4 correspondent pratiquement à celles du département des Landes. Il se caractérise par sa faiblesse démographique (nombre d'habitants et densité de population). Il se place par ailleurs au deuxième rang régional en ce qui concerne la part des personnes âgées dans la population.

Les établissements de Dax et Mont de Marsan sont les principaux pôles hospitaliers publics de ce secteur. Le S.R.O.S les définit comme des pôles de niveau 2 dans l'échelle de l'offre de soins.

¹ S.R.O.S Aquitaine 1999 – 2004 pages 8 à 13.

² Région au 1^{er} janvier 1998 : 2,12 lits pour 1000 habitants / France au 1^{er} janvier 1998 : 2,11 lits pour 1000 habitants. Données de cadrage sur la région Aquitaine, DRASS Aquitaine – Enquête S.A.E (Statistique d'activité des établissements).

³ Région au 1^{er} janvier 1998 : 2,01 lits pour 1000 habitants / France au 1^{er} janvier 1998 : 1,89 lits pour 1000 habitants. Données de cadrage sur la région Aquitaine, DRASS Aquitaine – Enquête S.A.E (Statistique d'activité des établissements).

⁴ 37,6% des lits publics et privés installés en Aquitaine au 1^{er} janvier 1998.

Les Pyrénées Atlantiques sont partagées entre le secteur 6 (Béarn – Haute Soule) et le secteur 7 (Pays Basque et trois cantons côtiers du sud ouest des Landes).

Le secteur n°6 comprend un pôle de niveau 2 (Pau) et deux pôles de niveau 1 (Oloron-Ste-Marie et Orthez).

A l'inverse du secteur n°4, sa population est importante et jeune.

Le secteur n°7 s'articule autour de Bayonne (pôle hospitalier de niveau 2) et Saint Palais – Ispoure (pôle hospitalier de niveau 1). La population est concentrée sur la partie ouest du secteur et tend à s'accroître.

En Aquitaine, c'est plus particulièrement la question de la prise en charge des pathologies cardiovasculaires dont il sera question.

1.1.2 Le cadre "pathologique" : Les affections cardiovasculaires ¹

Décrire le champ des affections cardiovasculaires revient à répondre à trois questions : De quoi souffre-t-on ? Comment et pourquoi est-on malade ? Comment est-on soigné, c'est-à-dire quels soins et quel type de prise en charge pour les affections cardiovasculaires ?

1.1.2.1 La notion de pathologie cardiovasculaire

Selon la définition de l'O.M.S ², les pathologies cardio-vasculaires regroupent les pathologies cardiaques, la pathologie coronaire et l'ensemble des pathologies liées aux phénomènes athéroscléreux ³, à l'hypertension artérielle et à la pathologie veineuse ⁴.

1.1.2.2 Epidémiologie des pathologies cardiovasculaires

L'objectif de l'épidémiologie est de mesurer la fréquence des maladies dans la population et d'en rechercher les causes.

Les maladies cardiovasculaires représentent la première cause de mortalité en France (32% des décès ont pour origine une affection cardiovasculaire). Elles sont par ailleurs le premier

¹ Les principales maladies rencontrées, les techniques d'exploration et quelques traitements invasifs sont rapidement décrits sous forme d'un glossaire en annexe

² Organisation Mondiale de la Santé.

³ Déséquilibre lipidique, cholestérol.

⁴ Classification Internationale des Maladies

motif d'admission en affection de longue durée ¹ et le troisième motif d'hospitalisation (12% des hospitalisations environ) ².

En Aquitaine 29% des décès sont dus aux maladies cardiovasculaires.³ .

Ces chiffres demeurent importants. Toutefois, les évolutions thérapeutiques et en particulier l'amélioration de la prise en charge hospitalière ont permis de réduire la mortalité due aux affections cardiovasculaires ⁴.

Les disparités interrégionales et interdépartementales sont une caractéristique importante de ces maladies. Mais elles ne se vérifient pas systématiquement et l'opposition entre le Nord et le Sud de la France connaît quelques exceptions. Ainsi la mortalité par maladie vasculaire cérébrale est élevée pour les femmes en Aquitaine [comme en Picardie], alors qu'elle y est basse pour les cardiopathies ischémiques.

Les principaux facteurs contrôlables de risque des maladies cardiovasculaires sont l'hypercholestérolémie, le tabagisme et l'hypertension artérielle. Le diabète, l'obésité, la sédentarité, le stress augmentent également le risque d'accident.

Le sexe, l'âge, l'hérédité ont une influence mais sont des facteurs non contrôlables.

En février 2002, le Ministre délégué à la Santé lançait un "*Programme national triennal de réduction globale des risques cardiovasculaires*" ⁵ comportant six objectifs :

1. Le suivi épidémiologique des facteurs de risque et des pathologies,
2. La promotion de la prévention,
3. La participation des usagers à leur prise en charge,
4. L'apprentissage des gestes de secours dès l'école,
5. L'amélioration de l'organisation des soins et de la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux,
6. La formulation [par l'A.N.A.E.S] de recommandations globalisées concernant la prévention et le dépistage des risques cardiovasculaires.

Il n'est pas certain que ce plan de lutte contre les maladies cardiovasculaires soit toujours d'actualité.

¹ Une affection est dite de "longue durée" lorsqu'elle figure sur une liste établie par décret (ALD30). Ces maladies supposent un traitement prolongé et coûteux. Le code de la Sécurité Sociale prévoit dans ce cas la suppression du ticket modérateur, normalement à la charge de l'assuré.

² "*La santé observée dans les régions de France*" ; Chapitre 7.3 "*Les affections cardiovasculaires*", Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de la Santé.

³ Service Médical Aquitaine n°26, page 6, avril 1999.

⁴ Service médical de l'Assurance Maladie, Prise en charge de l'I.D.M en Aquitaine, Mars 2001.

⁵ Quotidien du Médecin n°7060, 6 février 2002.

1.1.2.3 La prise en charge des maladies cardiovasculaires

1.1.2.3.1 Les techniques

En pratique, "le meilleur traitement sera celui mis en œuvre le plus tôt" ¹.

En premier lieu, des techniques d'exploration, invasives ou non, permettent d'évaluer la lésion et d'en préciser les caractéristiques : la radiographie thoracique, l'échographie doppler, l'angiographie, la scintigraphie, l'épreuve d'effort, le holter et le scanner – RMN. Ces examens peuvent comporter des risques.

Une formation adéquate du praticien et du personnel paramédical est donc un préalable indispensable afin d'assurer la sécurité du patient.

Les choix thérapeutiques subséquents sont médicamenteux ou invasifs. Chacun d'eux fait l'objet d'indications qui dépendent de nombreux facteurs tels que l'âge, les signes cliniques, le type de lésions, le degré de sténose ...

La chirurgie cardiaque (pontage, transplantation) et l'angioplastie figurent parmi les grandes catégories de traitement des pathologies cardiovasculaires.

1.1.2.3.2 Les équipements

En milieu hospitalier, la prise en charge des maladies cardiovasculaires comporte les activités de cardiologie médicale, de chirurgie cardiaque et de rééducation cardiaque.

La cardiologie médicale correspond à cinq disciplines : La médecine cardiovasculaire, la médecine générale de l'appareil circulatoire, la réanimation en cardiologie, la surveillance continue (en Unité de Soins Intensifs de Cardiologie), la cardiologie infantile.

La chirurgie cardiaque correspond à trois disciplines : La chirurgie thoracique cardiovasculaire, la chirurgie cardiovasculaire et la chirurgie vasculaire.

La rééducation cardiaque est une activité médicale de moyen séjour.

Ces activités sont encadrées à la fois par des textes réglementaires et des recommandations de sociétés savantes ou d'experts :

Les normes juridiques :

- Loi du 31 juillet 1991 [Articles L.6122-1 à L.6122-21 CSP relatifs au régime des autorisations, anciens articles L.712-8 à L.716-2 CSP].
- Décret n°91-78 du 16 janvier 1991 relatif aux activités de chirurgie cardiaque
- Décret n°2002-465 du 5 avril 2002 relatif aux établissements santé publics et privés pratiquant la réanimation et modifiant le Code de la Santé Publique [Articles R.712-90 à R.712-95 CSP].

¹ Service médical de l'Assurance Maladie, Prise en charge de l'I.D.M en Aquitaine, Mars 2001

- Décret n°2002-466 du 5 avril 2002 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour pratiquer les activités de réanimation, de soins intensifs et de surveillance continue et modifiant le Code de la Santé Publique [Articles D.712-104 à D.712-126 CSP].
- Arrêté du 26 mars 1998 relatif au contenu des schémas régionaux d'organisation sanitaire [pris pour l'application de l'article R.712-10 du Code de la Santé Publique].
- Circulaire DGS/DH/4B n°293 du 13 avril 1989 relative aux équipements matériels lourds.
- Circulaire DGS/SQ/DH/DE n°20 du 3 juin 1993 relative aux équipements matériels lourds

Les recommandations :

- Ce sont notamment celles de la Société Française de Cardiologie. Dans le cadre de cette étude, nous avons tenu compte en particulier des "*recommandations pour la prise en charge des urgences cardiologiques*", des "*recommandations concernant la prise en charge de l'infarctus du myocarde après la phase aiguë*", des "*recommandations concernant la formation des médecins coronarographistes et angioplasticiens, l'organisation et l'équipement des centres de coronarographie et d'angioplastie coronaire*", et des "*recommandations concernant la réadaptation des cardiaques*".
- L'A.N.A.E.S publie également des recommandations et références relatives à l'activité de cardiologie ¹ : "*Techniques invasives dans l'insuffisance coronaire*", "*Nouvelles techniques d'angioplastie coronaire*" en particulier.

Les activités sont encadrées par des indices comprenant :

- Un aspect quantitatif : Un bassin de population suffisant,
- Un aspect qualitatif : Les moyens techniques et humains réunis pour mettre en œuvre cette activité, évalués sur la base de recommandations d'experts ².

A l'exception de la chirurgie cardiaque réglementée sur la base d'un schéma national, les indices de besoins sont régionaux.

D'ores et déjà on peut souligner que l'aménagement sanitaire du territoire sur la base des indices de besoins présente certaines limites du point de vue de l'égalité d'accès aux soins des populations. "*Si au niveau national les besoins peuvent être considérés comme couverts, des inégalités demeurent entre les régions du fait des concentrations des unités dans les métropoles. Par conséquent, des zones très peuplées n'ont pas d'unités.*" ³

¹ Ces données sont disponibles auprès du service des études de L'A.N.A.E.S et en partie sur le site <http://www.anaes.fr>.

² La Société Française de Cardiologie en particulier.

³ Livre Blanc sur la cardiologie, 1996.

Ainsi, en Aquitaine, et jusqu'à une date récente, les seules unités de chirurgie cardiaque autorisées se trouvaient sur l'agglomération bordelaise [depuis une autorisation a été délivrée à l'hôpital F.Mitterrand de Pau].

Et dans son ensemble, l'offre de soins cardiologique en Aquitaine "se caractérise par une répartition inégale des centres de cardiologie interventionnelle" ¹.

Pour cette raison notamment, l'organisation de la prise en charge des pathologies cardiovasculaires figure parmi les priorités du S.R.O.S pour 1999-2004, complété par le volet complémentaire concernant la cardiologie interventionnelle et les maladies coronariennes pour 2001-2006.

Une meilleure réponse aux besoins de la population en cardiologie passe par "l'optimisation de la répartition territoriale" des unités de cardiologie interventionnelle (coronarographie, angioplastie coronaire et chirurgie cardiaque) et la mise en place de filières de soins "afin de coordonner la prise en charge globale du patient"².

Au niveau des secteurs sanitaires des Landes et du Béarn (respectivement secteurs 4 et 6), l'accent est mis sur le développement de complémentarités inter-établissements. Ces liens ne sont cependant envisagés qu'à l'intérieur de chaque secteur.³.

La mise en place au cours de l'année 2002 d'une "Fédération interhospitalière à orientation cardiologique" entre les établissements de Dax, Mont de Marsan, Pau, Oloron Ste Marie et Orthez s'inscrit dans la dynamique de coopération préconisée par le S.R.O.S. Elle s'organise sur une base à la fois inter établissements et intersectorielle.

1.2 LA FEDERATION INTERHOSPITALIERE DE CARDIOLOGIE DU SUD AQUITAINE

Deux questions se posent :

- De quoi s'agit-il ? : On y répondra en définissant d'un point de vue général la notion de Fédération Médicale Interhospitalière et du point de vue particulier des établissements de

¹ Service médical de l'Assurance Maladie, Prise en charge de l'I.D.M en Aquitaine, Mars 2001, p.6.

² S.R.O.S Aquitaine 1999-2004 page 71.

³ S.R.O.S Aquitaine 1999-2004 page 126 : "La collaboration entre les différents établissements du secteur [n°4] devra être améliorée de façon à optimiser l'utilisation des moyens affectés à Mont de Marsan". Page 142 : "Une complémentarité sera à instaurer en matière de cardiologie entre le Centre Hospitalier de Pau et la Clinique cardiologique d'Aressy" [établissement privé de l'agglomération paloise].

Dax, Mont de Marsan, Oloron Ste Marie, Orthez et Pau regroupés au sein d'une Fédération Interhospitalière de cardiologie.

- Comment en est-on arrivé à cette structure ? : Le rappel du contexte régional et des étapes ayant conduit à la création de la Fédération permettra d'y répondre.

1.2.1 Une Fédération Médicale Interhospitalière ...

C'est une présentation du cadre juridique des fédérations médicales interhospitalières tel qu'il résulte du Code de la Santé Publique. Un bilan sommaire des pratiques de recomposition sanitaire montre le caractère original de la formule.

1.2.1.1 Le cadre réglementaire

1.2.1.1.1 Nature et finalités

La fédération interhospitalière est une modalité de coopération inter établissements. Elle est régie par l'article L.6135-1 du Code de la Santé publique [ancien article L.713-11-3].

Elle est constituée en vue du "*rapprochement d'activités médicales*"¹. La fédération a donc vocation à organiser une coopération médicale.

1.2.1.1.2 Les conditions de création

Cet article du Code de la Santé Publique est, pour le moment, le seul texte régissant les fédérations interhospitalières. Les normes qui entourent ce type de "structure" sont donc *a priori* peu contraignantes.

- Les candidats à la coopération

Les fédérations médicales interhospitalières ne concernent que les "*centres hospitaliers*"².

Ce terme doit être entendu *a priori* comme ne désignant que les établissements publics de santé. En effet, les dispositions de l'article L.6135-1 sur les compétences des organes délibératifs et consultatifs des structures candidates à la coopération parlent du "*conseil d'administration*" et de "*la commission médicale et du comité technique d'établissement*" sans évoquer d'organes de gestion équivalents.

En allant plus loin, cette expression pourrait ne concerner que la catégorie d'établissement intitulée "*centres hospitaliers*" d'après la loi du 31 juillet 1991, à savoir "*les établissements publics de santé qui ne figurent ni sur la liste des centres hospitaliers régionaux ni sur la liste d'hôpitaux locaux*"³.

¹ Article L.6135-1 CSP, alinéa 1.

² Article L.6135-1 CSP alinéa 1

³ Article R.711-6-3 CSP.

Seraient donc exclus du champ de coopération ¹ : "Les syndicats interhospitaliers, les établissements publics de santé classés hôpitaux locaux, les établissements sociaux et médico-sociaux, les établissements de santé privés".

Les conditions de création d'une FMI [Fédération Médicale Interhospitalière]

Hormis les conditions relatives à la procédure, à savoir les délibérations concordantes des conseils d'administration des établissements et la consultation des commissions médicales et comités techniques d'établissement, la création d'une fédération suppose essentiellement "l'accord des responsables des structures" ² de soins dont le rapprochement est envisagé.

C'est donc la volonté des praticiens de travailler ensemble qui donne naissance à la fédération. Cela implique qu'elle repose sur un projet commun, a priori médical. Ce document peut être l'occasion de formaliser la décision des chefs de service, les textes n'imposant pas de modalités particulières d'officialisation.

1.2.1.1.3 La procédure

Elle se déroule en trois étapes :

- Dans un premier temps, il faut réunir "l'accord des responsables des structures" coopérantes.
- Puis, il faut recueillir "les avis des commissions médicales et des comités techniques de chaque établissement".
- Enfin, il convient d'obtenir "les délibérations concordantes des conseils d'administration" de ces établissements.

Ces délibérations ne sont pas soumises à un régime particulier d'approbation. Elles deviennent donc exécutoires dans les conditions "de droit commun" des décisions du Conseil d'administration, décrites à l'article L.6143-4 1° du Code de la Santé Publique ³ : contrôle *a posteriori* de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation et possibilité de saisir la Chambre Régionale des Comptes.

¹ Note relative aux fédérations médicales interhospitalières, M.Philippe JEAN, Directeur adjoint, Centre Hospitalier de Pau, Février 2002.

² Article L.6135-1 CSP alinéa 1.

³ "Les délibérations portant sur les matières énumérées [au 8° de l'article L.6143-1 du CSP] sont exécutoires de plein droit dès leur réception par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation."

Le 8° de l'article L.6143-1 concerne les actions de coopération et notamment la constitution d'une fédération médicale interhospitalière.

1.2.1.2 Les recompositions hospitalières en pratique

En ce qui concerne l'activité de cardiologie, les Centres Hospitaliers de Saint Malo et de Dinan se sont associés en 2001 au sein d'une Fédération Médicale Interhospitalière ¹. Cette organisation évolue vers la mise en place d'un réseau de santé au sens des articles L.6321-1 et L.6321-2 du Code de la Santé Publique ².

La fédération médicale interhospitalière créée en 1999 s'inspire de la fédération de services laquelle date de 1991. Globalement, la F.M.I connaît pour l'instant peu d'applications. La plupart des fédérations existantes sont des structures de coopération internes à l'établissement : fédérations de services ou de départements.

Les F.M.I sont régies par l'article L.6146-4 du Code de la Santé Publique [ancien article L.714-25]. Elle suppose aussi une volonté partagée des chefs de service ou de département de se rapprocher. Les modalités de constitution et de fonctionnement s'inspirent aussi du même modèle.

En revanche, la fédération de service ou de département n'a pas pour vocation exclusive le rapprochement d'activités médicales. Son but peut être également de mutualiser les ressources de deux ou plusieurs services (lits, moyens en personnel ...).

Les établissements de Dax, Mont de Marsan, Oloron Ste Marie, Orthez et Pau se sont regroupés au sein d'une Fédération Médicale Interhospitalière à orientation cardiologique.

1.2.2 ... appliquée à la cardiologie entre cinq établissements des Pays de l'Adour

Répartis sur deux secteurs sanitaires, ces cinq établissements sont situés au sud de la région Aquitaine. Leur projet de Fédération vise à créer entre ses membres et autour de la spécialité de cardiologie une dynamique de fonctionnement en réseau.

1.2.2.1 Les établissements membres de la Fédération

La F.I.C [Fédération Interhospitalière de Cardiologie] du Sud Aquitaine se met en place entre les établissements de Dax [40], Mont de Marsan [40], Orthez [64], Oloron Ste Marie [64] et Pau [64].

Cette présentation appelle une double précision :

¹ <http://cardisam.free.fr>

² Issus de l'article 84 de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 sur les droits des patients et la qualité du système de santé.

1. Elle se "met en place" : A ce jour **22 septembre**, la fédération fonctionne, mais les établissements d'Orthez et d'Oloron Ste Marie n'ont pas encore officialisé leur adhésion. Le projet est encore en attente d'un passage devant leurs instances respectives.

2. Il serait plus exact de dire qu'elle se met en place "formellement" : Cette organisation ne fait qu'entériner et valoriser des pratiques de coopération et d'échanges déjà existantes entre certains de ces établissements.

Les établissements de Dax et de Mont de Marsan, situés dans le secteur sanitaire n°4, sont des pôles hospitaliers de niveau 2 ¹.

Dax, ville de 37 200 habitants et sous-préfecture du département des Landes est la première station thermale de France.

Le Centre Hospitalier regroupe 985 lits dont :

345 lits de court séjour,

145 lits de médecine thermique,

440 lits de soins de longue durée

23 places de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et

28 places pour la prise en charge des autistes adultes.

Le Directeur de l'établissement est Monsieur Francis Salles et le chef du service de cardiologie, Monsieur le Docteur Baudet. Ce service de 34 lits (dont soins intensifs de cardiologie) ne pratique pas de cardiologie interventionnelle ². C'est en revanche le seul établissement de la fédération à proposer des consultations d'hygiène de vie ³.

Près de 1 500 personnes y ont été accueillies au cours de l'année 2001 ⁴.

Mont de Marsan, située plus au Nord du département compte 36 600 habitants. Elle est devenue préfecture du département par un "hasard" de l'histoire ; la création administrative des départements date de 1790. A ce moment, la formation du département des Landes présente quelques difficultés : en effet, Bayonne, Bordeaux, Dax et Mont de Marsan ont des conceptions différentes de la configuration future du département. "*En définitive, ce sont les députés de Mont de Marsan qui, profitant de l'absence des délégués [des Etats Généraux] de Dax lors d'une réunion, imposent la constitution du département avec Mont de Marsan comme chef lieu*". ⁵

L'actuel Centre Hospitalier est issu de la fusion, réalisée au 1^{er} janvier 2000, de l'hôpital général et de l'hôpital psychiatrique.

La capacité en lits du Centre Hospitalier est aujourd'hui de 1 209 lits.

L'établissement est dirigé par Monsieur Alain Sor et le service de cardiologie est placé sous la responsabilité de Monsieur le Docteur Pierre Rougier.

¹ Voir la définition des niveaux d'offre de soins page 7.

² Exemples : Coronarographies, angioplasties, chirurgie cardiaque.

³ Consultation spécialisée de cardiologie dans le cadre de la prévention des maladies cardiovasculaires.

⁴ Etat des lieux du 1^{er} janvier et 30 septembre 2001.

⁵ *Histoire de la Guyenne et de la Gascogne*, Jean Castarède, Ed. France Empire, page 341.

Le service de cardiologie dispose également de 34 lits (dont soins intensifs de cardiologie). L'activité de coronarographie se développe grâce à la collaboration existant avec les établissements de Dax et de Pau.

Le total des hospitalisations pour la période du 1^{er} janvier au 30 septembre 2001 s'est élevé à 600.

Dans le secteur sanitaire n°6, le Centre Hospitalier de Pau est un pôle de niveau 2. Les hôpitaux d'Orthez et d'Oloron Ste Marie sont classés en niveau 1.

Pau, ville d'histoire, est la préfecture du département des Pyrénées Atlantiques.

Le Centre Hospitalier François Mitterrand dont l'histoire remonte (sous une appellation différente !) au XVI^{ème} siècle, dispose aujourd'hui d'une capacité de 740 lits ou places pour les activités de médecine, chirurgie et obstétrique, de moyen et de long séjours.

Le directeur de l'établissement est Monsieur Roger Duffaud. Le chef du service de cardiologie est Monsieur le Docteur Estrade.

Le service comprend trois pôles d'activité : Un département d'hémodynamique centré sur l'activité hémodynamique et interventionnelle, un département d'échocardiographie et un département de rythmologie.

Avec à sa disposition 34 lits (dont soins intensifs de cardiologie), ce service a réalisé 2 615 hospitalisations au cours des trois premiers trimestres de l'année 2001.

Oloron Ste Marie est non seulement la capitale du béret et des chocolats "Pyrénéens" [Société Lindt], mais également du Haut Béarn.

Le Centre Hospitalier compte 288 lits et pratique les activités de médecine, chirurgie, moyen et long séjours (maison de retraite).

L'hôpital est placé sous la responsabilité de Monsieur Jean-Pierre Andry. Le service de cardiologie est dirigé par Monsieur le Docteur Milandou.

Il dispose de 15 lits d'hospitalisation (dont soins intensifs). 503 hospitalisations ont été réalisées pour la période comprise entre le 1^{er} janvier et le 30 septembre 2001.

L'établissement ne pratique pas de cardiologie interventionnelle. Les patients d'Oloron devant subir une coronarographie ou une angioplastie sont transférés sur l'hôpital de Pau.

La ville d'**Orthez** est une ancienne cité médiévale au carrefour de la Chalosse Landaise, du Pays Basque et de la Bigorre. L'"Elan Béarnais" est la preuve de la réussite de la mise en commun des énergies paloise et orthezienne. C'est aujourd'hui dans le domaine de la prise en charge des affections cardiovasculaires à travers leurs centres hospitaliers respectifs, que ces deux villes se rapprochent.

Le Centre hospitalier est situé au cœur de la cité. Il dispose d'une capacité de 318 lits pour les activités de médecine, de chirurgie, d'obstétrique, de moyen et long séjours.

Monsieur Christophe Gautier dirige cet établissement. Le service de cardiologie est placé sous la responsabilité de Monsieur le Docteur Sabaut. Ce service de cardiologie médicale de 26 lits a accueilli 821 personnes au cours des neuf premiers mois de l'année 2001.

Des habitudes de coopération existaient déjà au sein de ces établissements, entre autre en matière de cardiologie :

- Pour sa part, l'hôpital de Mont de Marsan est issu d'une fusion, forme la plus "aboutie" des modalités de "coopération" interhospitalière.
- Les établissements de Dax et Mont de Marsan sont des partenaires "naturels". Ainsi, ils ont constitué un Syndicat Interhospitalier des Landes au sein duquel sont regroupées les activités de néonatalogie et l'I.R.M mobile.
- Les équipes médicales d'Oloron ont développé des coopérations dans les spécialités de pneumologie (participation au staff de cancérologie), de cancérologie, de réanimation (gestion des capacités de réanimation au sein du réseau *non formalisé* du Sud Adour regroupant les établissements de Dax, Lourdes, Mont de Marsan, Oloron Ste Marie, Pau et Tarbes) et des urgences. L'activité de chirurgie n'a pas encore développé de telles pratiques.
- La pratique est déjà ancienne en matière de cardiologie mais elle est renforcée à travers la Fédération (les patients d'Oloron sont dirigés vers l'hôpital de Pau désormais, plutôt que vers la Clinique d'Aressy).
- Des liens antérieurs à la Fédération existaient entre les hôpitaux d'Orthez et de Pau. Le Centre Hospitalier d'Orthez fait en outre partie du réseau périnatalité aquitain, d'un réseau de cancérologie et du réseau de gériatrie avec la communauté de communes. Ces coopérations sont toutes formalisées.

La Fédération Interhospitalière de Cardiologie n'apporte donc pour l'essentiel et pour l'instant qu'une vie juridique plus structurée à une pratique, des habitudes de travail en commun construites sur la base de relations interpersonnelles.

Ce projet répond à un désir et à un besoin des partenaires médicaux de faire évoluer ces pratiques. Cette volonté et le but de cette démarche font l'objet du "*Projet médical de la Fédération*".

1.2.2.2 Le projet médical de la Fédération ¹

La Fédération de cardiologie interhospitalière du Sud Aquitaine est issue "*d'une volonté commune de coopérer sur les différentes facettes des activités cardiologiques [...] et de favoriser les **complémentarités** entre l'activité des équipes cardiologiques à l'origine du projet pour offrir des*

¹ Le terme de Fédération désignera "La Fédération de cardiologie interhospitalière du Sud Aquitaine" dans le reste de l'étude.

prises en charge cardiologiques globales dans le Sud de l'Aquitaine, bassin géodémographique ¹ éloigné des C.H.U de Bordeaux et de Toulouse".

Deux éléments priment dans ce projet :

- La complémentarité : Chaque équipe, en fonction de sa "spécialité", apporte une valeur ajoutée à la prise en charge du malade par les autres équipes.
- La qualité des soins : cette association doit permettre d'assurer une prise en charge globale de la personne hospitalisée, depuis la prévention jusqu'à la rééducation cardiaque.

Le projet médical de la Fédération comporte deux volets : D'un côté, une partie commune qui rappelle les motifs qui président au regroupement des activités de cardiologie de ces établissements au sein de la Fédération et définit l'organisation générale de la prise en charge cardiovasculaire entre ses membres et de l'autre côté, la déclinaison de cette première partie au niveau de chacune des équipes et leur rôle, présent et à venir.

Ainsi *"il leur a semblé à tous"* que la prise en charge globale de la personne passait par *"un regroupement des moyens humains et matériels"* des centres hospitaliers candidats à cette association. Cette mise en commun de ressources permettrait par ailleurs de *"réduire la charge de travail de chaque établissement"*.

La Fédération s'organise selon le schéma suivant :

- Interrogatoires, examens cliniques, examens para-cliniques de base *"doivent impérativement pouvoir être réalisés partout"*.
- Chaque établissement conserve une unité de soins intensifs cardiologiques.
- D'autres examens et activités sont ou seront réalisés au sein de la Fédération *"selon un partage voulu par tous en fonction des équipements existants ou à venir"*.

¹ Convention relative à la constitution de la fédération interhospitalière de cardiologie du Sud Aquitaine, page 2.

La répartition des activités entre les équipes de chaque établissement s'opère comme suit :

<i>"Dans tous les cas où un patient est traité en dehors de son établissement d'origine ou de référence locale, son retour est organisé dans cet établissement dès que possible".</i>	
Spécificités du Centre hospitalier de <u>Dax</u>	Maintien de l'activité de soins intensifs, Consultations d'hygiène de vie, Echocardiographies de stress, Mesure du VO ₂ Max pour les insuffisants cardiaques, Réadaptation cardiovasculaire pour les insuffisants cardiaques, les coronariens et les opérés du cœur, Explorations électrophysiologiques (patients de Dax et Mont de Marsan).
Spécificités du Centre hospitalier de <u>Mont de Marsan</u>	Maintien de l'activité de soins intensifs, Centre de coronarographie (patients de Dax et Mont de Marsan), Evolution vers angioplastie du myocarde au stade aigu.
Spécificités du Centre hospitalier d' <u>Oloron Sainte Marie</u>	Maintien de l'activité de soins intensifs, Prévention et éducation à la santé, Réadaptation cardiovasculaire.
Spécificités du Centre hospitalier d' <u>Orthez</u>	Maintien de l'activité de soins intensifs.
Spécificités du Centre hospitalier de <u>Pau</u>	Maintien de l'activité de soins intensifs, Echocardiographies de stress, Explorations électrophysiologiques (patients de Pau, Oloron et Orthez), Mesure du VO ₂ Max pour les insuffisants cardiaques, Centre de coronarographie (patients de Pau, Oloron et Orthez), Angioplastie réglée et en urgence, Chirurgie cardiaque [en projet].

Les organes de la Fédération sont en nombre limité :

- Un coordonnateur assisté d'un cadre de santé et d'un membre de personnel administratif, est désigné. Pour la durée de son mandat, il est le référent pour les questions relatives au fonctionnement de la Fédération.
- Le Conseil de la Fédération assure la représentation et l'expression des membres de la structure.
- Le Comité technique médical regroupe les praticiens intervenant dans le cadre de la Fédération.

La Fédération de cardiologie du Sud Aquitaine est donc, à ce stade de l'existence de cette structure, un instrument de coopération réciproque. Elle n'est pas (encore ?) un outil de coopération intégrée, une "fédération de services de cardiologie, interhospitalière". En tout état de cause, la question est posée de savoir si une telle évolution est d'une part souhaitée, et d'autre part souhaitable.

Cette Fédération se met en place dans un contexte régional spécifique, notamment en ce qui concerne la prise en charge des affections cardiovasculaires.

1.2.3 Aux origines de la Fédération

Une des explications de la création de la Fédération se trouve dans les caractéristiques épidémiologique et de l'offre de soins en cardiologie en Aquitaine.

Ce projet remonte aux années 90 et trouve sa concrétisation au début de l'année 2002.

1.2.3.1 Le contexte régional

La mortalité due à une affection cardiovasculaire demeure élevée en Aquitaine. Les maladies cérébrovasculaires provoquent 29% des décès et les cardiopathies ischémiques 26%, hommes et femmes confondus ¹. L'infarctus du myocarde entraîne environ 1 500 morts par an ². L'activité hospitalière cardiologique a représenté 15,1% des séjours en hospitalisation complète en 1998, ce taux variant entre 6 et 80% selon les établissements.

En Aquitaine, la cardiologie hospitalière se répartit entre 38 établissements dont 18 établissements privés et 21 établissements publics.

Sur 6619 lits et places de médecine autorisés en Aquitaine au 30 novembre 2001 ³, environ 22% des lits de médecine de court séjour (total de 6619 pour la région) sont des lits de médecin à orientation cardiologique. Par ailleurs, 63% des lits de médecine cardiologique (hors urgence) et 57% de ceux qui sont destinés à la prise en charge des états aigus cardiologiques (urgence) sont situés dans le secteur hospitalier public.

C'est dans le secteur sanitaire n°1 (Bordeaux) que se trouve la part la plus importante de ces équipements. Les secteurs n°s 2 (Libourne) et 4 (Mont de Marsan) ont le plus faible nombre lits de cardiologie.

Dans trois secteurs sanitaires, dont celui Mont de Marsan, il n'existait pas d'unité de soins intensifs de cardiologie lors de l'étude.

Unité de soins intensifs cardiologiques

Dans l'étude [page 18] réalisée par le service médical de l'Assurance Maladie d'Aquitaine et sur laquelle ce mémoire s'appuie, les critères de définition d'une unité de soins comme une U.S.I.C sont :

- Unité dédiée à la prise en charge des états de détresse cardiologique.
- Une unité physiquement individualisée du secteur hospitalier général,
- Un équipement technique renforcé et dédié à l'unité,
- Un personnel qualifié et dédié à l'unité,
- Une permanence médicale 24h/24 d'un cardiologue.

¹ "Les affections cardiovasculaires en Aquitaine", Service Médical Aquitaine n°26 pages 6 et 7, Avril 1999. 13 377 lits et places de médecine, chirurgie et obstétrique sont autorisés en Aquitaine au 30 novembre 2001.

² "Infarctus aigu du myocarde en Aquitaine", Service Médical de l'Assurance Maladie, Région Aquitaine, Mars 2001, page 5.

³ Arrêtés régionaux de bilan de la carte sanitaire 2002.

Un cardiologue est disponible sous forme de garde sur place ou d'astreinte dans 95% des sites.

- 15 sites sur 39 sont dotés d'une salle de cardiologie diagnostique ou interventionnelle ¹ :

- 7 sites sur 10 ayant une activité d'angioplastie coronaire se situent dans le secteur privé,
- 2 sites sur 5 ayant une activité de coronarographie se situent dans le secteur privé.

Les centres de cardiologie interventionnelle par secteur sanitaire se répartissent ainsi ... :

¹ Pour la réalisation de coronarographies ou d'angioplasties coronaires.

Secteur sanitaire ¹		Centre pratiquant des angioplasties	Centre pratiquant des coronarographies
SS1	Bordeaux – Arcachon - Blaye	5	0
SS2	Libourne – Bergerac	0	1
SS3	Périgueux – Sarlat	0	1
SS4	Dax – Mont de Marsan	0	1
SS5	Agen - Villeneuve	1	0
SS6	Pau - Orthez	2	0
SS7	Bayonne – Sud Landes	2	2
TOTAL		10	5

... pour le flux de patients suivant :

Secteur sanitaire ²		Population totale	Effectif ³
SS1	Bordeaux – Arcachon - Blaye	1 174 480	986
SS2	Libourne – Bergerac	253 899	263
SS3	Périgueux – Sarlat	266 197	247
SS4	Dax – Mont de Marsan	242 162	321
SS5	Agen - Villeneuve	307 767	347
SS6	Pau - Orthez	351 178	349
SS7	Bayonne – Sud Landes	312 676	340
TOTAL		2 908 359	2853

Ces données proviennent d'une étude menée par le Service Médical de l'Assurance Maladie d'Aquitaine et portant sur la prise en charge de l'infarctus du myocarde en Aquitaine. Elle fait état de la "*répartition géographique inégale des centres de cardiologie interventionnelle*"⁴. et des unités dédiées à la prise en charge des états de détresse cardiologique. Cette conclusion s'appuie sur un bilan de l'offre de soins en cardiologie en Aquitaine et le constat selon lequel "*en Aquitaine, seulement 31,4% des patients hospitalisés en 1998, avec un diagnostic d'infarctus aigu du myocarde ont eu accès à une procédure de revascularisation pendant la phase aiguë*"⁵

¹ "*Infarctus aigu du myocarde en Aquitaine*", Service Médical de l'Assurance Maladie, Région Aquitaine, Mars 2001, page 28.

² Ibid. page 29.

³ Patients hospitalisés pour infarctus du myocarde (I.D.M) ou ayant présenté un infarctus au cours d'une hospitalisation.

⁴ "*Infarctus aigu du myocarde en Aquitaine*", Service Médical de l'Assurance Maladie, Région Aquitaine, Mars 2001, page 6.

⁵ "*Infarctus aigu du myocarde en Aquitaine*", Service Médical de l'Assurance Maladie, Région Aquitaine, Mars 2001, page 88.

principalement en raison de délais d'admission trop longs à une procédure de prise en charge.

"Un contexte réglementaire n'ayant pas permis un encadrement total" ¹ de l'offre expliquerait les lacunes de cette répartition. Jusqu'aux années 90 et la publication de circulaires ², il n'y avait pas de cadre réglementaire pour l'activité d'angioplastie. Ce vide juridique a permis le développement de centres de coronarographies et d'angioplasties, d'autant que des chefs de service ayant une formation d'angioplasticiens continuaient à être nommés.

Les dispositions du S.R.O.S de première génération, sur la base des recommandations de la Société Française de Cardiologie aboutissaient à n'autoriser des centres d'angioplastie que dans la périphérie du centre de chirurgie cardiaque, c'est-à-dire le C.H.U de Bordeaux ³. En évitant la dispersion des centres, on réduisait le risque d'un volume d'activité insuffisant par praticien. La limitation du nombre de centres apportait également une solution aux difficultés liées à la démographie des cardiologues.

Mais certains chirurgiens considéraient que ces recommandations étaient dépassées. D'ailleurs, la Société Française de Cardiologie (Février 2000) propose désormais que *"la couverture chirurgicale doit permettre à tout patient pour lequel une indication chirurgicale serait posée en urgence d'être transféré au bloc opératoire dans les 90 minutes suivant la décision médicale"*.

La prise en charge des pathologies cardiovasculaires est retenue comme priorité régionale par le S.R.O.S Aquitaine 1999-2004. Les objectifs du volet *"Cardiologie interventionnelle et maladies coronariennes, 2001-2006"* visent à [...] *"améliorer la prise en charge, notamment dans le cadre de l'urgence"* en réduisant les délais de prise en charge et en améliorant l'accès à une procédure de revascularisation, *"optimiser l'offre de soins"* en particulier la répartition territoriale des unités de coronarographie, d'angioplastie coronaire et de chirurgie cardiaque et *"organiser une meilleure orientation du malade"* [...].

Ce S.R.O.S redéfinit les règles d'autorisation des centres de cardiologie interventionnelle :

- Un centre de coronarographie diagnostique par secteur sanitaire. Des règles limitent l'activité des centres ne pratiquant pas d'angioplastie coronaire (activité programmée, pas de coronarographie d'urgence, rapprochement avec un centre d'angioplastie *"avec pour objectif à terme le regroupement géographique des activités"* ⁴).

¹ *"Infarctus aigu du myocarde en Aquitaine"*, Service Médical de l'Assurance Maladie, Région Aquitaine, Mars 2001, page 79.

² Circulaire DGS/DH/4B n°293 du 13 avril 1989 et Circulaire DGS/SQ/DH/DE n°20 du 3 juin 1993 relatives aux équipements matériels lourds.

³ Un centre d'angioplastie devait se situer à 60 minutes au plus d'une unité de chirurgie cardiaque.

⁴ S.R.O.S volet cardiologie, page 84.

- Un centre d'angioplastie coronaire par bassin de population de 300 à 350 000 habitants.
- Le centre de chirurgie cardiaque doit être accessible dans un délai de 90 minutes à partir de la décision médicale d'intervention.

Ces centres sont soumis à des conditions techniques de fonctionnement telles que les locaux et l'équipement technique, l'organisation ou le volume d'activité ¹ .

En 1998, le Centre Hospitalier de Mont de Marsan ne réalisait que 118 coronarographies diagnostiques par an. Or le "*seuil minimal d'activité d'un centre [était] fixé à 400 coronarographies par an. [...] Chaque cardiologue coronarographe [devait] réaliser au moins 150 coronarographies par an sur un ou plusieurs sites*". ² Cet établissement ne présentait apparemment pas aux yeux de la tutelle (A.R.H: Agence Régionale de l'Hospitalisation) de caractéristiques démographiques et géographiques permettant une dérogation à cette règle, le maintien de la coronarographie diagnostique sur ce site pouvait être discuté.

L'argumentation de l'équipe médicale de l'hôpital en faveur du maintien de l'autorisation s'appuyait sur le fait qu'en cas de suppression de cette activité à Mont de Marsan, il n'y aurait plus de centre de coronarographie diagnostique dans les Landes. Les patients devraient être transférés sur Bordeaux, Pau ou Bayonne.

L'existence d'un débat autour de la validité du délai de 90 minutes recommandé par la Société Française de Cardiologie pour accéder à une unité de chirurgie cardiaque confortait le *statu quo* autour de cette activité : un seul centre, à Bordeaux.

Mais avec l'arrivée d'un nouveau praticien au Centre Hospitalier de Pau dans les années 90, le service de cardiologie a pris une nouvelle orientation : du service à "usage interne" (réponse aux besoins des urgences et des autres services d'hospitalisation), on souhaite passer à un service de cardiologie moderne pratiquant des coronarographies et des angioplasties coronaires. Or, ces dernières supposent la proximité d'un pôle de chirurgie cardiaque. Considérant que la zone de recrutement potentiel de l'hôpital de Pau comprend une partie des Landes, des Hautes Pyrénées, des Pyrénées Atlantiques et du Gers (650 000 habitants), cet établissement a déposé un dossier d'autorisation relatif à la chirurgie cardiaque. Le C.N.O.S.S ³ a rendu un avis favorable en novembre 2000 et l'autorisation ministérielle a été accordée.

C'est dans ce cadre que se met en place la Fédération interhospitalière de cardiologie du sud aquitaine.

¹ S.R.O.S volet cardiologie, pages 86 et suivantes.

² Ibid. page 88.

³ Comité National de l'Organisation Sanitaire et Sociale.

1.2.3.2 Les étapes de la mise en place de la Fédération

Le projet émerge par la rencontre de deux éléments et les relations qui se nouent en conséquence entre les praticiens des différents pôles hospitaliers :

1. La nouvelle orientation prise par l'activité de cardiologie à l'hôpital de Pau :

L'arrivée de Messieurs les Docteurs Delarche et Banos au Centre Hospitalier de Pau est un des éléments déclencheurs de la confraternité médicale qui va se mettre en place.

La question de l'organisation des gardes sur place à Pau va également aller dans le sens d'un approfondissement des relations entre les praticiens des hôpitaux du Sud Adour. Dans le cadre de la Fédération, des gardes sur place des praticiens hospitaliers vont pouvoir se substituer à l'astreinte opérationnelle et à la garde des internes ¹ grâce à la participation des cardiologues des établissements du réseau à ces gardes.

2. Le maintien d'un centre de coronarographie dans les Landes :

La question du maintien de l'activité de coronarographie sur le Centre hospitalier de Mont de Marsan a par ailleurs contribué au développement de ce projet. Le volume d'actes était insuffisant pour justifier la conservation de cette activité à Mont de Marsan. Or, ce centre était le seul au niveau des Landes. La stratégie à adopter comprenait donc deux axes :

- L'un portant sur la demande : Les effectifs des patients bénéficiant d'une coronarographie devaient être accrus ce qui signifiait un rapprochement avec l'hôpital de Dax, voire la Clinique d'Aire sur l'Adour.
- L'autre portant sur l'offre : Il fallait s'assurer de la compétence du praticien pour effectuer ces examens. Le travail en collaboration avec Pau s'imposait donc dans la mesure où cet établissement disposait d'un service actif. Le Docteur Rougier, chef du service de cardiologie à Mont de Marsan avait par ailleurs suivi une formation en cardiologie interventionnelle en 1999.


Les points communs à ces deux facteurs de rapprochement sont d'une part l'existence à un moment d'un choix stratégique pour l'établissement pour l'avenir de la spécialité de cardiologie et donc pour l'hôpital lui même, et d'autre part la mobilisation d'un ou plusieurs praticien(s) autour de cette question.


¹ Délibération du Conseil d'Administration du Centre Hospitalier de Pau en sa séance du 13 décembre 2001.


Le partenariat avec Dax s'est établi "naturellement". Les établissements de Dax et de Mont de Marsan étaient en effet déjà associés dans le cadre du Syndicat Interhospitalier des Landes.

Des contacts existaient auparavant entre les établissements de Pau et d'Oloron, ainsi que Pau et Orthez. La Fédération constituait un prolongement des pratiques de coopération déjà mises en place.

Les étapes de la formalisation du réseau sont les suivantes :


 **1991** : Réalisation d'un audit au Centre Hospitalier de Mont de Marsan sur la coronarographie.


 **1993** : Elaboration d'un projet de coronarographie départementale dans les Landes.


 **1999** : Suivi d'une formation en coronarographie par Monsieur le Docteur Rougier, chef du service de cardiologie de Mont de Marsan.


Montée en puissance de l'activité de coronarographie à Mont de Marsan.
Premières prises de contact avec les établissements de Dax et de Pau.

 **2001** : Nomination de Madame le Dr Kogler à l'hôpital de Mont de Marsan.

 **2001 [Octobre]** : Première réunion institutionnelle réunissant les chefs d'établissement, les praticiens et les présidents de C.M.E de Dax, Mont de Marsan et Pau.

 **2002 [Février]** : Réunion de finalisation de la convention constitutive de la Fédération et du projet médical.

 **2002 [Juin - Juillet]** : Consultation des Commissions Médicales d'Etablissement et délibération des Conseils d'administration sur la création de la Fédération, pour les établissements de Dax, Mont de Marsan et Pau.

 **2002 [Septembre - Octobre]** : Consultation des Commissions Médicales d'Etablissement et délibération des Conseils d'administration sur la création de la Fédération, pour les établissements d'Oloron Ste Marie et Orthez.

La création de la Fédération de cardiologie correspond donc à des étapes stratégiques du développement de l'activité de cardiologie dans les établissements concernés ainsi qu'à la rencontre de professionnels désirant mettre en commun leurs compétences.

C'est par ailleurs la manifestation d'une réaction à la régulation de l'offre de soins telle qu'elle se pratique en Aquitaine.

Cette organisation est donc également l'illustration ou le symptôme d'un phénomène plus vaste et qui déborde la seule activité de cardiologie.

En témoignent par exemple :

- Le recours déposé par le Centre hospitalier de Mont de Marsan contre les volets du S.R.O.S.S relatifs pour l'un à l'insuffisance rénale chronique et pour l'autre à la cardiologie interventionnelle et aux maladies coronariennes ¹ dans la mesure où *"dans ces deux disciplines, les dispositions du S.R.O.S Aquitaine sont susceptibles de ne plus permettre aux établissements publics du département [des Landes] d'assurer leur responsabilité par rapport à la population du secteur sanitaire"*. C'est la mission de service public de l'hôpital qui est donc mise en cause à travers l'organisation de l'offre de soins résultant du Schéma régional. Le risque est d'une part de *"créer des inégalités par rapport aux autres départements de la région"* : Pour quelle raison la population landaise ne bénéficierait-elle pas du même niveau de prise en charge sanitaire que dans le reste de l'Aquitaine ? Le risque est d'autre part celui d'une *"désertification sanitaire du département"*. C'est une double préoccupation des hospitaliers et des représentants des collectivités locales que ce recours met en évidence : l'une en terme de santé publique et de rôle du service public, l'autre en terme d'aménagement sanitaire du territoire.

- Les inquiétudes exprimées au niveau du Conseil Général des Landes par son président, H.Emmanuelli, concernant l'organisation des soins dans ce département. Par une lettre adressée aux autorités de tutelle, il souligne le hiatus existant entre *"une offre de soins réduite et une demande accrue"* ². *"Le découpage sanitaire actuel, né d'études conduites en 1992, ne [leur] semble plus adapté à la réalité des évolutions démographiques constatées par le recensement de 1999."* Il faut donc repenser les *"bases"* du système sanitaire landais. La création de la Fédération de cardiologie va dans le sens de cette refondation et reçoit le soutien du département.

- Le rapport d'orientation budgétaire du Centre Hospitalier de Mont de Marsan pour 2003. Il fait clairement apparaître que, d'après les orientations et priorités régionales de l'Agence

¹ Recours hiérarchique déposé auprès du Ministre de l'Emploi et de la Solidarité, daté du 11 janvier 2002.

² Lettre adressée au Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation, Juillet 2002.

d'Aquitaine, l'alternative pour l'établissement se pose entre développer des formes nouvelles d'offre de soins ou diminuer cette offre. "*Les opérations prioritaires [du projet médical adopté en 2001] doivent intégrer une nécessaire politique de réseau au travers de projets relatifs au développement des complémentarités avec les secteurs privé, public et associatif, et du projet d'amélioration de la prise en charge sociale des personnes en situation de précarité*".¹

A travers l'exemple de la création de la Fédération, on peut penser que le "modèle" actuel de régulation de l'offre de soins montre des limites. La portée et l'intérêt d'une Fédération Médicale Interhospitalière dans ce contexte doivent donc être précisés.

1.3 POINT DE VUE SUR LA FEDERATION INTERHOSPITALIERE DE CARDIOLOGIE DES PAYS DE L'ADOUR

Présentée de façon manichéenne, cette critique s'efforce de mettre en évidence d'une part les points positifs de la Fédération et d'autre part les points discutables de cette structure.

1.3.1 La Fédération côté jardin

Il s'agit de répondre à deux questions :

- Pourquoi la Fédération fonctionne-t-elle ?
- Quelle valeur ajoutée apporte-t-elle à l'offre de soins cardiologique d'Aquitaine ?

1.3.1.1 Les facteurs de réussite du projet

Les relations interpersonnelles constituent le premier facteur de réussite du projet. Un des atouts de la Fédération repose sur le souhait partagé de praticiens de travailler ensemble. Il n'y a pas de mainmise sur l'activité.

La convergence d'intérêts distincts mais complémentaires contribue également à la réussite de cette formule.

➤ **Les cardiologues** y trouvent tout d'abord leur compte.

Ainsi, en contre partie des quatre demi journées effectuées par les médecins d'Oloron au Centre Hospitalier de Pau (coronarographies, médecine nucléaire, angiologie ...), les patients d'Oloron devant subir une coronarographie sont envoyés de manière privilégiée vers l'hôpital de Pau plutôt que vers la Clinique cardiologique d'Aressy².

¹ Rapport d'Orientation Budgétaire pour la campagne budgétaire 2003, page 19.

² Clinique privée de Pau.

La prise en charge des patients entre ces deux hôpitaux publics est totalement bidirectionnelle : le patient d'Oloron fait l'aller / retour vers son établissement local de référence. Cette règle vaut également pour les autres membres de la fédération qui adressent des patients à Pau, et réciproquement. Il en est de même pour les "échanges" de praticiens entre établissements.

La collaboration avec l'équipe de cardiologie de Pau et celle de Dax a contribué à la transformation de cette activité à l'hôpital de Mont de Marsan, désormais résolument interventionnelle. Le développement continu de l'activité de coronarographie en témoigne. Le flux de patients adressés pour une coronarographie s'est en effet inversé grâce aux cardiologues de l'hôpital de Dax qui désormais dirigent leurs malades vers le pôle montois. L'enjeu était le maintien de l'angiographie à Mont de Marsan et par suite, dans le département des Landes, et *in fine*, du service de soins intensifs.

La Fédération fonctionne selon une logique gagnante pour chacun de ses membres :

- Formation, pratique des techniques de cardiologie interventionnelle, conservation de leurs patients pour les praticiens des hôpitaux périphériques [par rapport à Pau],
- Organisation des gardes sur place à l'hôpital de Pau,
- Concrétisation de projets médicaux pour les cardiologues et leurs établissements respectifs.

➤ **Les établissements** ont aussi compris l'intérêt qu'ils trouvent à cette association :

La cardiologie à Orthez ne dispose ni du plateau technique, ni de la compétence médicale associée à un plateau technique développé. Cet hôpital est donc un point d'appui à la phase initiale (diagnostic et prise en charge de l'urgence) de traitement du malade, avant son transfert vers un autre établissement. La mission de base du service est la cardiologie médicale à orientation gérontologique. Le patient est redirigé vers Orthez après la phase aiguë.

La Fédération est un levier pour les projets de établissements :

- La rééducation cardiaque et l'angioplastie sur Pau,
- La coronarographie et l'angioplastie d'urgence sur Mont de Marsan,
- La rééducation cardiaque à Dax.

Il n'y a pas de concurrence entre les établissements. Leurs axes de développement spécifiques sont complémentaires les uns des autres.

Cette organisation en réseau et la spécialisation de chaque établissement qui en résulte les conforte dans leur position et leur vocation vis-à-vis de l'offre de soins de cardiologie en Aquitaine.

1.3.1.2 Les apports de la Fédération de cardiologie à l'offre de soins et aux personnes souffrant d'une pathologie cardiovasculaire, dans leur prise en charge

La finalité globale de la Fédération, décrite dans les motivations du recours exercé contre le S.R.O.S Aquitaine par le Centre Hospitalier de Mont de Marsan, est de s'organiser pour conserver une offre de soins publique de qualité, avec les compétences médicales associées. Ce projet, dans son principe, est en cohérence avec les besoins de prise en charge des pathologies cardiovasculaires en particulier et la problématique de l'offre de soins en Aquitaine en général.

Le projet de Fédération est en cohérence avec l'évolution du profil des personnes hospitalisées.

Il s'agit de plus en plus de populations présentant des polyopathologies. Si l'organisation de l'hospitalisation en services est adaptée aux pathologies mono-organes, elle est dépassée pour ce type de prise en charge.

Dans le cas de la Fédération, et à défaut d'une départementalisation plus poussée des soins au sein des établissements, c'est vers l'extérieur que se développe cette coopération. Certains souhaiteraient aller plus loin et la voir évoluer vers une structure où les praticiens seraient amenés à adopter un fonctionnement intégré, de type service. Des procédures d'évaluation pourraient y être introduites à terme. Mais comme le rappelait prudemment Monsieur Duffaud, Directeur du Centre Hospitalier de Pau, la Fédération doit d'abord "*faire ses preuves*"¹.

Ce projet semble cohérent par rapport aux recommandations qui sont faites pour réduire la mortalité due à des de maladies cardiovasculaires évitables.

Trois stratégies devraient être associées² :

- La **prévention** : "*Limiter l'apparition des maladies cardiovasculaires*". L'organisation de consultations d'hygiène de vie au sein de la Fédération va en ce sens. Un chaînon manque toutefois ici : la prévention se joue aussi et surtout par l'intermédiaire du médecin de famille. La Fédération reste une structure purement hospitalière.

¹ Entretien du 7 juin 2002 au Centre hospitalier F.Mitterand de Pau.

² "Les maladies cardiovasculaires souvent évitables", Cahier Périgord de la revue "Mutualistes, Objectifs et actions", n°249, novembre 1999. Article écrit pour l'Observatoire Régional d'Aquitaine.

- L'**efficacité** : L'objectif est de "limiter l'aggravation et les conséquences négatives" d'un accident cardiovasculaire. L'organisation en réseau et la spécialisation de chaque établissement permettent une prise en charge adaptée de la personne.
- Le **meilleur traitement** possible : "Il faut disposer des moyens d'une prise en charge la plus précoce possible". La coordination des soins et la définition claire des rôles entre les hôpitaux périphériques et l'hôpital de référence y contribuent.
- C'est le "renforcement **simultané** de ces stratégies qui permettra d'obtenir les meilleurs résultats" et la Fédération paraît avoir pour objectif de réunir ces éléments.

La cohérence du projet apparaît par ailleurs par rapport à la gradation des niveaux de soins définie par le S.R.O.S Aquitaine ¹.

Une certaine "hiérarchisation" découle de l'organisation de la Fédération. Elle est en quelque sorte naturellement liée au développement d'une vocation spécifique à chaque établissement. Le réseau crée en effet une spécialisation des hôpitaux avec le maintien d'un tronc commun d'activités : la prise en charge des urgences.

Un premier niveau de hiérarchie distingue les hôpitaux périphériques (Dax, Mont de Marsan, Oloron et Orthez) de l'hôpital "central" (Pau). Un second niveau différencie les hôpitaux tournés vers la cardiologie médicale (Dax, Oloron et Orthez) et les établissements orientés vers la cardiologie interventionnelle (Mont de Marsan et Pau).

La hiérarchisation est aussi une condition du maintien, au sein de chaque établissement et à des niveaux techniques de soins différents, de la polyvalence de leurs activités. En définitive, ce ne sont pas les hôpitaux qui sont hiérarchisés, mais les risques liés à la prise en charge. L'organisation coordonnée des soins au sein de la Fédération permet donc de maintenir dans certaines zones (Mont de Marsan, Orthez, Oloron) une offre d'hospitalisation à la fois :

- Publique,
- De proximité et,
- De qualité.

L'hôpital local, à un niveau technique spécifique, continue ainsi de proposer toute la palette des services sanitaires allant du court séjour à l'hébergement en maison de retraite.

La Fédération est cohérente en terme d'aménagement sanitaire du territoire et pour le nécessaire maintien d'un maillage sanitaire présentant des garanties de sécurité.

Le courrier des représentants du Conseil Général des Landes au Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation évoqué plus haut et concernant l'organisation des soins dans les Landes témoigne de la dimension politique des préoccupations liées à l'aménagement

¹ Cf. encadré sur les niveaux d'offre de soins.

sanitaire du territoire. Le maintien d'une répartition sécurisée et diversifiée des compétences en Aquitaine est en jeu.

La suppression du centre de dilatation de Mont de Marsan créerait au contraire un désert sanitaire entre Bordeaux et les Pays de l'Adour alors que les données démographiques récentes¹ et les projections à vingt ou trente ans montrent que le vieillissement actuel de la population landaise devrait se poursuivre et s'accroître. L'âge, rappelons-le, est un facteur de risque d'affection cardiovasculaire. De même, un second pôle de cardiologie de dimension régionale est nécessaire en Aquitaine. Ce pôle d'excellence pourrait être dimensionné autour de Pau afin d'équilibrer un centralisme sanitaire régional autour du C.H.U de Bordeaux.

Le caractère sensible de la création de la Fédération de cardiologie du Sud Aquitaine tient finalement à ce qu'elle pose la question du rééquilibrage entre le Centre Hospitalier Universitaire et le reste de l'Aquitaine.

Le projet de rapprochement des établissements du Sud Aquitaine s'inscrit dans le mouvement actuel de prise en compte des droits du patient, illustrée par la loi n°2002-303 du 4 mars 2002².

Une telle organisation combine, *a priori*, les paramètres de proximité, de qualité et de sécurité des soins.

La Fédération permet une prise en charge du patient au plus près de son lieu de vie. Ce sera encore plus vrai lorsque l'activité de chirurgie cardiaque sera effective à l'hôpital de Pau. Cette proximité offre un confort, à la fois matériel (coûts éventuels liés à la distance) et psychologique (proximité physique et affective des parents, des amis) pour le patient et sa famille.

La globalisation et la coordination des soins visent à améliorer la qualité de la prise en charge. En cas de besoin, les malades sont transférés sur Pau pour le traitement de la phase aiguë puis reviennent sur leur hôpital de "premier recours".

La sécurité sanitaire pourra être assurée notamment par :

- Une articulation acceptée et efficace des niveaux de soins,
- La mobilité des praticiens vers le pôle de référence pour y pratiquer régulièrement des actes techniques.

Par ailleurs, ce type d'association est, sur le principe, compatible avec les droits du patient :

Article L.1110-8 CSP "*Le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé est un principe fondamental de la législation sanitaire*" : Le libre choix de la personne n'est

¹ Issues du dernier recensement. Se reporter à la présentation démographique de la région *supra*.

² Relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

pas remis en cause au sein de la Fédération. Le refus de la personne d'être soignée dans le cadre de la Fédération est respecté.

Article L.1111-2 CSP "Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé" ; **Article L.1111-7 CSP** "Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues par des professionnels et établissements de santé [...]" : La Fédération ne fait pas obstacle à l'exercice du droit à l'information de la personne. Dans la forme actuelle de cette structure, et dans l'hypothèse où un patient a été traité par au moins deux équipes médicales différentes, chaque établissement a établi un dossier médical pour cette personne qui demeure donc patient de l'hôpital avant d'être patient de la Fédération. Il appartient ensuite aux membres de la Fédération de définir les règles de partage et de circulation des informations dans le respect du secret médical et des dispositions concernant le respect de la vie privée.

La Fédération présente également des limites. Dans ce sens, il m'a semblé que cet exercice critique était plus délicat à faire pour les membres de la Fédération, certains s, certains s'abritant son caractère récent pour ne pas s'y livrer.

1.3.2 La Fédération côté cour

Il s'agit ici de répondre à deux questions :

- Pourquoi la Fédération pourrait-elle s'arrêter de fonctionner ?
- En quoi le projet ne peut-il être considéré comme abouti concernant la globalisation de l'offre de soins ?

1.3.2.1 Un édifice fragile.

La fédération repose avant tout sur la volonté des chefs de service des cinq établissements de travailler ensemble.

Les seules bonnes volontés individuelles n'assureront cependant pas la pérennité du dispositif. Le schéma actuel repose sur un principe de coopération et non d'intégration. Les engagements sont plus précaires et plus facilement réversibles.

La création de la Fédération apporte de la stabilité à ce dispositif. Le cadre juridique est à la fois un outil de protection par les règles établies à destination d'une part des membres du groupement et d'autre part de l'extérieur (autres professionnels de santé, tutelle), et aussi un outil de reconnaissance et de valorisation du travail et du "savoir-faire" de ces praticiens. Dans sa forme actuelle, la Fédération fournit un cadre conventionnel. C'est le témoignage que la structure fonctionne de soi. Ce sont ses membres qui la font vivre et non pas un artifice juridique. Pourtant, la Fédération ne doit pas être une simple concrétisation de pratiques de coopération. Dès lors que son existence et son fonctionnement se mesureront en terme d'apports, les bases de l'édifice seront plus solidement assurées. La première

étape était celle de la sauvegarde des acquis. La deuxième consistera à poser des jalons pour faire avancer de nouveaux projets.

Pour le moment, la Fédération fournit uniquement un cadre conventionnel. Est-ce suffisant ? L'équipe du Centre hospitalier d'Oloron Ste Marie considère pour sa part qu'une validation mutuelle des praticiens serait nécessaire et qu'il faudrait envisager une formalisation plus claire de la Fédération sur le modèle du règlement de co-propriété. A l'inverse, au cours d'autres entretiens (Mont de Marsan, Pau), il a été souligné que la Fédération doit d'abord vivre avant d'aller plus loin : Montrer ses aptitudes à répondre aux objectifs qui lui ont été fixés et à remplir les missions qui lui ont été assignées. Tous ses membres doivent par ailleurs peut-être faire la preuve de leur aptitude à collaborer. Il s'agit probablement aussi d'une règle de prudence vis-à-vis d'autorités de tutelle jusqu'ici peu impliquées dans la conduite de ce projet.

En tout état de cause, l'arsenal juridique à la disposition des établissements de santé publics présente ici des lacunes. Il manque une étape entre la convention (simple contrat) et l'entité gestionnaire lourde, reproduction en réduction du fonctionnement de l'établissement lui-même (G.I.P, S.I.H...) ¹ : Un instrument de gestion plus élaboré que la convention et adapté à des projets sectorisés comme la cardiologie.

Le positionnement de la Fédération par rapport aux établissements participants et à leur stratégie respective manquerait de clarté.

Le Président de la Commission Médicale d'Etablissement d'Oloron exprimait sa crainte d'une dépossession de la représentation médicale de chaque hôpital dans la définition du projet médical. Il conviendrait de lever cette ambiguïté concernant l'articulation des stratégies respectives des établissements de la Fédération.

Pour ma part, cette inquiétude ne me semble pas justifiée. La Fédération ne peut voir le jour qu'après les délibérations concordantes des conseils d'administration et des commissions médicales et comités techniques d'établissement de chaque candidat. Un débat peut et doit donc être organisé sur l'organisation projetée. Il est de la responsabilité de chaque équipe de direction (directeurs et présidents de C.M.E) qu'il ait effectivement lieu. La définition de la Fédération aux termes du Code de la Santé Publique implique en effet que cette association soit consentie et non subie ². La présentation du projet de Fédération Interhospitalière de Cardiologie du Sud Aquitaine aux instances des établissements "aurait" dû être l'occasion de discuter de ces questions.

Par ailleurs, il me paraît inexact de considérer que les projets médicaux de la Fédération et des établissements se superposent. Le projet de la Fédération n'en est qu'un prolongement.

¹ Groupement d'Intérêt Public / Syndicat Interhospitalier

² Article L.6135-1 Code de la Santé Publique

Elle les met en œuvre en partie. La difficulté tient à la nécessité de les articuler et de les coordonner. Mais cela n'a rien que de très cohérent avec l'objectif d'une répartition équilibrée de l'offre de soins sur un territoire donné.

Néanmoins, il est certain que la coordination des projets médicaux pourrait poser des problèmes dès lors que la réalisation du projet de l'un conditionnerait l'aboutissement de celui de l'autre.

La Fédération est en principe au contraire un levier pour faire valoir et concrétiser ce projet. C'est dans ce cadre que les établissements doivent se positionner.

Les liens qui se sont établis entre les établissements sont sans rapport avec l'existence et le fonctionnement de la Fédération. Prenons un exemple :

Le service de cardiologie du Centre Hospitalier de Mont de Marsan est actuellement le seul dans les Landes à pratiquer des coronarographies. La collaboration avec le Centre Hospitalier de Pau a permis aux praticiens montois de développer leurs compétences. Il serait donc envisageable, pour ces cardiologues, de pratiquer des angioplasties de l'infarctus à Mont de Marsan. Les angioplasties réglées continueraient à être traitées par Pau.

Plusieurs arguments militeraient en ce sens :

- Il n'y a pour l'instant pas de centre d'angioplastie dans ce département.
- Scientifiquement, l'angioplastie offre de meilleures chances de survie que la thrombolyse, pour laquelle certains patients peuvent présenter des contre-indications.
- Disposer du matériel d'angioplastie sur place sécuriserait la coronarographie.

Ce projet est une orientation lourde pour l'établissement, non seulement en terme financier mais aussi sur le plan médical. Or, le Centre Hospitalier de Pau n'a pas encore été reconnu comme centre formateur d'angioplastie. Et si tel n'est finalement pas le cas, la prise en charge des angioplasties en phase aiguë a peu de chance de se développer sur Mont de Marsan. Mais l'agrément de l'hôpital de Pau comme pôle de formation n'est, sur le principe, ni conditionnée ni reliée à l'existence de la Fédération. Elle peut entrer en ligne de compte comme élément d'appréciation du dossier, mais les critères de décision se situent vraisemblablement ailleurs.

En revanche, la sécurité du malade est-elle mise en cause dans les hôpitaux périphériques du Centre Hospitalier de Pau, dans la mesure où leurs cardiologues y assurent des gardes sur place ? Faut-il s'inquiéter du fonctionnement d'une structure sensée accroître la qualité et la sécurité de la prise en charge du malade ?

Le projet de Fédération n'est pas vierge de toute arrière-pensée politique. Le soutien officiel apporté par H.Emmanuelli, Président du Conseil Général des Landes, auprès de

l'A.R.H, à ce projet en témoigne. L'enjeu de la Fédération se situe autour de la cardiologie interventionnelle. Ainsi, et mis à part des justifications sanitaires réelles, c'est sur le terrain politique que s'est jouée la question de la chirurgie cardiaque au Centre Hospitalier de Pau. Le C.H.U de Bordeaux craignait, semble-t-il, la concurrence d'un second pôle de chirurgie cardiaque. Les considérations de santé publique passaient donc au second plan. Dans un cas comme celui-ci, il appartient aux autorités sanitaires de jouer leur rôle régulateur et de prendre la responsabilité de jouer :

- Soit la concurrence public / public,
- Soit l'équilibre de l'offre de soins et de l'aménagement du territoire.

Les limites de la Fédération tiennent également à quelques "défauts de conception" qui brouillent légèrement la cohérence de l'ensemble.

1.3.2.2 Encore un effort !

Le grief principal qui peut être relevé à l'encontre de la Fédération est son manque d'ouverture. Il apparaît à deux niveaux au moins.

Tout d'abord, la cohésion et la cohérence géographiques de la structure sont discutables. La Fédération a pour vocation, en théorie, de former un pôle de dimension régionale, afin de corriger le déséquilibre né de la concentration des activités sur Bordeaux. Or, dans sa configuration actuelle, la Fédération n'est pas tout à fait représentative du sud de l'Aquitaine. En effet, le pays basque en est absent ¹. Le projet initial comportait pourtant une extension vers cette partie de l'Aquitaine et les Hautes Pyrénées. Elle a été supprimée : Elle constituait un point de blocage pour faire progresser la Fédération. En terme d'aménagement sanitaire du territoire, la Fédération est encore incomplète. Comment peut-on l'expliquer ? Est-ce la Fédération qui n'est pas tournée vers le Pays Basque ou l'inverse ? Probablement, les deux :

- Les relations interpersonnelles ont été un élément déterminant dans le rapprochement des cinq établissements des Landes et des Pyrénées Atlantiques [Dax, Mont de Marsan, Oloron Ste Marie, Orthez et Pau]. Ces relations sont peut-être inexistantes voire mauvaises entre les cardiologues de l'un ou de plusieurs établissements de la Fédération et les praticiens basques.
- La cardiologie à Bayonne n'est pas inscrite dans le débat régional de rééquilibrage vis-à-vis du pôle bordelais. La cardiologie est une activité très rémunératrice et la démographie médicale dans cette spécialité est assez pléthorique dans ce secteur.

¹ Alors que des relations extra-aquitaines se sont déjà établies vers la région Midi Pyrénées [Etablissements de Lourdes et de Tarbes].

La question de la distribution de l'offre de soins s'y pose donc davantage entre le public et le privé qu'entre le nord et le sud de la région.

- Enfin, la "basquitude" de Bayonne serait plutôt attirée par le versant sud (Euzkadi) que française. San Sebastian plutôt que Bordeaux ou même Pau.

Ensuite, la Fédération est une structure purement publique. Par définition, et au terme des dispositions de l'article L.6135-1 du Code de la Santé Publique, il ne peut en être autrement. Mais le choix des candidats au regroupement aurait pu se porter sur une autre forme de coopération que la Fédération Médicale Interhospitalière. Il semble même que cette solution se soit imposée. Cela signifie donc que ce réseau a d'emblée été voulu comme une organisation publique. Là encore, est-ce la Fédération qui se détourne du secteur sanitaire privé ou est-ce le contraire ? La cardiologie est une activité financièrement intéressante. Elle est donc soumise à une forte concurrence. Les cliniques privées n'ont pas forcément intérêt et ne jouent donc pas nécessairement le jeu de la régulation des flux de patients. C'est le cas entre le Centre Hospitalier de Mont de Marsan et la Clinique d'Aire-sur-l'Adour. La concurrence du secteur privé constitue donc un obstacle sérieux. Une amorce de rapprochement existe cependant entre le Centre Hospitalier de Pau et la Clinique Cardiologique d'Aressy sous la forme d'un Groupement de Coopération Sanitaire en matière de cardiologie interventionnelle : "*coronarographie, angioplastie, électrophysiologie et stimulation sur le secteur de Pau*". Le Conseil d'Administration du Centre Hospitalier de Pau en a délibéré dans sa séance du 8 juillet 2002.

Convention constitutive du G.C.S de cardiologie

entre le Centre Hospitalier de Pau et la Clinique cardiologique d'Aressy :

"L'objectif de ce groupement est d'organiser la cardiologie interventionnelle et, en particulier, de constituer le centre d'angioplastie du secteur sanitaire n°6 d'Aquitaine. [...] Pour ce faire, [le G.C.S] :

1. Déposera une demande d'autorisation pour l'angioplastie,
2. Organisera l'activité sur les deux sites, en particulier les gardes et astreintes dans un premier temps,
3. Favorisera l'établissement de staffs médicaux, puis médico-chirurgicaux entre les équipes des différentes structures, [...]."

S'associer à des partenaires de droit privé ne sera pourtant pas chose facile.

Les formes traditionnelles de coopération s'offrant à un hôpital public sont de nature contractuelle ou institutionnelle :

- La convention de coopération [L.6134-1 C.S.P],
- L'association,
- Le syndicat interhospitalier [L.6132-1 C.S.P à L.6132-8 C.S.P],
- Le groupement d'intérêt public,

- Le groupement d'intérêt économique ,
- Le groupement de coopération sanitaire [L.6133-1 C.S.P à L.6133-3 C.S.P modifié par la loi n°2002-303 du 4 mars 2002, art.87-II],
- La Fédération Médicale Interhospitalière [L.6135-1 C.S.P],
- Le réseau de santé [L.6321-1 et L.6321-2 C.S.P, issus de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002, art.84].

Le montage juridique retenu doit satisfaire à quelques exigences :

- D'une part assurer un **équilibre** entre les parties : Elles doivent, a minima, être placées dans une situation équivalente.
- D'autre part permettre d'inscrire ce projet dans la **durée** : C'est un cadre qui garantit une certaine sécurité juridique aux partenaires.
- Enfin offrir des solutions simples et souples en terme de gestion des moyens humains et matériels.

La convention est l'outil de coopération le plus simple et le plus souple. En effet, elle ne crée pas de nouvelle personne juridique. Sa principale faiblesse réside dans sa précarité : Elle est résiliable à tout moment. Pourtant, cet inconvénient est aussi un avantage : Un simple avenant à la convention permet de faire évoluer la structure. C'est l'outil de coopération qui garantit la plus grande capacité d'adaptation. Elle peut n'être qu'une étape et être le préalable à une structure plus complexe. La Fédération Interhospitalière de Cardiologie repose sur une convention.

L'association, contrairement à la convention, donne naissance à une nouvelle personne juridique. C'est une organisation de droit privé réglementée par la loi de 1901. Elle est intéressante de par la légèreté de gestion de la structure.

Le syndicat interhospitalier est une personne morale de droit public. Il s'agit très précisément d'un établissement public local. Créé initialement pour la gestion de services logistiques communs, ses missions ont été élargies par la loi du 27 juillet 1999 à celles d'un établissement de santé. Il est créé à la demande de deux ou plusieurs établissements assurant le service public hospitalier. L'un d'eux au moins est un établissement public de santé. Les autres participants sont "*des organismes concourant aux soins*".¹ Depuis la loi précitée, un S.I.H peut être créé entre des établissements privés P.S.P.H. Cette formule ne convient donc pas pour s'associer avec des praticiens de ville.

¹ Loi du 27 juillet 1999

Le groupement d'intérêt public est doté de la personnalité morale de droit public. Il est constitué entre des personnes morales, publiques et privées. Il exclut donc la coopération avec des médecins exerçant à titre individuel. Les intérêts de l'hôpital sont préservés dans la mesure où les partenaires publics doivent toujours être en position majoritaire. Cette disposition peut néanmoins être de nature à freiner leur création. Le G.I.P a trouvé des applications essentiellement dans le domaine de la logistique (fonctions linge et restauration). Néanmoins, la C.D.C constate que "*cette formule tend à se développer*" ¹.

Le groupement d'intérêt économique est une personne morale de droit privé soumise à un régime de droit privé. Cette structure permet le rapprochement d'établissements. Dans la pratique, l'objet du G.I.E est de permettre la co-utilisation d'équipements matériels lourds. La responsabilité solidaire existant entre les membres du groupement limite son utilisation potentielle.

Ces deux formules (G.I.P, G.I.E) ne permettent que la mise en commun de moyens sans exercice d'activités de soins.

Le groupement de coopération sanitaire "*est en pratique un C.I.E sanitaire qui peut réaliser des activités de soins dans les mêmes locaux, avec des moyens communs*". ² Il ne peut être constitué qu'entre des établissements de santé qui ne remplissent pas les conditions pour créer un syndicat interhospitalier. Cette formule ne permet donc pas de concrétiser un projet de coopération impliquant des personnes physiques (praticiens libéraux individuels, professionnels paramédicaux libéraux), les personnes morales, quelle que soit leur nature, qui ne sont pas des établissements de santé (sociétés de médecins, laboratoire), les structures de coopération publique qui ne sont pas des établissements de santé (G.I.P, G.I.E, G.C.S).

La Fédération médicale interhospitalière repose sur la conclusion d'un contrat. Plus qu'elle ne permet le rapprochement de services ou d'établissements, la Fédération formalise des relations déjà établies. Créée par la loi du 27 juillet 1999, son rôle est de reconnaître et de protéger les liens de collaboration existant, mais aussi d'en clarifier l'articulation. Il s'agit essentiellement d'une "mise sur le papier" de pratiques jusque là informelles. La C.D.C souligne par ailleurs que la Fédération peut avoir pour vocation à "soutenir des établissements en difficulté", mentionnant l'exemple de la création en Franche Comté, d'une

¹ Rapport relatif à l'exécution de la L.F.S.S pour 2001, page 253.

² Rapport de la C.D.C relatif à l'exécution de la L.F.S.S pour 2001, page 254.

fédération de services entre le C.H.U et le centre hospitalier de Gray, dont "le maintien est jugé nécessaire par l'A.R.H." ¹

Le réseau n'a pas de forme juridique pré-déterminée. Les textes précisent son objet et les membres potentiels de ce groupement mais laissent aux futurs partenaires la "liberté" de s'organiser, "liberté" toutefois relative dans la mesure où les formes de coopération traditionnelles ne sont pas ouvertes à tous les acteurs de santé. La loi du 4 mars 2002 supprime dans le Code de la Santé Publique les réseaux de *soins*. Les réseaux sont désormais dits de "santé". Le texte ne précise pas les conditions d'organisation et de fonctionnement du réseau. Il est possible de le constituer sous la forme d'un réseau coopératif, à défaut d'une autre structure de coopération, publique ou privée.

La collaboration dans un cadre de droit privé paraît être la seule voie possible pour des partenariats ouverts à des personnes physiques et morales. L'association en est une forme classique. Le droit des sociétés fournit d'autres solutions à condition d'être compatible avec la mission de soins et de garantir l'équilibre de la relation entre public et privé.

En conclusion, la Fédération illustre tout d'abord un **positionnement original** des établissements qui en font partie :

- C'est une structure INTERhospitalière ;
- Elle suppose une articulation des projets médicaux des établissements et la coordination de la prise en charge des patients entre les équipes médicales.

Ensuite, la Fédération illustre une **définition originale des niveaux de compétence et des missions** de chacun : Elle aboutit à une spécialisation de chacun de ses membres.

Enfin, la Fédération illustre **une définition originale de l'implication** de chaque hôpital : Elle crée une hiérarchie entre un hôpital "centre" et des hôpitaux "périphériques", correspondant à des niveaux de soins plus ou moins spécialisés et technicisés.

Au total, il s'agit donc d'une forme originale d'offre de soins au sein de laquelle on s'efforce de dépasser la conception "captive" de l'hospitalisation.

¹ Ibid. page 257.

Hormis les critiques dont elle peut faire l'objet, et dans l'hypothèse de son succès, elle questionne l'organisation actuelle du système de santé et les principes sur lesquels elle repose, à savoir :

- "Un modèle épidémiologique dépassé : celui du traitement des épisodes aigus" ¹ . Notre système de santé n'a pas effectué sa "transition épidémiologique" ² .
- Des cadres territoriaux inadaptés : Le secteur sanitaire est l'espace actuel de la planification. Or, il n'y a pas forcément de correspondance entre ce cadre et le bassin de vie de la population dont les mouvements obéissent à des considérations historiques ^{et/ou} culturelles.
- Une planification des équipements plutôt que des missions des différents acteurs du système de santé.

Quel sens faut-il par conséquent donner aujourd'hui à la prise en charge sanitaire des patients et de la population ?

¹ Etienne Caniard, *Le courrier de l'éthique médicale* (1), n°2-3, juillet/décembre 2001, page 23.

² *Ibid.*

Résumé de la première partie

Motifs : Deux établissements de santé publics des Landes [Dax et Mont de Marsan] et trois établissements des Pyrénées Atlantiques [Oloron Ste Marie, Orthez, Pau] se sont regroupés en 2002 au sein de la Fédération Interhospitalière de Cardiologie du Sud Aquitaine.

Objectif : Il s'agit d'éclaircir les raisons pour lesquelles ce rapprochement s'opère à ce moment dans le paysage sanitaire aquitain entre ces établissements, et concernant cette spécialité.

Méthode : Cette étude se déroule en trois temps. Tout d'abord une présentation du cadre géodémographique et du cadre sanitaire régional permet d'installer le décor. Puis, par un retour sur les étapes qui ont conduit à la mise en place de la fédération, on comprend mieux les choix réalisés. Enfin, il est nécessaire de poser un regard critique sur les apports et les limites de la fédération.

Résultats : La répartition de l'offre de soins cardiologique en Aquitaine se caractérise par un déséquilibre entre le nord et le sud de la région. Pourtant, des données objectives montrent que le contexte géodémographique et épidémiologique justifierait un ré ordonnancement de cette offre. En s'orientant vers la mise en place d'un second pôle cardiologique de dimension régionale, la F.I.C.S.A répond a priori et par conséquent à un besoin de santé. Elle résulte de la rencontre à un moment, de la nécessité pour les établissements de se positionner stratégiquement par rapport à leur activité cardiologique d'une part, et de la mobilisation de personnalités médicales d'autre part. La Fédération possède des atouts, mais certains constituent en même temps des faiblesses. C'est une organisation qui a besoin de vivre pour, au-delà de la concrétisation de pratiques antérieures, se forger une identité propre.

Conclusion : Sur la base d'un projet médical commun, la F.I.C.S.A illustre la possibilité d'une prise en charge sanitaire plus globalisée de la personne par rapport aux standards actuels du système de santé. Elle permet d'envisager une discussion sur les critères sur lesquels repose la distribution de l'offre de soins.

2 - L'ORGANISATION DE L'OFFRE DE SOINS FACE AUX REALITES SOCIO-SANITAIRES

L'organisation de l'offre de soins consiste notamment, selon la Cour des Comptes, "*à planifier sa répartition sur le territoire, en fonction de l'appréciation des besoins sanitaires de la population.*" ¹

De manière générale, on peut dire d'une organisation qu'elle produit de la qualité lorsqu'elle satisfait aux attentes exprimées et qu'elle remplit donc la fonction que l'on attendait d'elle.

Cette deuxième partie vise à mesurer les aptitudes de notre système de santé à produire une offre de soins et de santé de qualité. Cela signifie :

- Pour l'utilisateur : La réduction des inégalités de santé et un accès aux soins garanti sans discrimination ;
- Pour l'acheteur de soins (assurance maladie, usager) : Une production des soins au meilleur coût, voire au moindre coût ;
- Pour le régulateur (administration publique) : L'adéquation entre l'offre de services et les objectifs des demandeurs – consommateurs de soins.

Or, au vu de ces exigences, "*les choses telles qu'on les voit, telles qu'elles se dessinent au premier abord*" ² font apparaître un système de santé en crise de légitimité et d'efficacité.

A partir de l'exemple de la Fédération Interhospitalière de Cardiologie, il est possible d'imaginer une organisation de l'offre de soins basée sur des principes adaptés aux réalités socio-sanitaires.

2.1 LE DIAGNOSTIC : UN SYSTEME DE SANTE EN CRISE D'EFFICACITE

D'un point de vue médical, la crise désigne l'épisode aigu de la maladie. Si le mal ne s'est pas encore chronicisé, il y a encore des chances d'en venir à bout. La crise dont souffre le système de santé français est une crise de légitimité qui trouve son origine dans un déficit d'efficacité. Les difficultés économiques et le discours libéral l'ont rendu plus sensible ou simplement plus visible.

Les désordres à l'origine de cette crise sont liés à l'histoire du développement du système de santé depuis 1945 et à ses modalités actuelles de fonctionnement. La Fédération, dans son principe, ouvre une voie vers un traitement [homéopathique] de la maladie.

¹ Rapport annuel sur la Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2002, page 187.

² L'identité de la France, F.Braudel, Tome 1, Chapitre 1, page 27.

2.1.1 Les désordres à l'origine de la crise

Cette "crise" intervient dans un contexte où ce qui est qualifié de "public" est considéré comme vieilli et figé. A son tour, l'hôpital public est l'objet de regards compassionnels : Il est parfois vécu comme un dysfonctionnement et un outil de production dépassé. *"Les justifications de l'hôpital public ne résideraient plus que dans l'accueil des plus démunis, les activités jugées non rentables par le privé et le refuge dans des activités de pointe de plus en plus extravagantes"*.¹

Le système de soins dans son ensemble, et notamment dans sa composante hospitalière n'obtient pas les performances à la mesure des ressources qui y sont consacrées. L'idée d'une modification des conditions de la régulation fait son chemin. La création de la Fédération en fournit une illustration.

Ces désordres sont nés des différentes étapes du développement du système de santé hospitalier.

2.1.1.1 Inventaire des non performances du système de soins

En terme d'espérance de vie en général, et à 65 ans en particulier, de mortalité infantile, du taux de mortalité cardio-vasculaire, la France affiche de bons résultats. La diffusion massive de techniques (chirurgicales, dépistage de cancers) y contribue. Les Français investissent beaucoup dans leur santé : 140 milliards d'euros en 2000 (923 milliards de francs). Les dépenses de santé ont augmenté de 1,5% par an en moyenne entre 1995 et 2000 et l'Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie est régulièrement dépassé². La situation financière du régime général de l'Assurance Maladie se "dégrade", de manière plus ou moins inquiétante. Pourtant, les inégalités de santé, sociales et spatiales, en France, demeurent importantes et sont plus marquées que dans la plupart des autres pays européens. Les représentants du Haut Comité de la Santé Publique observent que jusqu'à ce jour, les politiques de santé ne leur ont pas accordé la priorité qui leur revenait³.

*"Au plan macroéconomique, nous dépensons plus que nos partenaires européens pour des performances sanitaires moyennes. [...] L'impact sur la qualité des soins semble sans rapport avec l'accroissement des coûts."*⁴ Malgré les résultats affichés plus haut, le système de santé français manque donc à la fois d'efficacité (les objectifs, pour peu qu'ils soient définis, ne

¹ A.M.Brocas et J.Vinas, "Le pilotage du système de santé", mimeo, 1998. Cités dans "Régulation du système de santé", Rapport du Conseil d'Analyse Economique, Documentation Française, 1999.

² L'O.N.D.A.M était fixé à 3,8% pour 2002. Au mois de juillet 2002, la progression des dépenses d'assurance maladie du régime général était déjà de 6,7%.

³ Rapport du Haut Comité de la Santé Publique, "La santé en France", 2002.

⁴ "Régulation du système de santé", Rapport du Conseil d'Analyse Economique, Documentation Française, 1999, page 31.

sont pas atteints) et d'efficience (les résultats obtenus ne le sont pas au meilleur coût). Cela s'expliquerait par le déficit de cohérence de la répartition de l'offre de soins visible "tant au sein des établissements que dans les relations qu'ils entretiennent entre eux" ¹ . La coordination et l'organisation des soins ont en effet laissé la place à une dispersion des spécialités médicales laquelle trouve son origine :

- D'une part, *dans l'évolution de la médecine* (savoirs, techniques) : L'éparpillement existe à différents niveaux. Tout d'abord, la division disciplinaire s'est accentuée au sein de la profession médicale. On a assisté parallèlement à une augmentation du nombre d'unités et de services au sein des établissements de santé. Ensuite, les pratiques médicales sur le territoire se sont diversifiées sans que les justifications en soient toujours visibles. Et sans que les différences d'école suffisent à les expliquer.
- D'autre part *dans la dynamique* (ou l'absence de dynamique) *et les stratégies des établissements* : Il leur appartient de se positionner pour saisir les opportunités qui s'offrent à eux pour l'installation ou le développement de telle ou telle activité (financement d'un équipement ou d'un nouveau service dans le cadre d'une politique nationale cadrée, recrutement d'un praticien). Le résultat dépend ensuite de la volonté et la capacité des établissements à le faire. La mobilisation des gestionnaires et/ou du corps médical, le recours aux appuis politiques, le degré de souplesse du cadre réglementaire sont autant de leviers pour agir.

Au total, l'offre de soins "ne satisfait plus totalement aux critères de jugement actuels, notamment ceux d'une répartition harmonieuse et hiérarchisée des savoir-faire, calquée sur des découpages administratifs du territoire sanitaire, non moins harmonieusement définis" ² . La planification ne remplit pas sa mission de régulateur au moins pour deux raisons :

- Elle est trop centralisée alors que les "décisions de production sont décentralisées". ³
- Elle agit "dans l'intérêt des offreurs en place plutôt que dans celui de la collectivité" ⁴ .

L'amélioration de l'organisation de l'offre de soins passerait par la définition de nouveaux critères de répartition des services et des équipements.

- **Graduation** : La prise en charge des patients doit être adaptée à la complexité du cas à traiter. La définition de différents niveaux de soins est une solution à la question de

¹ "Restructurations des établissements hospitaliers" Les logiques du secteur public à l'épreuve du privé, Gestions Hospitalières Juin/Juillet 2002, page 444.

² "Restructurations des établissements hospitaliers" Les logiques du secteur public à l'épreuve du privé, Gestions Hospitalières Juin/Juillet 2002, page 444.

³ "Régulation du système de santé", Rapport du Conseil d'Analyse Economique, Documentation Française, 1999, page 31.

⁴ "Régulation du système de santé", Rapport du Conseil d'Analyse Economique, Documentation Française, 1999, page 31.

l'organisation des soins de proximité. Le projet médical de la Fédération s'articule autour d'une telle hiérarchisation (hiérarchisation du risque traité, et non des équipes).

- **Négociation** : Pour fonctionner, une échelle de soins suppose que les établissements "*entrent dans une culture de gestion conjointe des populations sur un territoire donné*" et fournissent donc un double effort : "*une ouverture sur l'extérieur et un travail d'articulation externe*". ¹ L'exercice de leur spécialité par les cardiologues de la Fédération sur plusieurs sites et l'élaboration d'un projet médical commun sont des éléments concrets de ce double travail d'ouverture et d'articulation externe.

Cette initiative semble donc en adéquation avec l'idée d'une répartition plus "harmonieuse" et surtout plus rationnelle de l'offre de soins.

La logique de régulation actuelle et les dysfonctionnements qui en résultent sont inscrits dans les étapes du développement du système de santé.

2.1.1.2 La mise en place du dispositif de régulation de l'offre de soins ² depuis 1945.

La création de la Sécurité Sociale par l'ordonnance d'octobre 1945 généralise l'accès à la médecine, et entraîne parallèlement une augmentation de ses capacités productives.

Cette période du développement du système de santé est marquée par "*un déséquilibre croissant entre médecine ambulatoire et secteur hospitalier au profit du second*" ³ sinon voulu, du moins non remis en question par les pouvoirs publics.

Au sortir de la guerre, la France doit rattraper son retard en équipement de soins. L'élaboration du Plan est l'occasion de dessiner les contours de la réforme de l'organisation sanitaire. Elle s'articule autour de deux éléments principaux :

1° Le système de santé fonctionnera autour de trois pôles : le Centre Hospitalier Régional (C.H.R), le Centre Hospitalier (C.H) et l'Hôpital.

2° L'idée de l'exercice hospitalier des médecins fait progressivement son chemin ⁴ . La supériorité de l'hospitalier sur l'ambulatoire est en effet déjà entendue. Cette conviction et la conscience des autorités de l'époque de la contribution de l'hôpital aux "*capacités productives de la main d'œuvre*" conduisent à une politique volontariste d'investissements massifs vers

¹ "Restructurations des établissements hospitaliers" Les logiques du secteur public à l'épreuve du privé, Gestions Hospitalières Juin/Juillet 2002, page 445.

² Données issues de "*Réseaux ville-hôpital : Vers un nouveau mode de régulation en santé publique*", Juin-Juillet 2002, Gestions Hospitalières, page 449 et suivantes.

³ "*Réseaux ville-hôpital : Vers un nouveau mode de régulation en santé publique*", Juin-Juillet 2002, Gestions Hospitalières, page 450.

⁴ Les origines de la médecine sont marquées par une nette séparation entre les médecins et officiers de santé (paiement à l'acte) et l'hôpital (prise en charge des indigents).

l'hôpital. Edmond Dobler écrit dans un rapport à l'Inspection Générale des Finances que *"lorsqu'il s'agit de prolonger la vie humaine, d'accélérer les guérisons, les considérations purement budgétaires doivent rester secondaires. Ce que les hôpitaux y perdent financièrement est compensé par l'accroissement possible de la production nationale"*.

L'ordonnance du 30 décembre 1958 entérine ces propositions de réforme.

- Elle crée les Centres Hospitaliers Universitaires auxquels on confie une triple mission de soins, de recherche et d'enseignement.
- Elle organise le plein temps hospitalier des praticiens.

L'hôpital est plus que jamais placé au centre du système de santé. La réforme a renforcé l'hospitalocentrisme en germe depuis 1945. *"L'ensemble du champ de la production médicale" se trouve "soumis au principe et à la loi de l'autorité médicale hospitalo-universitaire"* ¹

Corrélativement, on assiste à une forte augmentation des dépenses affectées aux établissements de soins publics. La croissance des dépenses hospitalières résulte :

- Du côté de l'offre, d'une politique de santé publique ouvertement hospitalo-centriste,
- Du côté de la demande, de la solvabilité de la population assurée par le système de protection sociale.

Dans le contexte économique des années 80, la maîtrise des dépenses devient le nouveau credo de la politique de santé. Des inégalités croissantes du point de vue de l'état de santé et dans l'accès à la santé apparaissent. Le Centre Hospitalier Universitaire est placé au cœur de l'offre de soins publique ². On renoue avec la séparation existant au XIX^{ème} entre les hospitaliers et les non hospitaliers. Les réformes successives ne remettent pas en cause l'organisation même du système et sont en décalage avec la volonté affichée d'une meilleure régulation et d'un rééquilibrage des ressources. *"L'issue à la crise repose donc sur une prise de conscience des acteurs et sur leur volonté commune de dépassement des normes"*. ³

La Fédération Interhospitalière de Cardiologie du Sud Aquitaine tente de s'inscrire dans un modèle renouvelé de régulation de l'offre de soins.

2.1.2 Une expérience de réordonnancement partiel de l'offre de soins : La F.I.C.S.A.

Cette *"prise de conscience"* existe au niveau de l'administration centrale. Le rapport au Premier Ministre relatif au décret n°2002-560 du 18 avril 2002 approuvant les schémas de

¹ M.Arliaud, Les médecins, Ed. La découverte, 1987

² Par le monopole de l'enseignement notamment.

³ *"Réseaux ville-hôpital : Vers un nouveau mode de régulation en santé publique"*, Juin-Juillet 2002, Gestions Hospitalières, page 452.

services collectifs propose de bâtir une "France plus équilibrée, plus solidaire [...]" ¹ à partir "d'une nouvelle conception de la planification, fondée sur les dynamiques territoriales et intégrant pleinement les impératifs de développement durable." Un des objectifs de la recomposition à engager est d'inscrire "chaque fraction du territoire dans un espace de solidarité construit sur des partenariats institutionnels et économiques". ² Un schéma de services collectifs sanitaires ³ constitue le cadre de référence pour la future politique de santé publique. L'accent est mis sur l'action coordonnée.

La Fédération s'inscrit dans une telle perspective, et constitue donc une piste de réponse à la "crise".

- **Elle organise une fédération de moyens** : Les moyens médicaux et paramédicaux des cinq services de cardiologie sont progressivement mis à la disposition de chaque établissement. En effet, les cardiologues des hôpitaux "périphériques" ⁴ pratiquent la cardiologie interventionnelle au centre hospitalier de Pau. Ces mêmes médecins sont inscrits sur la liste des gardes sur place de l'établissement palois. Une infirmière du service de cardiologie de Dax effectue des consultations d'hygiène de vie depuis le mois de juillet 2002 à l'hôpital de Mont de Marsan.

- **Elle favorise la coordination des interventions** : "La création d'une grande fédération des services de cardiologie de Dax, Mont de Marsan, Oloron, Orthez et Pau, où toutes les compétences [sont] mises, sans concurrence, à la disposition des patients" répond donc à l'objectif de les "traiter au mieux et au plus faible coût". ⁵ Elle rationalise la chaîne des soins de cardiologie dans ce secteur de l'Aquitaine. A chaque établissement est en effet attribué un "rôle" dans le déroulement de la prise en charge de la personne, évitant par là-même la multiplication des opérateurs et le saupoudrage des équipements. Une offre de services mieux répartie satisfait d'une part les exigences de maîtrise des dépenses et d'autre part et surtout, les normes de sécurité des soins [cf. **Encadré ci dessous sur les recommandations de la Société Française de Cardiologie**]. La Société Française de Cardiologie précise en effet dans ses recommandations que "le nombre de patients traités annuellement dans un centre est un élément

¹ Rapport au Premier Ministre relatif au décret 2002-560 du 18 avril 2002 approuvant les schémas de services collectifs, page 12.

² Rapport au Premier Ministre relatif au décret 2002-560 du 18 avril 2002 approuvant les schémas de services collectifs, page 13.

³ Annexe III, J.O 24 avril 2002 Ed. Documents Administratifs n°6.

⁴ Sous entendu "à l'hôpital de Pau"

⁵ Projet médical de la Fédération.

déterminant majeur de la qualité et de la sécurité des soins" ¹. L'intervention de chacun à un niveau de complexité différent dans la prise en charge de la personne répond par ailleurs à la demande de qualité et de proximité des soins.

¹ Recommandations de la S.F.C concernant la formation des médecins coronarographistes et angioplasticiens, l'organisation et l'équipement des centres de coronarographie et d'angioplastie coronaire. Février 2000

Recommandations de la S.F.C concernant

la formation des médecins coronarographistes et angioplasticiens, l'organisation et l'équipement des centres de coronarographie et d'angioplastie coronaire. Février 2000.

- Après sa période de formation, un cardiologue hémodynamicien et coronarographiste doit réaliser au moins 250 cathétérismes **diagnostiques** par an.
- Un cardiologue interventionnel doit réaliser au moins 125 cathétérismes **thérapeutiques** par an pour maintenir son habileté et pouvoir s'adapter rapidement aux évolutions de la technique.
- L'activité d'un centre qui réalise annuellement 400 à 600 cathétérismes thérapeutiques est correcte, permettant a priori de garantir des soins de qualité.
- L'activité d'un centre qui réalise plus de 600 cathétérismes interventionnels est satisfaisante. Le niveau de sécurité peut y être qualifié d'optimal.

L'originalité de la Fédération par rapport au schéma traditionnel d'offre de soins apparaît à différents points de vue :

- La démarche de recomposition de l'offre de soins de cardiologie : L'initiative vient des "gens de terrain". C'est une complémentarité voulue et non subie par les acteurs. Il n'y a pas d'empiétement sur leurs territoires respectifs. L'absence de domaine concurrentiel entre ses membres est un gage de succès de cette association.
- Le territoire considéré : La Fédération s'affranchit des limites sectorielles et administratives existantes. Elle s'étend sur deux départements (les Landes [40] et les Pyrénées Atlantiques [64]) et deux secteurs sanitaires (secteur 4 pour Dax et Mont de Marsan, secteur 6 pour Oloron, Orthez et Pau). Elle pourrait devenir interrégionale dans l'hypothèse d'une collaboration plus formalisée avec les hôpitaux de Tarbes et de Lourdes (Région Midi Pyrénées).
- L'objet de la Fédération : C'est le soin et plus précisément la prise en charge des pathologies cardiovasculaires. Contrairement à la plupart des structures de coopération interhospitalières, il ne s'agit pas uniquement de gérer en commun des équipements, mais de partager un savoir et un savoir faire médical et soignant. La Fédération montre que l'organisation traditionnelle par établissement et par service est dépassée.
- Le modèle épidémiologique retenu : Il repose sur l'idée d'une prise en charge globalisée de la personne (Consultations d'hygiène de vie, rééducation cardiaque) à l'inverse du modèle épidémiologique traditionnel centré sur la phase aiguë de la maladie et conforme à l'orientation essentiellement curative du système de soins français, lequel est davantage préoccupé de traiter une pathologie que de soigner une personne.
- Le positionnement des acteurs : Il se situe dans le prolongement du modèle épidémiologique retenu : Chaque équipe, médicale et soignante, se spécialise dans

un niveau technique de prise en charge et se voit adresser des patients en fonction du degré de complexité de chaque cas. Ce partage d'activités a été "*voulu par tous en fonction des équipements existants ou à venir*"¹ .

- Des considérations plus globales : La création de la Fédération participe de l'aménagement sanitaire du territoire dans le sud de l'Aquitaine et du maintien d'un maillage de cet espace garantissant la sécurité des soins.

Dans son organisation et son fonctionnement, la Fédération "*valorise l'usage des ressources des partenaires ou l'emploi des intervenants en favorisant leur relation et leur coordination au bénéfice d'une population donnée*".² Elle va dans le sens de l'émergence d'un nouveau mode de régulation. Elle constitue cependant une réponse encore imparfaite à la "crise". En effet, la Fédération ne résout pas complètement les dysfonctionnements liés à l'hospitalocentrisme et décrits ci-dessus : Par nature, la Fédération est composée exclusivement d'établissements de santé publics. L'objectif d'une prise en charge globalisée ne concerne donc que la part hospitalière des soins. L'intégration, ou *a minima* l'association des secteurs de l'hospitalisation privée, de l'ambulatoire et du médico-social constituerait l'étape suivante de ce projet. Elle est d'ailleurs inscrite dans le projet médical de la Fédération : "*Un autre moyen d'optimiser la prise en charge des insuffisances cardiaques paraît essentiel : la création d'un réseau comprenant des acteurs multiples, publics et privés, médicaux et paramédicaux.*" Pour cela, la confrontation et la négociation entre les partenaires potentiels de ce projet devront être approfondies. L'ensemble des acteurs locaux (publics comme privés) n'est vraisemblablement pas encore prêt, ni *a fortiori* demandeur d'une telle évolution.

Le rapport de Dominique Polton relatif à la préparation des schémas de services collectifs sanitaires résume l'enjeu de la planification sanitaire pour l'avenir et, en ce qui concerne l'échéance la plus proche, pour les S.R.O.S de troisième génération, il faudra "*dépasser l'organisation actuelle du système de santé qui juxtapose des professionnels isolés, pour aller vers des organisations plus coordonnées, permettant d'apporter au patient une prise en charge plus globale, une continuité du service, une orientation facile dans le système, la disponibilité et l'accès aux différents services selon les besoins, leur regroupement éventuel au même endroit en favorisant le décloisonnement sanitaire et social*"³ . Cela passe par une réflexion sur les principes sur lesquels repose la planification sanitaire. Tout d'abord précisons qu'il ne s'agit pas de

¹ Projet médical de la Fédération Interhospitalière du Sud Aquitaine, page 1.

² Circulaire DH/DGS n°612 du 4 juin 1991 relative à la définition du réseau.

³ D.Polton, "Les travaux menés dans le cadre de la préparation du schéma des services collectifs sanitaires : présentation des principales orientations", Technologie rare, juillet 2001, 44. Cité dans "Esquisses pour une troisième génération de S.R.O.S. Le point de vue de l'hospitalisation publique", L.Rolland, R.H.F, Novembre décembre 2001, n°483, page 22.

remettre en cause le principe de la régulation publique. Au contraire, elle est nécessaire parce que des missions de service public majeures incombent au secteur de la santé et parce que dans le cadre d'un "marché" déréglementé et libéré de tout contrôle externe, on court le risque que la discipline de la concurrence soit insuffisante. Les besoins de l'utilisateur ne doivent pas devenir secondaires par rapport aux intérêts de l'opérateur (producteur, acheteur) des soins.

Or il arrive que la régulation publique par le biais de la planification ne tienne pas suffisamment compte des intérêts des "consommateurs" : *"Il s'agit seulement d'une procédure dans le temps de convergence vers une moyenne"* ¹. Le niveau moyen ne correspond pas nécessairement au besoin réel. Les acteurs s'adaptent donc aux rigidités du système et les contournent par *"le développement d'activités à seule fin de conserver un budget, le développement d'une médecine de prestige au caractère prioritaire discutable, la mise en œuvre de stratégies de constitution de groupes de pression pour maintenir ou conserver certaines activités"*.

Des mécanismes alternatifs de régulation devraient permettre d'assurer une plus grande efficacité du système de santé à la fois en terme d'allocation de ressources, de production des soins et d'adéquation aux besoins de la population.

2.2 POUR UNE REPARTITION PLUS JUSTE DES SERVICES DE SANTE SUR LE TERRITOIRE

Le nouvel article L.1110-1 du Code de la Santé Publique ² affirme l'existence du droit à la protection de la santé. Inspiré du Préambule de la Constitution du 4 octobre 1946, il est mis en œuvre grâce au *"développement de la prévention, de l'égal accès de chaque personne aux soins les plus appropriés à son état de santé, de la continuité des soins, de la sécurité sanitaire"*. Il existe au bénéfice de toute personne. Pour le concrétiser, la politique de santé, et à travers elle, les outils de planification et d'aménagement sanitaires, doivent assurer l'adéquation de l'offre aux besoins c'est-à-dire répartir justement l'offre de services sur le territoire quitte à remettre en cause *"l'orthodoxie républicaine de l'uniformité"*. En effet, l'existence d'une offre déséquilibrée par rapport aux besoins, la persistance de fortes inégalités de santé marquées entre les sexes, les catégories sociales ou les régions révèlent un *"problème spatial de santé publique"* ³.

¹ "Régulation du système de santé", Rapport du Conseil d'Analyse Economique, Documentation Française, 1999, page 47.

² Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

³ Page 9, QSJ n°3435, "Géographie de la santé en France", François Tonnellier et Emmanuel Vigneron, 1999.

Le schéma de services collectifs sanitaires appelle à une répartition plus équilibrée des services sur l'ensemble du territoire et par conséquent à redéfinir l'aménagement sanitaire de cet espace. Un autre chantier de la géographie de la santé sera d'opérer l'aménagement de l'espace sanitaire.

2.2.1 De l'aménagement sanitaire de l'espace ...

Il peut obéir à deux principes de répartition : L'égalité ou l'équité. L'égalité se dit de ce qui ne présente aucune différence et de ce qui s'applique à tous dans les mêmes conditions et en offrant à tous les mêmes chances ¹. Elle n'oblige pas à tenir compte du fait que "*les problèmes se posent ici, mais pas là*" ². Par nature, l'équité consiste à attribuer à chacun ce à quoi il a droit naturellement ³. Elle est "*un correctif de la loi, là où la loi a manqué de statuer à cause de sa généralité*" ⁴. Elle n'a pas vocation à remettre en cause toutes les inégalités, parce que toutes les inégalités ne sont pas des injustices ⁵.

Le territoire est fait de territoires où vivent des individus dont les besoins sont différenciés. "*L'espace national français est un des plus hétérogènes d'Europe, tant par ses traits physiques, humains, sociaux que culturels. Cette hétérogénéité trouve une traduction sanitaire [...]*" ⁶. C'est donc le principe d'équité qui devrait inspirer les politiques de santé publiques.

Les acteurs du système de santé ne sont pas les seuls à pouvoir agir sur les inégalités de santé dans la mesure où "*les disparités et inégalités des états de santé ont des causes multiples dont les plus importantes se situent en dehors du système de santé*" ⁷. La politique de santé devrait cependant, pour sa part, s'efforcer de s'ajuster à la pluralité des situations.

L'aménagement sanitaire de l'espace soulève deux questions :

- Celle du territoire sur lequel doit s'organiser la santé,
- Celle des outils qui permettront d'aménager ces espaces.

¹ Définition du dictionnaire Larousse.

² Page 410, Gestions Hospitalières Juin/Juillet 2002, "Quels territoires pour la santé", Emmanuel Vigneron.

³ Définition du dictionnaire Larousse.

⁴ Ethique à Nicomaque, Aristote, V, 14

⁵ Page 465, Réflexions sur l'égalité, Rapport du Conseil d'Etat, EDCE, Philippe Van Parijs, professeur à l'université catholique de Louvain.

⁶ Page 181, "La Santé en France, 2002", Rapport du Haut Comité de la Santé Publique.

⁷ Page 228, "La Santé en France, 2002", Rapport du Haut Comité de la Santé Publique.

2.2.1.1 Les liens entre santé et territoire

"L'organisation spatiale contribue à l'évaluation du système de santé puisqu'elle révèle aussi bien des fonctionnements adaptés que des inégalités ou des insuffisances" ¹ . A côté des espaces économiques, de transports, de communication ... il existe des espaces sanitaires répondant à un objectif social : celui d'une répartition équitable des services de santé sur le territoire. L'enjeu de ce découpage de l'espace est de donner du sens aux principes de continuité, d'égalité et de mutabilité du service public et de trouver un équilibre entre les contraintes d'accessibilité, de qualité, de sécurité et d'efficacité des soins.

Il existe un lien indiscutable entre hôpital et territoire. "Les préoccupations territoriales sont constitutives des préoccupations de santé." ² L'hôpital contribue à préserver les équilibres territoriaux. L'organisation sanitaire appuie l'action des collectivités locales en matière d'aménagement du territoire. La mobilisation des maires pour la défense de leur hôpital suffit à démontrer à quel point ces services structurent la vie locale. L'hôpital est souvent un des premiers employeurs de la ville. C'est un lieu producteur et destinataire de flux importants : les malades, leur famille, le personnel, les livraisons ... L'hôpital exerce par ailleurs une forte attractivité sur l'installation de multiples activités, de nature sanitaire et autre : pour l'établissement, il s'agit des entreprises prestataires en matière de restauration, de blanchisserie, de transports de toute nature, et pour la population locale en général, il s'agit de toutes les activités économiques nées de la dynamique démographique existant par et pour l'hôpital. La présence d'un hôpital dans une ville est en effet déterminante pour l'installation des populations. ³ La présence sur un territoire de services de santé de qualité peut être déterminante dans le choix d'une installation sur une région (en particulier chez les cadres) au même titre qu'une activité culturelle importante.

Paradoxalement et pendant longtemps, l'hôpital n'a pas été associé aux réflexions concernant l'aménagement du territoire "comme si les établissements hospitaliers ne contribuaient pas fortement à l'organisation de l'espace, comme si chaque Français disposait partout des mêmes services". ⁴ L'hôpital ne faisait pas partie des décideurs de l'organisation de l'espace alors qu'il en est un acteur particulièrement important et qu'au final, il doit arbitrer entre ses propres préoccupations [d'ordre sanitaire et médical] et d'autres qui ne relèvent pas directement de sa mission (aménagement du territoire, emploi ...). C'est aux pouvoirs publics *_collectivités locales et nationale_* à les prendre en charge.

¹ Page 105, QSJ n°3435, "Géographie de la santé en France", François Tonnellier et Emmanuel Vigneron.

² Page 403, Gestions Hospitalières Juin/Juillet 2002, "Mais où est donc Ornicar", Emmanuel Vigneron.

³ J.Labasse, "L'hôpital et la ville", 1980, Paris, Hermann.

⁴ "Du pôle hospitalier au bassin hospitalier", Décision santé N°186 juin-juillet 2002.

On peut relever un autre paradoxe dans le fait que ce n'est que récemment que le découpage sanitaire du territoire est devenu un véritable enjeu de la gestion publique :

- A travers l'élaboration des schémas de services collectifs et des S.R.O.S, l'Etat intègre désormais la santé à l'aménagement du territoire.
- La géographie de la santé est davantage prise en compte par les établissements dans la définition de leur stratégie (effort d'ouverture sur leur environnement).

A cette prise de conscience tardive correspondent des logiques de découpage et des espaces à certains égards dépassés.

2.2.1.2 Les outils de l'aménagement sanitaire de l'espace

Comme le soulignent les magistrats de la Cour des Comptes, "*depuis le décret du 5 novembre 2001, la planification sanitaire s'exerce presque exclusivement au niveau régional*"¹, à l'exception de quelques équipements lourds et activités de soins pour lesquels la compétence demeure au niveau national.

La carte sanitaire et le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire décrivent le découpage sanitaire du territoire.

La carte sanitaire délimite "*le territoire en régions et secteurs et définit, au regard des besoins de la population, les installations nécessaires et les activités de soins d'un coût élevé*"² [Articles L.6121-1 C.S.P et L.6121-2 C.S.P]. C'est la loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 qui en pose les principes. Il s'agit avant tout d'un outil d'encadrement quantitatif de l'offre de services : moyens d'hospitalisation et équipements matériels lourds.

Le schéma régional d'organisation sanitaire "*prend en compte les évolutions médicales et sociales et détermine la répartition géographique des installations et activités de soins [...]. Un schéma est établi pour chaque région sanitaire [...]*"³ [Article L.6121-1 C.S.P, articles L6121-3 et suivants C.S.P]. Créé par la loi n°91-748 du 31 juillet 1991, il complète la carte sanitaire dans le but d'optimiser la répartition des équipements hospitaliers.

Jusqu'à la création du schéma des services collectifs sanitaires par le décret n°2002-560 du 18 avril 2002 approuvant les schémas des services collectifs, la carte sanitaire et le S.R.O.S étaient les deux seuls instruments de la régulation de l'offre de soins, offre essentiellement hospitalière.

Comme observé *supra*, la répartition de l'offre de soins s'effectue de façon déséquilibrée sur le territoire. La gestion par la puissance publique n'est pas en soi en cause ici. En effet, la

¹ Rapport annuel relatif à l'exécution de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2001, page 209.

² Page 36, "Traité de la coopération hospitalière" ; vol.1, Titre 1 Le cadre de la coopération, Chapitre 2 Le système de régulation hospitalière.

³ Ibid.

liberté d'installation des praticiens, l'influence des représentants politiques locaux pour soutenir "leur hôpital", l'attractivité de telle ou telle région, la disponibilité ou le manque de praticiens et d'infirmiers ... sont autant d'éléments qui contribuent à créer et/ou maintenir la dispersion des services. Le reproche que l'on peut adresser à la régulation publique est plutôt de ne pas corriger ces déséquilibres par le biais, d'une part des principes posés par le S.R.O.S et la carte sanitaire, et d'autre part des outils de mise en œuvre des principes (autorisations, enveloppes fléchées, contractualisation ...). L'allocation des moyens est sous optimale parce qu'elle repose sur une définition incorrecte des besoins. C'est le niveau de l'offre qui doit s'adapter aux besoins et non l'inverse. Ces deux notions sont de nature différente : l'offre est localisée, le besoin est diffus et correspond à une population particulière. Il faut donc préciser les limites de cette population pour arrêter le niveau d'offre de soins nécessaire. Il s'agit évidemment d'une opération complexe et par conséquent souvent "*contournée, pour utiliser des aires administratives centrées sur l'offre et délimitées a priori*" ignorant le fait que "*les mouvements des patients s'affranchissent volontiers des limites administratives*" ¹ .

La carte sanitaire opère une répartition des ressources proportionnellement à l'importance de la population. L'allocation des moyens se fait donc sur la base du principe d'égalité : sur le territoire considéré, les besoins sont les mêmes pour tous. Les moyens sont donc alloués en fonction de ces besoins : par personne, ils sont identiques. En dehors du fait que la carte sanitaire ne prenne pas suffisamment en compte "en temps réel" les évolutions démographiques, en particulier les mouvements de population, elle occulte le fait que des groupes de populations numériquement semblables n'ont pas les mêmes caractéristiques épidémiologiques (âge, répartition par sexe, environnement économique, géographique, habitudes de vie ...). Il y a un déficit de connaissance concernant la partie consommation des soins qui fausse la relation offre / besoins. Une autre limite de cet outil réside dans le fait que s'il est "*efficace pour contenir les créations d'équipements nouveaux en cas d'excédents, [il] s'avère beaucoup plus difficilement mobilisable pour susciter ou accompagner la recomposition du tissu hospitalier.*" ²

Quant au S.R.O.S pour 1999 – 2004, outre la promotion de la coordination des soins et la recomposition du tissu hospitalier, il avait pour objectif "*d'améliorer la prise en compte par le système de santé des besoins de santé*". ³ A mi-parcours, on peut observer que la réalité n'a

¹ Page 84, QSJ n°3435, "Géographie de la santé en France", François Tonnellier et Emmanuel Vigneron.

² Rapport relatif à la L.F.S.S pour 2001, page 214.

³ Page 18, R.H.F n°483, novembre – décembre 2001, "Esquisses pour une troisième génération de S.R.O.S", Louis Rolland.

pas toujours rejoint les intentions. Mais comment parvenir à recentrer la démarche de santé sur le patient si les besoins de la population ne sont pas au préalable évalués ? Les S.R.O.S de deuxième génération ont peut-être jusqu'ici péché par une focalisation excessive sur les procédures administratives de planification et par un certain manque de stratégie. Mais c'est une appréciation globale : les pratiques ont été en effet différentes selon les régions et certaines Agences Régionales de l'Hospitalisation se sont efforcées de construire leur action davantage autour de l'utilisateur [S.R.O.S Bretagne]. La Cour des Comptes le rappelle dans son rapport : "*Les travaux [concernant l'élaboration des S.R.O.S II] ne se sont pas limités à des bilans quantitatifs, mais ont évolué vers une appréciation de la qualité des prises en charge*".¹ Elle soulève d'autres critiques :

- "*L'absence de volet financier des S.R.O.S [...] a [...] souvent conduit à inscrire dans les schémas des objectifs très difficiles à atteindre en cinq ans.*"

- "*Les annexes désormais opposables des S.R.O.S II sont supposées décrire précisément des opérations de recomposition induites par les objectifs choisis. En pratique, une jurisprudence du Conseil d'Etat², mal interprétée, a incité le ministère chargé de la santé à conseiller aux agences de ne pas citer les établissements concernés par les recompositions à mener.*"

- "*Les échéances assignées [à la carte sanitaire et au S.R.O.S] ne coïncident pas, l'horizon des S.R.O.S étant de 5 ans et la durée des autorisations en général de 10 ans.*"

Ces outils traditionnels de planification hospitalière sont élaborés et mis en œuvre sur la base de principes à certains égards aujourd'hui dépassés :

L'implantation des équipements et activités de soins autorisés par la carte sanitaire est déterminée par des indices de besoins. "*L'appréciation des moyens nécessaires pour répondre aux besoins de la population de chaque zone sanitaire est réalisée par application des indices de besoins de la carte sanitaire aux données démographiques*" de cette zone.³ Les indices sont fixés soit par le ministre chargé de la santé, soit par le directeur de l'A.R.H en fonction de la nature et de l'importance des activités et équipements en cause. Ce sont des outils de répartition purement quantitatifs : on considère qu'en moyenne, une population de 1000 habitants doit avoir accès à *n* scanners, *n* I.R.M, *n* lits de chirurgie ... Les caractéristiques de cette population ne sont pas prises en compte. On se situe là uniquement dans une problématique de structures et non de santé publique qui voudrait que les équipements soient accordés en fonction de l'évolution des besoins et pas simplement du volume de la population. Elle implique de réintroduire l'humain dans les déterminants de l'offre de soins. D'une région à l'autre, d'un département à l'autre, la population desservie n'est pas la même.

¹ Rapport relatif à la L.F.S.S pour 2001, page 212.

² Section du Contentieux, Union Régionale Hospitalière privée du Nord – Est, 15 février 1999.

³ Article R.712-7 C.S.P

Les limites de la carte sanitaire

Rapport annuel de la C.D.C relatif à l'exécution de la L.F.S.S pour 2001 – Page 210 et s.

Les indices de lits de M.C.O [Médecine – Chirurgie – Obstétrique] sont établis selon une méthodologie assez fruste définie par une circulaire de la Direction des Hôpitaux de 1992, les A.R.H restant libres d'utiliser d'autres références. [...]

Dans cette méthode, les besoins sont simplement déterminés par référence à l'état existant de l'offre et à son utilisation moyenne. Le nombre de lits pour une population donnée, ainsi déterminé, ne peut guère être considéré comme représentatifs des besoins réels. [...]

Les indices d'équipements lourds n'échappent pas non plus à la critique.

L'implantation des activités et équipements de soins se fait au sein de zones, de régions et de secteurs sanitaires. La carte sanitaire et le S.R.O.S sont arrêtés par zone sanitaire dont l'étendue peut varier de l'ensemble du territoire à une région. ¹ Les régions sanitaires correspondent aux collectivités territoriales régionales ² . Ces régions sont découpées en secteurs (sanitaires et psychiatriques) par le directeur de l'A.R.H. Un secteur sanitaire est théoriquement constitué à partir d'un certain seuil de population. En effet, lorsque la population d'un département est inférieure à ce chiffre, "il constitue à lui seul un département sanitaire". Ces territoires ne s'affranchissent donc pas des découpages administratifs. Pourtant, les lieux de vie se créent en toute indépendance de cette répartition. Les populations vont simplement là où elles décident de se déplacer sans considération de la planification hospitalière. Le poids de l'histoire, des cultures, des localisations hospitalières et médicales sont en revanche déterminants dans ces mouvements de populations. L'offre n'est donc pas entièrement régulable par la puissance publique. Elle est en partie façonnée par les déplacements de population. A cet égard, ces espaces de planification et le secteur sanitaire en particulier semblent inadaptés aux réalités sociales "parce qu'ils n'ont pas été définis en référence aux pratiques spatiales des populations". ³ Une autre approche consiste à prendre en compte les comportements des consommateurs de soins. Cette démarche a été expérimentée en Languedoc Roussillon à travers la définition de *bassins de santé*. Ni les A.R.H, ni les établissements ne sont donc des décideurs du territoire sanitaire. Leur stratégie est soumise à des externalités fortes (aménagement du territoire, emploi). C'est plus certainement la population, par ses comportements, ses habitudes de vie, qui détermine les contours des espaces de santé.

Une prise en compte malaisée de critères qualitatifs d'organisation et de fonctionnement

Rapport annuel de la C.D.C relatif à l'exécution de la L.F.S.S pour 2001 – Page 216.

Il pourrait être utile de disposer de référentiels régionaux adaptés aux spécificités locales.

Le modèle épidémiologique sur lequel repose l'organisation du système de santé est basé sur la phase aiguë de la maladie. Les moyens alloués aux acteurs de ce système le sont sur la base des soins curatifs. Ainsi, l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie est réparti en quatre enveloppes entre lesquelles il n'existe pas de fongibilité :

¹ Article R.712-4 C.S.P et R.712-5 C.S.P

² Article R.712-6 C.SP

³ Page 89, QSJ n°3435, "Géographie de la santé en France", François Tonnellier et Emmanuel Vigneron.

- Les soins de ville : Ils incluent les honoraires des professionnels exerçant à titre libéral, en établissement ou non, les prescriptions délivrées par ces praticiens et les indemnités versées en cas d'arrêt de travail,
- Les établissements sous dotation globale, publics et privés,
- Les cliniques privées (hors honoraires des praticiens),
- Les établissements médico-sociaux (personnes âgées et handicapées).

L'allocation des ressources ne correspond donc pas à une prise en charge globale, sanitaire et sociale, hospitalière et ambulatoire de la personne. Les programmes et actions de prévention, de dépistage, d'éducation à la santé sont financés par d'autres biais. Le raisonnement est centré sur l'outil de production lui-même et son volume de production plutôt que sur la qualité du résultat final, mesurable par des indicateurs de mortalité, morbidité ...

La planification sanitaire ne permet donc pas de définir un niveau d'offre en cohérence avec les besoins de santé. En Aquitaine, l'offre de soins est déséquilibrée entre le Nord et le Sud de la région, en particulier en cardiologie. La Fédération Interhospitalière de Cardiologie du Sud Aquitaine est aussi une réaction contre "*Bordeaux et le désert aquitain*" ¹, résultat d'une planification régionale dont l'effort de régulation ne semble pas suffisant pour l'ensemble des acteurs de santé locaux. Ainsi, les élus du département des Landes ont manifesté leur inquiétude face à "*l'inadaptation du découpage sanitaire actuel [compte tenu] de la réalité des évolutions démographiques*" et ont souhaité que les autorités sanitaires régionales envisagent "*l'avenir du système [de soins] landais sur de nouvelles bases*". Ces critiques ne vont cependant pas assez loin : Elle ne remettent en cause que le défaut d'actualisation des données à partir desquelles sont mesurés les indices de besoins. Les outils de répartition sont figés : Ils ne prennent pas en compte l'évolution de la population dans sa composition. Mais ils sont aussi incomplets : Ils occultent les modifications de comportements. La future planification devrait prendre une orientation "sanitaire" en incluant l'ensemble des producteurs de soins (établissement et professionnels exerçant à titre individuel), en ouvrant l'organisation de la prise en charge au secteur social et médico-social et en s'efforçant de dépasser la conception purement curative des soins. Une première évaluation des S.R.O.S de deuxième génération montre que l'on avance en ce sens. En effet, ils "*se présentent comme des documents d'orientations plus médicales, **dont la mise en œuvre ne repose plus exclusivement sur les moyens de la carte sanitaire** [...] . Dans une perspective d'organisation fine des complémentarités, comme en cancérologie par exemple, les instruments de la carte sanitaire n'apparaissent plus pertinents.*" ²

¹ Pour reprendre l'expression de F.Gravier parlant de "Paris et du désert français".

² "La révision des schémas d'organisation sanitaire", Direction des hôpitaux, novembre 1999.

Pour en finir avec les "pôles hospitaliers" ¹ et répondre de manière optimale aux besoins de santé, une attention particulière doit être portée aux espaces : les territoires, les habitudes de vie des populations, les caractéristiques épidémiologiques de la population. Une transition doit s'opérer entre l'aménagement sanitaire de l'espace et l'aménagement de l'espace sanitaire.

2.2.2 ... A l'aménagement de l'espace sanitaire

L'aménagement de l'espace sanitaire "*suppose un autre découpage du territoire qui se démarque des limites administratives et qui soit conforme aux habitudes de vie et aux comportements des populations*" ² La démarche traditionnelle de répartition de l'offre de soins doit donc être reconsidérée.

Globalement, il s'agit de faire du malade, de l'utilisateur, de la personne soignée, le vecteur du changement et de l'innovation. Placer l'humain au cœur du système de santé, c'est d'abord en faire le motif (point de départ) et l'objectif (point d'arrivée) des politiques de santé ; c'est aussi étudier son cadre de vie et son comportement de consommateur de soins et s'y adapter ; c'est enfin faire évoluer le fonctionnement du système de soins vers la prise en charge de l'individu dans sa globalité plutôt que par pathologie. Le résultat doit être la rationalisation de l'offre de santé. Une organisation est dite rationnelle lorsque sur le plan de la production, elle offre le meilleur rendement ³ et lorsque, sur le plan des principes, elle repose sur la logique, sur une justification conforme à la raison. Rationaliser le système de santé c'est donc redéfinir son organisation de telle sorte qu'il soit au service de l'utilisateur et de ses besoins [et non de ses demandes].

- Le premier niveau de réajustement est celui de la **justification** de la démarche. C'est l'élément humain qui doit guider la répartition de l'offre de soins plutôt que la cartographie existante des équipements hospitaliers ou celle des spécialités médicales.
- Le deuxième niveau est celui du découpage du **territoire**. L'échelle retenue correspond à une réalité socio-sanitaire : Les populations y vivent et y inscrivent leur déplacements. C'est dans cet espace qu'ils utilisent telle et telle structures de soins mises à leur disposition.
- Enfin, le troisième niveau est celui du **modèle épidémiologique** : la santé publique plutôt que les soins curatifs. Le système de santé propose une prise en charge de la maladie à son stade aigu. Il s'articule difficilement avec les structures et professionnels de santé intervenant en amont et en aval de cette phase.

¹ "Du pôle hospitalier au bassin hospitalier", Décision santé n°186, juin-juillet 2002, page 29.

² "Du pôle hospitalier au bassin hospitalier", Décision santé n°186, juin-juillet 2002, page 29.

³ Définition du Larousse Lexis.

2.2.2.1 De la planification par les structures à la planification par le malade.

Les instruments de la régulation hospitalière reposent sur l'étude de la répartition dans l'espace des équipements et des personnels médicaux. La politique introduite par l'ordonnance du 24 avril 1996 vise à rapprocher l'ensemble des régions d'une moyenne nationale afin de garantir un **égal** accès aux soins en tout point du territoire et de permettre à certaines régions de rattraper progressivement leur retard d'équipement. Cet effort de péréquation est nécessaire mais il repose sur une démarche erronée. L'offre de soins est définie à partir d'un état des lieux de l'existant des structures (bilan de la carte sanitaire) et d'un l'objectif chiffré (la moyenne nationale d'accès aux équipements de soins). Le critère de distribution de l'offre est l'offre, au lieu du meilleur service à rendre au malade. Un tel système fonctionne par et pour lui-même. Dans un tel schéma, les démographies médicale et hospitalière commandent le type de maladies prises en charge. Mais si les besoins évoluaient et se situaient petit à petit ailleurs que dans les spécialités médicales offertes à la population ? La géographie des maladies doit donc compléter la géographie des soins. C'est celle qui étudie les inégalités de répartition, d'incidence et de prévalence des maladies, ainsi que les facteurs de risque. Raisonner à partir du malade suppose de rapprocher les indicateurs de santé de la disponibilité des soins. C'est l'objectif inscrit dans le schéma national de service collectif sanitaire : *"Il vise à corriger les inégalités intra et interrégionales en matière d'offre de soins [...] en tenant compte des besoins **de santé** de la population [...]."* A noter cependant que les déséquilibres de répartition de l'offre ont d'autre cause, notamment l'absence de régulation de la démographie médicale *"autre que celle très globale du numerus clausus, laissant s'installer d'importants déséquilibres géographiques et sectoriels"* entre régions, entre spécialités et dans les hôpitaux. Ceux des régions Picardie, Champagne-Ardenne, Auvergne, Nord-Pas-De-Calais, Basse Normandie et Lorraine ont le plus de mal à recruter des praticiens.

2.2.2.2 Du pôle d'offre au bassin de population.

Les découpages sanitaires existants sont inscrits dans les limites des circonscriptions administratives. S'agit-il du meilleur territoire pour organiser l'offre de santé ? *"Raisonner dans de mauvais découpages conduit forcément à de mauvaises conclusions"* ¹. Les tensions existant sur les ressources humaines et financières d'une part et les exigences accrues en terme de sécurité et de qualité des soins incitent à une définition optimale de l'espace sanitaire. L'enjeu est d'assurer l'adéquation de l'offre aux besoins.

¹ Page 474, Gestions Hospitalières, Juin Juillet 2002, "Territoires sanitaires. Logiques de découpages des acteurs de santé"

"Les usagers se déterminent en fonction de données qui n'ont rien à voir avec les critères retenus dans une approche classique d'aménagement du territoire" note Henri Picheral. ¹ Un préalable au découpage de l'espace est donc de "connaître la circulation des usagers de l'hôpital". D'autres paramètres doivent être intégrés :

- La disponibilité des professionnels, médicaux et paramédicaux et les projections démographiques,
- La réglementation en matière de sécurité (pour les urgences, la périnatalité, la réanimation, les U.S.I.C), la législation du travail (temps de travail des agents),
- Les liens existant entre acteurs de santé sur le plan local (collaborations établies).

Les découpages sanitaires existants sont au nombre de quatre ². Ils s'inscrivent tous dans des cadres administratifs prédéterminés :

1. Les secteurs sanitaires : "Basés sur la notion de découpage *cantonale*, ils sont définis au niveau *régional*".

2. Les secteurs de l'aide médicale urgente : Le découpage est *départemental* pour les S.A.M.U (régulation). La zone d'écoute correspond à celle de la préfecture qui est en charge de la sécurité civile. La logique d'implantation des S.M.U.R est différente (intervention) : Ils sont répartis selon des critères d'accessibilité et de desserte de la population.

3. Les bassins de naissance : Ils reposent sur une base *cantonale*. "Au moins 50 accouchements sur 100 du canton considéré doivent avoir lieu dans la maternité du bassin de naissance".

4. Les secteurs psychiatriques : La sectorisation psychiatrique comporte deux sous-ensembles pour chacune des composantes de cette spécialité (psychiatrie infanto-juvénile et psychiatrie générale). Le cadre spatial est la *région*, découpée en secteurs auxquels sont rattachés ensuite à un centre hospitalier.

A problématique spécifique, sectorisation spécifique : "les découpages ne doivent pas se définir à partir d'autres découpages" ³. Les circonscriptions administratives ont été délimitées en d'autres temps _la Révolution pour les plus anciennes. Les réalités socio-sanitaires ont depuis lors évolué et ne sont pas figées pour l'avenir. L'espace sanitaire devrait donc s'affranchir des cadres administratifs. L'échelle pertinente de la planification hospitalière doit être dynamique, évolutive. Les "bassins de santé" pourraient constituer ce nouveau cadre de référence. De quoi s'agit-il ? "Un bassin de santé (qui est aussi un bassin de vie) est une partie du territoire drainée par des flux hiérarchisés et orientés principalement vers un centre, de patients aux

¹ "Du pôle hospitalier au bassin hospitalier", Décision santé n°186, juin-juillet 2002, page 30.

² Page 470, Gestions Hospitalières, Juin Juillet 2002, "Territoires sanitaires. Logiques de découpages des acteurs de santé".

³ Ibid. Page 474.

caractéristiques et aux comportements géographiques homogènes". Cette définition a servi de base à l'expérimentation par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation de Languedoc Roussillon d'un nouveau découpage à partir d'une étude des déplacements des patients. Un bassin de santé est révélé par les **flux** des patients de leur domicile vers un lieu de soins ou un ensemble de pôles de soins articulés. Au-delà de la description de pratiques, le bassin de santé doit être un outil d'aide à la décision pour que l'offre de soins réponde aux exigences de proximité, de qualité, de sécurité et d'efficacité. Les informations mises à disposition du planificateur devraient lui permettre d'apprécier :

- Les pratiques de recrutement des patients,
- Les écarts entre recrutement réel et recrutement attendu,
- Des besoins locaux objectivables et calculés à partir de probabilités de recrutement,
- Ces besoins à moyen ou long terme en fonction des évolutions constatées.

Le découpage sanitaire de l'espace doit être conforme à la réalité : évolutive et complexe.

2.2.2.3 Du soin à la santé

Peut-on comprendre une pathologie sans la rapporter à l'environnement du malade ? Redonner à la personne soignée une place centrale dans le système de soins c'est aussi l'appréhender dans sa réalité sanitaire et sociale. Cette démarche est admise pour des pathologies "installées" comme le diabète. Cette approche est valable également en cardiologie. *"La correction des autres facteurs de risque [alimentation, tabac, hygiène de vie] est indispensable car elle représente la clef du succès à long terme de la réadaptation du malade cardiovasculaire."* ¹ Le malade doit être pris en compte dans sa globalité.

Au sein de l'hôpital, les expériences de départementalisation partent de cette idée que le malade n'est pas un assemblage d'organes fonctionnant séparément. Le cloisonnement des services entraîne des absurdités en terme de fonctionnement (répétitions des examens en cas de transfert du malade d'un service à l'autre, perte de temps, perte d'informations ...) et produit de la non qualité en terme de soins (discontinuité de la prise en charge, morcellement du suivi entre plusieurs intervenants).

Le renouvellement du cadre des réseaux par la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé montre une évolution en ce sens. Les réseaux de soins du Code de la Santé Publique disparaissent au profit des réseaux de **santé**. A partir des conclusions des Etats Généraux de la Santé qui se sont achevés en juin 1999 et faisant apparaître le souhait d'une *"médecine plus humaine et d'une politique de santé*

¹ Recommandation de la Société Française de Cardiologie sur la rééducation des pathologies cardiovasculaires, page 10.

plus complète et plus globale", ainsi que des conclusions du Rapport d'Etienne Caniard (2000), cette loi s'efforce d'accentuer la dimension santé publique de la politique nationale. Le Titre II relatif à la qualité du système de santé pose notamment comme objectifs d'une part "[4°] *De développer une politique de prévention globale et cohérente*" en lui "*donnant une place plus importante et en renforçant sa cohérence au sein des politiques de santé publique*" et d'autre part "[5°] *De mieux définir les réseaux de santé*" en élargissant leurs missions pour "*une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins*". Les réseaux de santé ont pour objectif "*d'initier de nouvelles formes de prise en charge des personnes fondées sur la continuité et la qualité des soins*" en contribuant à "*une meilleure articulation entre l'hôpital et la médecine ambulatoire, entre les différents acteurs de santé ainsi qu'entre le secteur médical et secteur social*".¹

Les instruments de la planification sanitaire ne sont plus adaptés à une réalité sociale mouvante et complexe. Sur la base de paysages socio-sanitaires renouvelés, les outils de régulation devront permettre de dépasser les cloisonnements actuels et le modèle hospitalo-centré afin de répondre de manière adéquate aux besoins de la population.

L'enjeu est d'opérer une véritable réforme organisationnelle, remettant en cause l'hospitalocentrisme du système et redonnant à l'hôpital public une légitimité sociale. Trouver une issue à la crise ne signifie pourtant pas que du passé il faille complètement faire "table rase". Il ne s'agit pas, au prétexte de répondre aux dysfonctionnements du système de santé, de sacrifier les principes anciens et d'y substituer entièrement des principes nouveaux de régulation, plus acceptables parce que labellisés du sceau de la modernité.

Selon le souhait de D.Stingre, il s'agit de définir un nouveau modèle de régulation de l'offre de soins dans lequel "*la notion de S.P.H [...] constitue[r]ait le cadre privilégié du système sanitaire français de demain, support d'une juste politique d'aménagement du territoire*". La recomposition du système de santé doit préserver certaines valeurs et notamment celles du service public hospitalier.

A travers et au – delà de la reconstruction du rôle social de l'hôpital, établissement public de santé, c'est la question de l'avenir du service public de la santé qui est posée. D'autres pays européens se sont tournés vers des solutions marchandes. L'avenir du système de santé français doit-il se poser en ces termes ?

¹ Exposé des motifs du projet de loi relatif à la qualité du système de santé et aux droits des malades.

Résumé de la deuxième partie

Motifs : Le système de santé français traverse une crise d'efficacité : Ses performances ne sont pas à la mesure des moyens qui y sont consacrés ; l'offre de soins n'est pas en adéquation avec les besoins de santé. Les S.R.O.S de deuxième génération sont à mi-parcours et la réflexion concernant les schémas pour 2004 – 2009 est engagée.

Objectif : Il s'agit d'expliquer les causes de cette crise et d'explorer des pistes de réflexion dans la perspective des prochains S.R.O.S pour 2004 – 2009.

Méthode : La première étape consiste à identifier la nature et l'origine des désordres affectant le système de santé. L'analyse des caractéristiques de la Fédération Interhospitalière de Cardiologie du Sud Aquitaine montre que ses promoteurs se sont efforcés de ne pas reproduire ce schéma. La seconde étape vise à définir quelles sont en conséquence les conditions d'une planification sanitaire plus juste et à évaluer si les éléments sur lesquels repose traditionnellement cette planification sont encore adaptés aux réalités socio-sanitaires, et si tel n'est pas le cas, à décrire la manière dont ils pourraient évoluer.

Résultats : Le système de santé souffre d'un cloisonnement d'acteurs repliés sur eux-mêmes et d'une régulation globalement inefficace ou impuissante. Depuis 1945, l'organisation des soins, essentiellement curatifs, est centrée autour de l'hôpital. La crise économique et sociale des années 80 a jeté une lumière plus crue sur l'essoufflement de ce système. A travers le schéma de services collectifs sanitaires, la politique de santé publique veut donner une nouvelle orientation à l'organisation des soins. La recomposition du tissu sanitaire doit se faire sur la base d'une action coordonnée (entre établissements, disciplines, secteurs sanitaire et sociaux, secteurs hospitalier et ambulatoire, secteurs public et privé...). La F.I.C.S.A crée un tel espace de coordination et de solidarité. Ses caractéristiques montrent que les clefs traditionnelles de répartition des soins sur le territoire ne traduisent pas les réalités socio-sanitaires.

Conclusion : Les outils de la planification sanitaire sont dépassés à deux points de vue au moins : ils sont figés face à une réalité sociale mouvante ; ils déterminent la répartition des ressources en fonction de l'offre et non des besoins. Il faut réintroduire la personne soignée comme critère premier de la régulation de l'offre de soins. C'est l'humain qui sera le vecteur du changement et de l'innovation. Le cadre territorial de référence devient le bassin de vie (ou de santé). Le modèle épidémiologique dominant inclut les phases situées en amont et en aval de l'épisode aigu de la maladie. La géographie des maladies qui décrit l'état de santé de la population complète la géographie des soins qui dresse un bilan du niveau d'équipements.

3 - LE SERVICE PUBLIC HOSPITALIER : PREMIERS GESTES DE SECOURS

Le système de santé ne produit plus les résultats que l'on attend de lui. L'attentisme n'est cependant pas acceptable. Les circonstances obligent à agir :

- **La contrainte économique pèse fortement sur son fonctionnement.** Les ressources de l'Assurance maladie sont limitées alors que les avancées des connaissances médicales améliorent les techniques et les traitements, offrant des chances plus importantes de survie, ou de vie sans handicap. Peut-on se priver de l'accès à ces technologies ou doit-on sélectionner les personnes qui pourront en bénéficier ?

- **La pression sociale s'accroît.** Le droit dans sa dimension juridictionnelle est de plus en plus présent dans le domaine sanitaire. Le malade est tour à tour consommateur de soins et acteur de sa santé. Ce positionnement mouvant ne simplifie pas la recherche d'une réponse optimale et cohérente aux besoins de santé : les attentes du client ne sont pas nécessairement les mêmes que celles du citoyen. Les dispositions de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 renforçant les droits des malades, au titre de la démocratisation du système de santé, ne font qu'accroître ce phénomène. Par ailleurs, la dimension sociale du soin continue de s'accroître. Les services d'urgence par exemple prennent de plus en plus en charge une demande qui ne relève plus du sanitaire.

- **Les tendances démographiques créent des tensions sur les effectifs.** La disponibilité du personnel médical varie selon les spécialités. La gestion des personnels paramédicaux est rendue plus sensible par l'effet conjugué de la réduction du temps de travail et la perspective des départs massifs à la retraite à partir de 2005.

Au vu de ces éléments et des non performances du système de santé mises en évidence *supra*, la légitimité de l'intervention publique, et à travers elle du service public hospitalier, mérite d'être mise en question. "*Une intervention publique, au nom de la contribution des services publics à l'exercice des droits fondamentaux de la personne, ou au nom de la correction d'inefficacités du marché, ou encore au nom de la cohésion sociale, n'est légitime qu'autant qu'elle mette en œuvre des moyens qui soient adaptés aux objectifs poursuivis, et dont les coûts soient maîtrisés*".¹

Au-delà du questionnement, des solutions doivent être avancées. Comment mettre le système de santé, et en son sein le service public hospitalier, en mesure de remplir les missions qui sont les siennes ? Les scénarii envisagés ici n'épuisent pas les pistes de réflexion. En effet, dans l'auteur de ces lignes, ils s'inscrivent nécessairement dans le cadre

¹ Claude Henry, "Secteur public/Service public", Rapport du Conseil d'Analyse Economique n°3, la Documentation Française, 1997.

d'un monopole public de la régulation. A l'inverse, la réforme néerlandaise (Dekker) avait introduit des mécanismes de concurrence entre les acheteurs de soins (assurance maladie).

3.1 LE SERVICE PUBLIC HOSPITALIER DANS LA TOURMENTE

La création du service public hospitalier en 1970 répondait à plusieurs objectifs. L'analyse montre qu'ils ne sont plus toujours entièrement satisfaits aujourd'hui.

3.1.1 La création du S.P.H répondait à des exigences accrues du corps social en matière sanitaire

L'idée d'une action de la puissance publique dans le domaine de la santé s'est imposée progressivement.

3.1.1.1 Du service d'hospitalisation publique ...

L'offre de soins était à l'origine purement privée. L'Eglise et des congrégations ont créé les premiers hôpitaux. De l'assistance, les établissements hospitaliers sont passés au soin. Ils continuaient alors de relever de l'initiative privée. En effet, la relation individuelle médecin – malade revêtait alors une importance particulière. C'est toujours vrai aujourd'hui. La notion de "colloque singulier" en est un symbole et c'est naturellement que l'on considère que la relation de soins doit relever de la sphère privée. Comme le soulignait Jean Arnaud Mazères ¹, *"l'Etat médecin s'est toujours heurté à de vives résistances"*. C'est donc par des voies détournées que la puissance publique est parvenue à investir le domaine de la santé. *"C'est essentiellement par le biais ou si l'on préfère sous le pavillon du social que sont apparus en la matière des droits et des services publics correspondants"*. ²

Un de ces "biais" est un instrument traditionnel de régulation de l'ordre social : le maintien de l'ordre public : *"Du point de vue de l'Etat, il faut aider les pauvres parce qu'ils peuvent être l'occasion d'un trouble de l'ordre public ; du point de vue bourgeois, c'est une assurance de stabilité économique"* ³. L'avènement de l'Etat Républicain favorise l'acceptation de la santé comme un thème obligé de la réflexion publique. Le Préambule de la Constitution du 4 octobre 1946 proclame désormais que *"la Nation garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs la protection de la santé"*. Le nouvel article L.1110-1 du Code de la santé publique fait écho à ces dispositions en reconnaissant à toute personne un droit à la protection de sa

¹ Revue de Droit Sanitaire et Social, 1974, "Le service public hospitalier à la croisée des interventions publiques et privées", page 273.

² A.De Laubadère, Traité élémentaire de droit administratif, L.G.D.J, T.III, 2^{ème} éd. 1970, n°587. Cité par J.A.Mazères.

³ J.Ellul, Histoire des institutions.

santé. L'action publique sanitaire n'est donc plus destinée à la seule partie la plus défavorisée de la population et peut se généraliser.

Et J.A Mazères d'affirmer que "*Au terme de cette évolution, c'est un véritable service public que constitue l'activité sanitaire des collectivités publiques dans le cadre hospitalier*".¹ La notion même de service public n'existe pas, mais s'est mis en place un système d'hospitalisation publique, reconnu et cohabitant avec les institutions privées.

3.1.1.2 ... au service public hospitalier

La création du service public hospitalier répondait à deux objectifs :

- **Satisfaire l'intérêt général.** En cela, le service public est vecteur de solidarité. Cet objectif est commun à tous les services que l'Etat met à disposition de la population. Le service public doit garantir à tous une égalité de traitement et une prestation continue. La santé relève de ce bien commun dont la protection doit être offerte à tous.

- **Permettre le rapprochement et la complémentarité des établissements hospitaliers** publics d'une part, et des établissements hospitaliers publics et privés d'autre part. En effet, hôpitaux publics et privés ont un domaine d'action commun, mais des stratégies d'intervention séparées. "*L'administration publique*" et "*l'administration d'intérêt public*" "*se trouvent liées par un phénomène de collaboration par voie d'activité parallèle*"². La création du service public devait permettre de passer de la coexistence, source de dysfonctionnements, à la collaboration. "*Le secteur public étant dans l'impossibilité de faire face à la totalité des besoins d'hospitalisation, l'attitude réaliste consiste à tenir compte de cet état de fait et à accepter l'apport de l'initiative privée dans ce domaine*"³. Dans un contexte de libéralisme idéologique, cette solution paraissait plus acceptable que l'étatisation ou la publicisation du secteur hospitalier.

La loi du 31 décembre 1970 crée donc le service public hospitalier.

Le service public hospitalier n'est défini ni dans cette loi, ni dans la réforme du 31 juillet 1991, ni dans l'ordonnance du 24 avril 1996. Ces textes décrivent en revanche les missions et obligations qui y sont attachées ainsi que les conditions que les établissements privés doivent remplir pour y participer ou y être associés. On peut tenter de cerner la notion par ses caractéristiques.

¹ Revue de Droit Sanitaire et Social, 1974, "Le service public hospitalier à la croisée des interventions publiques et privées", page 274.

² M.Hauriou, Principes de Droit Public, 2^{ème} éd. 1916. Cité par J.A Mazères.

³ Rapport Peyret, Assemblée Nationale, 1970.

Le service public hospitalier est un ensemble d'établissements, de nature publique et privée, assujettis d'une part à des missions communes à tous les établissements de santé et d'autre part à des missions spécifiques au service public hospitalier.

La première approche du service public hospitalier est donc une approche fonctionnelle : par *les missions*. Elles sont énoncées aux articles L.6111-1 et L.6112-1¹ du Code de la santé publique. Le service public hospitalier assume quelques missions spécifiques :

- **Des soins assurés aux détenus** [Loi n°94-43 du 18 janvier 1994] : Cette loi transfère la prise en charge des personnes détenues de l'administration pénitentiaire aux établissements de santé publics et P.S.P.H.².

- **De la participation du service public hospitalier au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme** [Loi n°98-535 du 1^{er} juillet 1998] : Ce texte oblige le service public hospitalier à participer à la mise en œuvre du dispositif de vigilance destiné à garantir la sécurité sanitaire, l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales et les infections iatrogènes et la mise en place d'un système pour assurer la qualité de la stérilisation des dispositifs médicaux.

- **De la lutte contre les exclusions sociales** [Loi n°98-657 du 29 juillet 1998] : Ce dispositif consacre sur le plan légal les principes posés par voie de circulaires [des 17 septembre 1993 et 21 mars 1995]. Il vise à mettre en place les conditions d'une réelle accessibilité des services de soins et aux services de soins.

C'est le but d'intérêt général qui fait la véritable particularité du service public hospitalier. Avant d'être hospitalier, il s'agit d'un service public. Ce critère n'est cependant pas inscrit explicitement dans la loi. Il est contenu dans l'article L.6112-2 du Code de la santé publique lequel rappelle les principes du service public (Cf. annexe) :

- L'égalité : Les établissements concourant au service public hospitalier "*garantissent l'égal accès de tous aux soins qu'ils dispensent*" et "*ne peuvent établir aucune discrimination entre les malades en ce qui concerne les soins*".

- La continuité du service : Ces établissements "*veillent à la continuité des soins*". Ils doivent "*être en mesure d'accueillir les malades de jour et de nuit*".

Le service public hospitalier assume une mission d'intérêt général en ce qu'il devrait couvrir l'essentiel des besoins sanitaires de la population, pour tous et à tout moment.

Dans l'approche organique, et d'après les articles L.6112-2 et L.6112-3³ du Code de la santé publique, il n'existe pas de monopole public pour la mise en œuvre du service public

¹ Anciens articles L.711-1 et 711-3 du Code de la Santé Publique.

² Participant au Service Public Hospitalier

³ Ancien article L.711-4 du Code de la Santé Publique.

hospitalier (Cf. annexe). Comme on l'a vu ci-dessus, le service public hospitalier a été conçu par ses promoteurs comme un outil de rapprochement des institutions publiques et privées d'hospitalisation, qu'elles aient ou non un but lucratif. Les établissements de santé privés participent ou sont associés au service public hospitalier sous la forme d'un contrat de concession ou enfin y collaborent. L'objectif de la loi du 31 décembre 1970 était de mettre en place une collaboration organisée et systématique des deux secteurs d'hospitalisation. Il n'y a pas d'identité entre service public hospitalier et secteur public d'hospitalisation. Le premier renvoie à une mission et des obligations, le second fait référence à un statut.

Les termes "service" "public" entraînent un régime juridique particulier, articulé autour d'obligations connues sous le nom de "lois de Rolland" [Article L.6112-2 C.S.P]. Elles sont au nombre de trois : Egalité, continuité et mutabilité.

1° **L'égalité** doit être garantie dans l'accès au service et dans le traitement de l'utilisateur. Ce principe interdit toute discrimination, tant du point de vue des droits que de celui des charges. L'égalité ne s'applique cependant pas de manière indifférenciée : ce n'est qu'à situation identique qu'on met en œuvre un traitement identique. L'égalité vaut à l'égard des usagers mais aussi des agents des établissements de santé publics [Cf. Le statut des fonctionnaires hospitaliers].

2° **La continuité** oblige à répondre de façon ininterrompue aux besoins des usagers sauf dans les cas prévus par les textes. La mise en œuvre de cette règle se trouve régulièrement en porte-à-faux avec d'autres principes fondamentaux et notamment le droit de grève. L'ordonnance du 24 avril 1996 relative à l'hospitalisation ouvre les établissements vers le secteur ambulatoire, l'hospitalisation à domicile ... Il s'agit de permettre au service public hospitalier d'assurer la continuité de la prise en charge soignante, dans le temps et dans ses modalités ¹.

3° **La mutabilité** a une double signification : Une "obligation" de modernisation pour le service et l'absence de droits acquis pour l'utilisateur. La mutabilité suppose que le service est réactif et s'adapte aux évolutions des besoins d'intérêt général. Elle implique également que l'utilisateur n'a aucun droit au maintien de service public. Ils peuvent être remis en cause dans leur fonctionnement et leur organisation, mais aussi dans leur existence si celle-ci ne se justifie plus au regard de l'intérêt général. Sa finalité essentielle est d'assurer l'adéquation entre les missions et les besoins. Traditionnellement, cette règle s'exprime par les changements de réglementation opérés par l'autorité administrative (Obligation d'accréditation, normes d'hygiène, normes de sécurité en réanimation, néonatalogie ...). Une expression plus "moderne" de ce principe réside dans la possibilité de négocier les termes de l'adaptation par le biais de contrats.

¹ Assurer une prise en charge globale du malade.

Les années 80 marquent une remise en cause du service public dans son ensemble.

3.1.2 La remise en cause du service public

Elle a différentes origines et touche les services publics dans leur ensemble. Ces critiques sont pour une large part justifiées.

3.1.2.1 Les griefs retenus à l'encontre du service public

Cette remise en cause touche d'abord les services publics en général, bousculés à l'occasion de la relance de la construction européenne par la signature de l'Acte Unique Européen. Dans le climat idéologique libéral dominant, le service public est désormais vu comme un territoire d'exception. Sa singularité est considérée comme une anomalie : Le service public français se trouve dans une situation privilégiée susceptible de porter atteinte à la libre concurrence. Les services publics de réseau¹ ont été les principales victimes de ce mouvement qui s'est traduit par la suppression de monopoles et la privatisation de nombreux opérateurs publics. L'objectif est d'éliminer les obstacles à la réalisation d'un marché intérieur unique et garantissant la libre circulation des biens, des services et des hommes.

Le Conseil d'Etat résume dans son rapport sur les collectivités publiques et la concurrence la rencontre de ces deux logiques *a priori* contradictoires : "*L'idée de concurrence, porteuse des valeurs sociales de liberté et de rationalité économique, s'est en fait propagée comme une onde et a heurté d'autres valeurs telles que l'égalité, la solidarité et la sécurité portées par les collectivités publiques [...] et résumées en France dans l'idée de service public.*" On notera le changement progressif dans le ton du Conseil quant aux conséquences de la construction européenne sur la possibilité d'un service public "à la française". En 2002, il souligne que "*les administrations publiques [...] doivent déjà et devront de plus en plus intégrer dans leur réflexion la question de savoir si leur action*" heurte ou non la concurrence.² Le rapport public de 1994 était beaucoup plus alarmiste, à tout le moins appelait à la plus grande vigilance : "*L'avenir de la notion de service public est, s'il l'on n'y prend garde, compté, à moins que ne soit [...] portée au niveau européen et portée avec suffisamment de détermination pour qu'elle y triomphe, la revendication que soit prise en compte un concept propre à fonder, au-delà de la singularité française, une singularité européenne.*"³

L'approche communautaire du service public a elle aussi évolué au fil du temps. Dans un premier temps, la Commission européenne a tenté de redéfinir le service public à travers la

¹ Télécommunications, transports aériens, énergie, transports ferroviaires, poste.

² Collectivités publiques et concurrence, E.D.C.E, Rapport public du Conseil d'Etat, 2002, page 220.

³ Secteur public, services publics : déclin ou renouveau, E.D.C.E 1994, Rapport public du Conseil d'Etat 1994.

notion de service universel et celle de service d'intérêt économique général. La deuxième étape a consisté à préserver certains secteurs essentiels, sans porter atteinte aux principes de l'orthodoxie libérale. A l'origine, le concept de service public, parce qu'il constituait une entrave à la libre concurrence, était connoté négativement. On lui reconnaît aujourd'hui quelques vertus : "*Le consommateur [...] est considéré comme une personne disposant de droits fondamentaux*" qui comme tels doivent être protégés. C'est la mission assignée aux services publics : "*Il ne s'agit plus d'interdire mais d'octroyer des prestations afin de corriger les effets du marché concurrentiel*"¹.

La pensée libérale n'a pas épargné le service public hospitalier dans sa critique. Jean-Paul Segade distingue trois aspects dans cette critique :

- **Une critique idéologique** : Le service public est par essence liberticide. Son extension porte atteinte aux activités privées. Et de noter que "*le retour de l'activité libérale à l'hôpital [a été] présentée comme un moyen de préserver le libre choix du malade*".² La confusion est évidente et malhonnête entre service public et secteur public. La création du service public hospitalier en 1970 prend acte de l'impossibilité pour le secteur public de satisfaire seul aux besoins sanitaires de la population et en appelle donc aux ressources du secteur privé.

- **Une critique financière** : Elle comprend deux éléments. 1° La gestion privée serait supérieure à la gestion publique en ce domaine. Le service public n'est pas rentable financièrement parce qu'il est mal géré. 2° Les pertes de l'assurance maladie pour 2002 seront certes supérieures à 5 milliards d'euros. Mais la forte progression des dépenses (O.N.D.A.M + 6%) est due pour l'essentiel à l'augmentation des soins de ville. Parallèlement, la situation financière des établissements publics de santé est de plus en plus critique. Ils doivent faire face à un endettement accru, une capacité d'investissement diminuée, tandis que de nouvelles normes de sécurité leur sont imposées.

- **Une critique économique** : L'idée est que les mécanismes de régulation des dépenses ne sont plus ou ne sont pas efficaces. Le budget global en son temps a contribué à réduire les dépenses. Aujourd'hui, il entretient les rentes de situation. Le P.M.S.I ne permet pas encore d'optimiser les budgets hospitaliers.

On ajoutera une quatrième critique qui n'est pas liée à l'idéologie. Le service public hospitalier, comme le service public en général, a partiellement oublié sa raison d'être. "*Le service public n'était qu'un assemblage d'intérêts catégoriels [...]. Le service public était à l'usage de l'Etat social colbertiste*". Signe de cette déviance, le rapport du député Frank Borotra³

¹ QSJ n°3482, page 123, La crise du service public français, J-M.Rainaud.

² R.H.F, n°1 janvier février 1991, Le service public à la croisée des chemins.

³ Faut-il défendre le service public ? Rapport n°2260 Assemblée Nationale, Délégation pour l'Union Européenne, F.Borotra.

proposait comme piste de renouveau du service public face au modèle proposé par l'Union européenne, un "service public au service du public". Renaud Denoix de Saint-Marc le rappelle également dans son rapport au Premier Ministre sur le service public : "A l'origine de tout service public se trouve un besoin reconnu par la collectivité, que l'initiative privée ne parvient pas à satisfaire". Dans une culture renouvelée du service public, la mission devrait retrouver son caractère prioritaire sur l'institution. C'est un des thèmes des politiques de santé publique en particulier depuis les S.R.O.S de deuxième génération : Remettre l'utilisateur au cœur des préoccupations de l'hôpital. La loi n°2002-303 du 4 mars 2002 s'efforce pour sa part de donner un contenu à la notion de démocratie sanitaire [Titre II du texte]. Preuve de la persistance de ce "malaise" : Une table ronde était organisée le 19 septembre 2002 à l'Assemblée Nationale, à l'initiative de la Commission des Affaires Sociales du Palais Bourbon, autour de la question suivante : L'hôpital public est-il "au service du malade" ?

Ces critiques sont-elles fondées ?

3.1.2.2 La pertinence de ces reproches

Claude Henry, dans son rapport au Conseil D'analyse Economique sur le secteur public et les services publics ¹, considère qu'une intervention publique n'est légitime que si elle met en œuvre des moyens adaptés aux objectifs qu'elle poursuit et qu'elle parvient à en maîtriser les coûts.

Les objectifs sont ambitieux. L'article L.1110-1 du Code de la Santé Publique reconnaît en effet "le droit fondamental de toute personne à la protection de la santé". "Les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous autres organismes participant à la prévention et aux soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les usagers, à développer la prévention, l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible." Par ailleurs, l'exposé des motifs du projet de loi relatif à la qualité du système de santé et aux droits des malades précise ces objectifs :

1° Reconnaître et préciser les droits des personnes malades et plus précisément de toute personne dans ses relations avec le système de santé. Ces droits doivent être énoncés du point de vue du malade et pas seulement sous forme de devoir des professionnels.

2° Faire de l'utilisateur un véritable acteur de santé en rééquilibrant la relation malade – professionnel. La personne soignée doit être en mesure d'exprimer sa volonté et de faire respecter sa décision.

3° Mettre en place les bases de l'expression et de la participation des usagers du système de santé et donc de créer un cadre adapté à cela.

¹ Cf. Note 3 page 74.

4° Renforcer la démocratie sanitaire en redéfinissant les conditions d'élaboration et de concertation des politiques de santé. Les parlementaires et les acteurs locaux devront être mieux associés à la conception de cette politique.

5° Développer une politique de prévention globale et cohérente.

Quant aux moyens et aux coûts, il a été démontré *supra* à travers l'analyse des outils de planification sanitaire que les moyens d'organisation de l'offre de soins sont aujourd'hui dépassés (carte sanitaire et indices de besoins en particulier). Les coûts quant à eux ne sont pas contenus : l'enveloppe définie par l'O.N.D.A.M ne sera pas encore respectée en 2002.

Les conditions d'une intervention justifiée ne sont donc pas remplies. En outre, le diagnostic macroéconomique est entendu : la France dépense plus que ses partenaires européens pour des performances sanitaires globalement moyennes. Enfin, l'intérêt général n'est pas, ou n'a pas toujours été la préoccupation majeure des acteurs du service public. Le service *au public* est une "idée presque neuve" en France ¹.

L'intervention publique, dans sa portée, voire même dans son principe, pourrait donc être reconsidérée. Nos partenaires européens ont réformé leur système de santé dans le sens d'une ouverture de ce secteur aux solutions du marché. Il existe un secteur hospitalier privé en France, lequel pourrait se voir confier l'essentiel de cette mission. La question est de savoir effectivement si le service public hospitalier et le secteur public d'hospitalisation apportent un plus par rapport à d'autres acteurs. La fonction que revendique le service public et le secteur public à travers lui intéresse-t-elle toujours la collectivité ?

La réponse est nécessairement positive. En effet, comment assurer la permanence des soins sinon grâce aux obligations de service public ? La grève des généralistes a levé le tabou de la participation des praticiens libéraux de ville à la prise en charge continue des soins. "*Les médecins libéraux rejettent désormais toute obligation déontologique en la matière*" ² ce qui signifie l'abrogation des articles 77 et 78 du Code de déontologie médicale sur l'obligation de permanence des soins et ses modalités. Cette question est considérée comme prioritaire par le gouvernement qui a mis en place un groupe de travail pour traiter ce dossier. Composé de représentants de l'Ordre des médecins, des syndicats médicaux représentatifs des médecins de ville, de l'assurance maladie, des usagers et de l'Etat et présidé par le sénateur Charles Descours, il est chargé de faire des propositions afin de rendre opérationnelle la permanence des soins sur le territoire. En attendant, la circulaire

¹ Comme la liberté était une idée neuve en Europe pour Benjamin Constant.

² Quotidien du Médecin, 29 août 2002.

D.H.O.S/S.D.O n°2002-399 du 15 juillet 2002 propose une démarche pour organiser la continuité de la prise en charge dans tous les départements.

Le service public hospitalier assume donc une fonction sociale essentielle. Son existence ne peut être remise en cause. En revanche, son fonctionnement peut et doit être amélioré. Il doit être organisé et être doté des moyens le mettant en capacité de remplir ses missions. Les mécanismes de régulation du système doivent être revus. Deux voies sont envisageables :

- La concurrence : On applique les mécanismes du marché
- La coordination : La responsabilisation des acteurs passe par la construction d'un projet commun.

3.2 LES SCENARII DE REFORME

"Ne soyez ni obstinés dans le maintien de ce qui s'écroule, ni trop pressés dans l'établissement de ce qui semble s'annoncer". ¹ Appliquée au service public hospitalier et à ses règles de régulation actuelles, cette phrase invite d'une part à ne pas enterrer trop vite le service public et d'autre part à ne pas se jeter à corps perdus dans la situation inverse sans avoir examiné les alternatives possibles.

En clair, la solution marchande a été adoptée par de nombreux pays européens. Elle semble donner des résultats dans certains cas [Cf. Les britanniques font partiellement machine arrière sur leur réforme]. Mais l'identité de problèmes des systèmes de santé européens n'implique pas une identité de solutions. Un autre philosophe rappelait avec prudence que *"vérité au deçà des Pyrénées, erreur au-delà"*. ²

Un premier scénario, "le scénario du pire" consisterait à admettre que le problème existe, mais se refuser à s'y attaquer parce que la réforme serait :

- **Impossible** : En raison de l'opposition des acteurs du système à toute remise en cause des règles du jeu. *"Toute velléité de changement se heurte à des réactions défensives de grande ampleur émanant des professionnels de la santé ou des organisations syndicales"*.

- **Inutile** : Les ordonnances du 24 avril 1996 constituaient déjà une réforme d'importance, laquelle a porté ses fruits. *"Le Plan Juppé a réussi à freiner la croissance des dépenses de soins et a mis en place une nouvelle structure institutionnelle."*

¹ De l'esprit de conquête et de l'usurpation dans leurs rapports avec la civilisation européenne, Benjamin Constant.

² Pensées, V, 294, Pascal.

- **Dangereuse** : Une modification des conditions d'utilisation des ressources ne peut avoir que des conséquences négatives sur la qualité de la prise en charge de la personne. "*La maîtrise des dépenses ne peut être réalisée qu'au prix d'une baisse de la qualité des soins*".

- **Inopportune** : La conjoncture nous donne les moyens d'éviter cette réforme. "*Le retour de la croissance allège les contraintes pesant sur les budgets sociaux*". ¹

Ne pas réformer revient à considérer que la santé n'a pas de prix : Le système de santé continue à être financé à fonds perdus en appliquant des "remèdes – placebos" déjà connus : augmentation des cotisations, diminution des remboursements ou déremboursements de prestations ou de médicaments. Les ressources sont gérées sur le mode du rationnement. Refuser la remise en question organisationnelle ne présente aucun avantage, sinon le relatif confort du *statu quo ante*. En revanche, cette attitude contribue au maintien et à l'aggravation des inégalités de santé ; elle entretient les défauts du système et handicape lourdement l'économie par les prélèvements pesant sur les cotisants et par la masse financière consacrée aux soins curatifs.

Il faut donc en passer par un nouveau contrat entre la collectivité et le système de santé. Il faut soigner différemment. Le Ministre de la Santé, Jean François Mattei, plaide pour "*que l'on change d'état d'esprit*" ². Le changement est avant tout culturel. C'est un préalable, mais c'est aussi une des principales difficultés de notre système de santé et de ses acteurs, lesquels sont relativement figés sur leurs acquis. La réforme devra donc être discutée et acceptée par la collectivité donnant ainsi tout son sens à la notion de "démocratie sanitaire" inscrite dans le titre II de la loi de mars 2002 sur les droits des malades et la qualité du système de santé.

Le rapport du C.A.E ³ pose le débat en ces termes : "*Il s'agit de définir les modalités de l'action de l'Etat qui assurent au mieux l'efficacité et l'équité*". Le champ des possibles est plus complexe et plus riche que la simple opposition entre dérégulation et libre marché d'un côté, et intervention publique de l'autre.

La réforme peut s'inspirer de deux principes directeurs différents : concurrence ou coordination.

¹ Régulation du système de santé page 62, Rapport au Premier Ministre, Conseil d'Analyse Economique, 1999.

² Entretien au Monde, 12 juillet 2002.

³ Régulation du système de santé, 1999 cité supra.

3.2.1 La régulation par la concurrence

Envisager une solution reposant sur le principe de la concurrence amène à se poser la question de l'existence d'un marché de la santé. Il existe, mais il présente des spécificités.

3.2.1.1 Le marché de la santé.

Existe-t-il un marché de la santé ? Plus exactement, la notion de service public de la santé exclut-elle la présence d'un marché ? Le droit communautaire dans son application aux activités des personnes publiques montre que service public et mécanismes de marché sont compatibles. L'approche européenne ne s'attache pas à la personne qui met en œuvre, mais à la nature de l'activité. Il suffit que la personne morale en cause ait un "*comportement d'entreprise*".¹ Les règles de la concurrence ne sont exclues que dans les cas où leur application rend impossible l'accomplissement de la mission d'intérêt général en portant atteinte à la viabilité économique de l'entreprise.

Article 90§2 Du Traité de Rome

Les entreprises chargées de la gestion de services d'intérêt économique général ou présentant le caractère d'un monopole fiscal sont soumises aux règles du présent traité, notamment aux règles de concurrence, dans les limites où l'application de ces règles ne fait pas échec à l'accomplissement en droit ou en fait de la mission particulière qui leur est impartie. Le développement des échanges ne doit pas être affecté dans une mesure contraire à l'intérêt de la Communauté.

C'est en revanche un marché où la concurrence est imparfaite. Tout d'abord, les prix y sont réglementés. Le secteur à honoraires libres fait peut-être exception. Encore que le manque d'information sur les prix effectivement pratiqués ne permette pas de faire jouer un véritable mécanisme de marché. Par ailleurs, le secteur II est facteur de discriminations non justifiées en terme d'efficacité : Il crée des inégalités d'accès à une partie du secteur de soins, voire à certaines catégories de soins. En revanche, des mécanismes incitatifs de rémunération des médecins pourraient être retenus². Par ailleurs, si le patient conserve le libre choix du producteur de soins, cette liberté est limitée dans certains cas : monopole géographique ou médical pour une spécialité, revenus du patient, mobilité du patient et accessibilité du prestataire ...

Les mécanismes concurrentiels retenus doivent donc tenir compte de la particularité de ce marché.

¹ A.J.D.A, 20 mars 1996, page 180, L'article 90§2 du Traité de Rome et les entreprises de réseau, J.Y.Chérot.

² Pour accomplir certains actes, comme la permanence des soins par exemple.

Cette réforme s'inscrit dans le cadre des institutions actuelles. L'analyse des mécanismes possibles montre que l'intervention publique et les règles du marché sont compatibles, dans certaines limites.

3.2.1.2 Les outils de la régulation

Il s'agit d'introduire des mécanismes de marché seulement au niveau de la production des soins. Le monopole de l'assurance n'est, quant à lui, pas remis en question. *"Cette approche consiste donc à envisager ce qui peut être réformé dans le cadre des institutions telles que les ont définies les ordonnances du 24 avril 1996."* ¹

En tout état de cause, la solution marchande ne va pas jusqu'à la dérégulation totale. Ce scénario ne serait pas économiquement rationnel : En effet, le marché de biens et de services sanitaires est un marché de *"concurrence imparfaite en raison de la différenciation des produits, de la position de monopole géographique d'un grand nombre d'offreurs et de l'insuffisance d'information des patients"* ². Il pourrait même être contre-productif : *"Certaines expériences de libération des prix dans ce secteur ont abouti à un transfert de charges de l'assurance maladie sur les patients sans pour autant conduire à une réduction des dépenses."* ³ Un système non régulé est susceptible d'entraîner un rationnement caché des soins et nécessairement non choisi par la collectivité.

Les expériences étrangères nous apprennent que ce mécanisme peut prendre la forme soit de la concurrence par comparaison, soit de l'appel d'offres.

Dans le premier cas, l'allocation des ressources peut se faire sur la base de la tarification à la pathologie. Elle *"repose sur l'idée que les établissements ne sont pas en concurrence (ils peuvent être en monopole local)"*. ⁴

Les établissements sont rémunérés sur la base d'un prix fixe en fonction de leur activité. Le coût moyen de chaque pathologie ou groupe de pathologies classés par G.H.M est préalablement défini par l'A.R.H à partir d'une évaluation menée sur des établissements privés et publics de santé, *"homogènes en terme d'équipements et de plateaux techniques"*. ⁵ La stratégie des établissements devrait donc être :

¹ Régulation du système de santé page 62, Rapport au Premier Ministre, Conseil d'Analyse Economique, 1999.

² Ibid. Page 44.

³ Régulation du système de santé page 44, Rapport au Premier Ministre, Conseil d'Analyse Economique, 1999

⁴ Ibid. Page 71.

⁵ Ibid. Page 69.

- De réduire leur coût de production,
- De se positionner avant tout sur les spécialités pour lesquelles ils ont un avantage comparatif,
- Et corrélativement peut-être de ne plus traiter certaines pathologies particulièrement coûteuses en moyens matériels et humains.

Dans ce système, la responsabilité de la régulation demeure entre les mains de l'A.R.H notamment par l'élaboration d'un cahier des charges pour les producteurs de soins dont l'objectif est de préserver la qualité des soins. Le fonctionnement d'un marché suppose la transparence et la circulation des informations. Les performances ou la non qualité de certains services doivent être connues des autres professionnels de santé, de l'assurance maladie et des usagers eux-mêmes.

L'article L.6122-19 du Code de la Santé Publique dispose que *"le gouvernement pourra expérimenter, à compter du 1^{er} janvier 2000 et pour une période n'excédant pas cinq ans, de nouveaux modes de financement des établissements de santé publics ou privés, fondés sur une tarification à la pathologie."* Dans le système actuel de tarification et de financement, l'évolution de la dotation globale de fonctionnement et l'évolution de l'activité réelle des établissements sont déconnectées. *"La réforme du système de tarification a pour objet de tenir compte de l'activité réelle des établissements et d'inciter à une optimisation des coûts".*¹ Un programme d'expérimentation a effectivement été lancé en 2001. La mission a rendu en avril 2002 un rapport d'étape sur ce premier exercice de simulation. Elle juge que la tarification à la pathologie peut être vecteur de davantage d'équité, mais aussi d'une plus grande efficience du système d'hospitalisation. Elle invite aussitôt à la prudence : *"La tarification à la pathologie n'est pas la panacée en matière de maîtrise des dépenses. Elle ne peut se substituer aux nécessaires choix de planification du système de santé (notamment les arbitrages entre les différentes fonctions du système : prévention, médecine de première ligne ...). Elle doit être complétée par un investissement accru dans une maîtrise médicalisée [...]. Enfin, il ne faut pas négliger le fait que la France est pratiquement le seul pays à disposer de deux secteurs d'hospitalisation aux logiques très différentes."*

Dans la plupart des cas, la concurrence existe : les établissements fournissent les mêmes soins. La procédure d'appel d'offres permet de faire jouer cette concurrence.

On retrouve les éléments suivants : Définition d'un cahier des charges déterminant des normes de qualité à respecter et circulation des informations sur les différents acteurs de ce marché. Le critère d'attribution du marché est défini en toute transparence par l'autorité régulatrice, en l'occurrence l'A.R.H. Comme tout secteur ouvert à la concurrence, il existe un

¹ Rapport annuel de la C.D.C relatif à l'exécution de la L.F.S.S pour 2001, page 322.

risque d'ententes entre les établissements. Pour que les règles du marché ne soient pas faussées, il est nécessaire d'envisager "*un encadrement juridique pour limiter les phénomènes de collusion, contrôler les fusions et veiller à ce que le territoire soit couvert par l'offre*".¹ La mise en concurrence directe par les appels d'offre suppose en préalable un changement culturel important :

- Les hôpitaux devraient avoir une autonomie de gestion,
- L'A.R.H ou l'assurance maladie devrait adopter un comportement d'acheteur de soins.

C'est la réforme mise en œuvre dans les années 90 au Royaume Uni. Le système de santé britannique [National Health Service] a été fondé en 1948 sur la base des principes d'universalité, de gratuité, d'égalité d'accès aux soins et de qualité des soins pour tous. Le N.H.S a connu plusieurs réformes. En 1980 et 1982, des déconcentrations créent les administrations sanitaires au niveau du district et au niveau de la région. La mise en place d'un marché interne date des années 90. Les administrations sanitaires de district et les médecins généralistes référents deviennent acheteurs de soins auprès des hôpitaux. La publication du Livre Blanc en 1997 met un terme à cette expérience de régulation par un quasi marché.

Cette solution de l'appel d'offres était-elle envisageable afin de rééquilibrer l'offre de soins en cardiologie en Aquitaine plutôt que de choisir le rapprochement des établissements au sein de la Fédération ? La technique de l'appel d'offres suppose qu'il existe une concurrence entre les hôpitaux susceptibles de se porter candidats, condition qui n'était pas satisfaite à mon sens entre les membres de la Fédération :

- Elle n'existe pas entre Dax et Mont de Marsan dont les équipes médicales respectives ont orienté différemment l'activité du service de cardiologie : Prévention et rééducation pour le premier, cardiologie interventionnelle à visée diagnostique pour le second.
- Orthez et Oloron Sainte Marie n'ont ni le plateau technique, ni les compétences médicales [par rapport aux recommandations de volumes d'activité de le S.F.C notamment] pour pratiquer sur leurs centres de la cardiologie interventionnelle. Il sont en revanche besoin pour leurs patients d'avoir accès à un établissement possédant ces techniques.
- Le Centre Hospitalier de Pau dispose de tout l'éventail du traitement de la phase aiguë de la pathologie cardiovasculaire, jusqu'à la chirurgie cardiaque. Le service doit justifier d'un certain volume d'actes en angioplastie et des renforts seraient appréciés pour assurer des gardes médicales sur place.
- La seule activité commune à tous ces établissements est la prise en charge des urgences cardiaques. Il est difficile de parler dans ce domaine de secteur concurrentiel.

¹ Régulation du système de santé page 71, Rapport au Premier Ministre, Conseil d'Analyse Economique, 1999

Il n'y avait *a priori* pas de zones d'empiètement entre les établissements de Dax, Mont de Marsan, Oloron, Orthez et Pau. Entrer dans une logique de développement des uns contre les autres n'aurait pu que desservir leurs intérêts respectifs. La complémentarité s'est imposée naturellement. Seul le service de cardiologie de Pau avait peut-être la dimension pour fonctionner seul. Le rapprochement avec ces hôpitaux périphériques présente de nombreux avantages pour cet établissement :

- Les malades sont pris en charge pour subir telle ou telle intervention. Celle-ci terminée, ils sont redirigés vers leur hôpital d'origine. La gestion des capacités d'hébergement du service est optimisée : Le traitement des patients adressés par les autres établissements contribue à maintenir un niveau d'activité suffisant ; ces patients n'embolisent pas les capacités d'hospitalisation du service ; ce fonctionnement permet de répondre à la fois aux besoins de la population de l'agglomération paloise et de celle des hôpitaux proches.

- Les praticiens des hôpitaux périphériques à Pau viennent travailler régulièrement sur cet établissement. Le pôle médical du service de cardiologie palois est ainsi renforcé.

Une solution marchande ne pouvait être imposée que par l'A.R.H. Elle n'aurait eu, selon moi, aucun sens dans la configuration de l'offre de soins de cardiologie dans cette partie de l'Aquitaine. La coordination allait de soi.

Le point commun entre concurrence par comparaison et concurrence directe est l'organisation d'un marché, réglementé par la puissance publique. Le rationnement par les volumes et les prix administrés disparaissent *a priori* de ces schémas de régulation. Ces deux outils sont présentés comme étant de nature à concilier qualité des soins (Cf. cahier des charges, autorité de régulation) et maîtrise des dépenses (Cf. incitation des établissements à produire au moindre coût).

■
Ce système basé sur la concurrence semble avoir donné de bons résultats ailleurs. La transposition est-elle possible en France ?

3.2.1.3 Evaluation de la solution dans le contexte français

La régulation de l'offre de soins a fait ses preuves ailleurs. C'est le cas en Italie. En Lombardie, la mise en concurrence des établissements aurait permis :

- De réduire les listes d'attente,
- D'accroître les capacités productives des prestataires de services,
- D'augmenter la liberté de choix des usagers,
- D'améliorer l'attention portée aux attentes du consommateur de soins et à sa satisfaction.

Une rapide analyse comparative montre que la France n'est pas, *a priori*, différente des autres pays, notamment européens, en matière de santé. Prenons le cas de la Grande Bretagne.

- Les inégalités de santé sont comparables entre les deux pays, mais leur médiatisation est moins forte en France qu'en Angleterre,
- Les maladies cardiovasculaires, le cancer, les accidents et les suicides ont été retenus comme thèmes prioritaires de la politique de santé britannique en 1999. Les trois derniers figurent parmi les priorités définies par la Conférence Nationale de santé en 1998 et un plan de lutte contre les maladies cardio-vasculaires a été initié en 2002.
- Dans les deux pays, on constate un déficit de coopération entre les professionnels et un cloisonnement des spécialités médicales. La nécessité du dialogue s'impose de part et d'autre de la Manche.
- La qualité est un cheval de bataille en France comme en Angleterre. Elle se développe autour de l'A.N.A.E.S et du processus d'accréditation dans un cas. Depuis 1999, elle concerne les aspects non financiers des établissements de santé dans l'autre cas.

Peut-on envisager dans ces circonstances de mettre en oeuvre ces solutions en France ? Le Conseil d'Analyse Economique souligne, comme un avertissement "*qu'une constante des politiques françaises est de transposer des règles étrangères dans un contexte qui les dénature et leur fait perdre leur intérêt*".¹ Les différences entre les deux systèmes apparaissent à divers points de vue :

- Alors que la libéralisation du système s'accroît en Grande-Bretagne, les pouvoirs de l'Etat dans le champ sanitaire s'accroissent avec les ordonnances du 24 avril 1996 : Définition de l'O.N.D.A.M par le Parlement, régionalisation partielle de l'offre de soins.
- **La tolérance à la réforme** est beaucoup plus limitée en France qu'elle ne l'est chez nos voisins britanniques.
- La politique de santé en Angleterre repose sur des **objectifs** nationaux opérationnels, précis et chiffrés². Les données épidémiologiques sur la population sont disponibles. Ces objectifs sont ensuite déclinés au plan local. Ils sont peu chiffrés en France. Nous ne disposons pour l'instant d'aucun système d'information permettant l'évaluation de la réalisation de ces objectifs.

¹ Régulation du système de santé page 69, Rapport au Premier Ministre, Conseil d'Analyse Economique, 1999

² Exemple : Diminuer la mortalité par cancer des moins de 75 ans d'un cinquième, soit 200 000 vies sauvées.

- **L'usager** a une place de plus en plus active en France. Il est présent au sein du Conseil d'Administration des hôpitaux, des conseils régionaux de santé [Le conseil régional de santé remplace la conférence régionale de santé, article L.1411-3 Code de la Santé Publique, article 35 de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002], des associations d'usagers. Il a fait entendre ses attentes lors des Etats Généraux de la Santé qui se sont achevés en juin 1999. La participation des usagers à la réflexion sur la politique de santé n'est pas aussi directe en Grande Bretagne. Elle se fait par exemple par l'intermédiaire des collectivités locales.
- **Les listes d'attente** se comptent en mois ou en année en Angleterre (< 2 ans néanmoins). Elles s'expriment en semaines ou en mois en France. Cependant, cette question est débattue en Grande Bretagne à l'inverse de ce qui se passe en France.
- **Les évolutions budgétaires** suivent une orientation totalement opposée : Les dépenses doivent être revues à la baisse en France alors que l'Angleterre doit augmenter son budget pour se situer au niveau européen par rapport au P.I.B d'ici 2006.

Ce qui rapproche ces deux pays c'est l'identité de leurs problèmes de santé publique. Mais ensuite, le niveau d'implication des acteurs est différent. Ils n'ont pas la même volonté d'être acteur d'une réforme. La réforme a été acceptée et reconnue comme nécessaire par les médecins britanniques. Une telle mobilisation paraît plus incertaine en France. D'après L.Laplace *"les médecins français sont peu enclins à faire attention aux dépenses de santé. Il semblerait impossible de les rendre gestionnaire du budget de soins de leur patient tel que cela se pratique en Angleterre."* ¹

Une autre limite au choix de la régulation par la concurrence tient au fait que, par définition, la compétition repose sur une logique de rapports de force. Elle n'implique pas de réflexion sur le positionnement respectif des établissements d'un secteur donné au sein du maillage sanitaire : Qui fait quoi, et comment s'articulent les relations entre ces établissements ? Ce mécanisme permet peut-être de maîtriser les dépenses. Mais qu'en est-il de la maîtrise des coûts et de la rationalisation de la prise en charge du malade ?

L'alternative à la concurrence est la régulation par la coordination. Elle s'inscrit dans une logique de projet et de projet collectif. *"Là où il n'y a pas de projets, il n'y a que des rivalités"*. ²

¹ Les systèmes de santé français et anglais : évolution comparée depuis le milieu des années 90. Santé Publique 2002, Volume 14, n°1, pp. 47-56.

² Gestions hospitalières, Juin Juillet 2002, page 407.

3.2.2 La régulation par la coordination

Qu'est-ce que la coordination et quel contenu peut-on lui donner ?

3.2.2.1 La notion de coordination ...

Etymologiquement, ce terme se rattache à celui d'ordonner. Coordonner des éléments consiste donc à les disposer en vue d'obtenir un ensemble cohérent. La coordination est à la fois une action (mettre de l'ordre) et un état (former un tout cohérent), le moyen et l'objectif. L'incoordination, à l'inverse, traduit une situation de désordre.

La coordination ajoute à la collaboration et à la coopération. Ces deux notions comportent l'idée d'un collectif de travail et de l'apport d'un savoir ou d'un savoir faire, là où il n'existe pas (sociétés coopératives, coopération internationale). La coordination va plus loin en qualifiant le résultat attendu : la cohérence et l'harmonie de l'ensemble.

Historiquement, l'idée d'associer les établissements de santé est liée à celle de pénurie. Les premiers rapprochements entre l'hospitalisation privée et l'hospitalisation publique, en 1942-1943, se mettent en place dans un contexte où l'offre de soins publique est insuffisante. La réforme hospitalière des années 40 permet aux préfets de passer des conventions avec des institutions privées à but lucratif et non lucratif pour l'accueil des bénéficiaires de l'aide sociale.

La création du service public hospitalier en 1970, conçu comme un outil de collaboration entre l'hospitalisation privée et l'hospitalisation publique vise "*à répondre aux exigences accrues du corps social en matière sanitaire.*"¹ Seul, le secteur d'hospitalisation publique n'était plus en mesure de faire face à ces demandes. La mise en commun des énergies semblait pouvoir résoudre ce problème. Le scénario se rejoue pourtant aujourd'hui : Le système de soins ne répond plus de manière adéquate à la demande sociale

La conception initiale du service public était cependant insuffisante pour atténuer les rivalités entre établissements. Comme le prévoyait J.A.Mazères : "*Les divergences [entre établissements] ne s'atténueront pas de manière décisive dès lors qu'elle se trouveront recouvertes par la notion de service public telle qu'elle a été dessinée par la loi de 1970.*"² Des mécanismes de coopération plus intégrés et plus aboutis doivent être envisagés.

¹ Revue de Droit Sanitaire et Social, 1974, "Le service public hospitalier à la croisée des interventions publiques et privées", page 280.

² Revue de Droit Sanitaire et Social, 1974, "Le service public hospitalier à la croisée des interventions publiques et privées", page 343.

3.2.2.2 ... et son application à l'offre de soins

Dans son article sur une esquisse des S.R.O.S de troisième génération ¹, Louis Rolland souligne que la planification devra s'appuyer sur deux éléments / mettre en avant deux logiques :

- La gradation des soins,
- La coordination des différents niveaux de soins.

Le mécanisme de régulation par la coordination repose sur trois principes :

La différenciation : Les membres de cette organisation coordonnée s'associent pour mettre en œuvre une prise en charge alternative de la personne soignée. Le malade n'est plus captif. Il "circule" éventuellement entre les membres de l'association. Le patient sera adressé à telle ou telle équipe en fonction du niveau de risque et de complexité que sa pathologie présentera. La Fédération repose sur un fonctionnement en échelle de soins graduée.

La coordination : Evidemment ! Elle met à jour et officialise des liens préexistants entre les membres de l'association. La coordination ne fait qu'ajouter une reconnaissance juridique et éventuellement financière à cette communauté de travail. Les affinités entre personnes sont ici essentielles. Les relations interpersonnelles ont été déterminantes dans la mise en place du projet de Fédération de cardiologie. Ces praticiens avaient envie de continuer à travailler ensemble et par la Fédération essayer de mieux travailler encore.

La régulation : A l'instar de toute organisation collective, des règles de fonctionnement doivent être définies. Comment va-t-on se comporter d'une part entre membres de l'association et d'autre part vis-à-vis de l'extérieur ? Les statuts et la convention constitutive de la Fédération répondent à ces questions.

Une organisation coordonnée comporte trois axes :

Il s'agit tout d'abord de la formation. La première vocation du rapprochement de ces professionnels de santé est de "*créer un espace de discussions et de communication*". ² C'est un objectif ambitieux, notamment si l'association rassemble des hospitaliers et des non hospitaliers, deux mondes qui au mieux s'ignorent. Au niveau de la Fédération de cardiologie, les praticiens des établissements "périphériques" participent à l'activité du service de cardiologie de l'hôpital de Pau dans un objectif de formation et/ou de maintien d'un niveau d'activité pour certaines techniques.

La coordination vise ensuite à assurer la circulation de l'information. C'est un point commun avec le fonctionnement du marché. Echanger des informations certes, mais des

¹ Esquisses pour une 3^{ème} génération de S.R.O.S, Le point de vue de l'hospitalisation publique, R.H.F, novembre décembre 2001, n°483, pages 17-22.

² Gestions hospitalières, Juin Juillet 2002, page 453, J.P.Domin.

informations utiles. Cela suppose qu'existe une relation de confiance entre les membres de l'association. Cette transparence est nécessaire pour assurer le suivi thérapeutique du patient. La rétention d'information est d'abord nuisible à la personne soignée. Cette règle ne vaut d'ailleurs pas qu'entre les praticiens du groupe : le malade aussi est destinataire d'informations concernant en particulier la possibilité d'être pris en charge dans le cadre de cette organisation coordonnée : y consent-il ? comment cela fonctionne-t-il ? ...

La coordination devrait enfin permettre l'émergence d'une médecine nouvelle.

Comment ? L'articulation en niveaux de soins permet de diriger le malade vers le pôle de prise en charge le plus adapté au stade de sa maladie. Pour un hôpital, cela devrait se traduire par une meilleure régulation des entrées et des séjours et pour le système de santé dans sa globalité, par une meilleure gestion des actes médicaux qui ne devraient être prescrits que lorsqu'ils sont véritablement indiqués. Un tel découpage en niveaux de soins entraîne une spécialisation et une relative hiérarchisation entre les pôles. Le risque est donc *in fine* que "cette organisation ne soit pas appréhendée comme un instrument de santé publique, mais comme un enjeu de pouvoir." ¹ L'organisation doit au contraire préserver l'équilibre entre les parties.

La Cour des Comptes, dans son rapport annuel relatif à l'exécution de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2001, retient, à côté des alternatives à l'hospitalisation et de la politique du médicament à l'hôpital, l'exemple de la prise en charge des urgences médicales pour illustrer la nécessité d'une meilleure articulation entre les acteurs du système de santé.

"L'organisation actuelle des urgences ne répond pas de manière satisfaisante à la demande de prise en charge" notamment du fait

- "D'une coordination insuffisante des intervenants", qui "reposent sur des logiques différentes et cloisonnées : l'hospitalisation, l'aide médicale urgente et les transports sanitaires, la déontologie médicale et l'organisation des secours."

- "D'un mode de financement cloisonné". La prise en charge de l'urgence n'est pas valorisée de la même manière à l'hôpital [considérée comme une consultation non programmée], dans une clinique [rémunération forfaitaire de l'activité d'urgence], pour un médecin libéral [application de majorations aux actes d'urgence], les ambulanciers privés [tarif déterminé par convention avec l'Assurance Maladie] ou les Services Départementaux d'Intervention et de Secours [facturation sous certaines conditions aux établissements de santé sièges des S.A.M.U].

La Cour souligne l'urgence (!) de cette réorganisation en raison du désengagement progressif de la médecine de ville de la permanence des soins : "L'hôpital est de plus en plus sollicité pour des cas peu graves et peu urgents pas des patients qui recherchent une prise en charge

¹ Gestions hospitalières, Juin Juillet 2002, page 454, J.P.Domin.

globale et rapide, alors que la médecine de ville est de moins en moins accessible et que son organisation cloisonnée n'offre pas un service optimal." ¹

"Par conséquent, l'effort d'organisation de la prise en charge des urgences autour d'une meilleure complémentarité entre soins de ville et soins hospitaliers doit être amplifié si l'on veut éviter le désengagement complet des médecins de ville et l'engorgement des hôpitaux." ²

Pour cela, la Cour des Comptes propose de *"favoriser l'orientation par les centres de régulation"* afin d'assurer *"une bonne orientation des patients"* et *"une meilleure utilisation des moyens disponibles"*. Par ailleurs, *"la mise aux normes des services d'urgence en établissement doit être poursuivie"*. Enfin, la permanence des soins et les gardes libérales doivent être garanties par la redéfinition de la place des médecins de ville dans la prise en charge des urgences.

La Cour conclut en insistant sur le fait que *"la mise en place d'une vraie permanence des soins en ville, offrant en un même lieu les principales prestations requises par une intervention programmée ou non (la radiographie notamment) aurait dû constituer un motif prioritaire de création des filières et réseaux de soins prévus par l'ordonnance de 1996"* et en souhaitant que *"la responsabilité confiée, au sein du ministère, à une seule direction, la D.H.O.S, d'organiser les soins en ville et à l'hôpital et de piloter le développement des réseaux de soins devrait permettre d'accélérer un processus qui devra associer les régimes d'assurance maladie et pourra s'appuyer sur la nouvelle sous enveloppe de l'O.N.D.A.M dédiée aux réseaux"*. ³

Une des formes possibles d'organisation coordonnée est le réseau.

3.2.2.3 ... sous la forme du réseau

3.2.2.3.1 D'où vient-il et à quoi sert-il ?

La loi n°2002-303 du 4 mars 2002 réactive la notion de réseau : Les réseaux de soins ne sont plus ; vivent les réseaux de santé ! Ils figurent dans le titre II de ce texte, relatif à la qualité du système de santé et qui, pour satisfaire cette exigence de qualité, prévoit de *"développer une politique de prévention globale et cohérente"* et d'*"apporter une meilleure définition des réseaux de santé"*.

Le réseau repose sur une logique de projet comme le montre l'historique de cette notion. Les premiers réseaux ont été créés par les acteurs eux-mêmes. Leur apparition est liée en particulier aux débuts de l'épidémie de S.I.D.A dans les années 80. Les réseaux ont donc une origine spontanée. L'exposé des motifs de la loi du 4 mars 2002 précise que la réforme du cadre juridique des réseaux s'inspire *"des expériences qui se sont développées"*. La

¹ Rapport annuel relatif à l'exécution de la L.F.S.S pour 2001, page 363.

² Ibid. Page 363

³ Ibid. Page 367.

réglementation par les pouvoirs publics n'intervient donc que dans un second temps et est relativement récente.

Il s'agit d'abord de la circulaire du 4 juin 1991 relative à la mise en place des réseaux ville-hôpital dans le cadre de la prévention et de la prise en charge des personnes atteintes d'infection à V.I.H. Elle définit le réseau comme *"une organisation collective entre plusieurs partenaires, professionnels ou volontaires, juridiquement indépendants et aptes à apporter sur les plans préventifs, médicaux, sociaux et psychologiques, les ressources complémentaires requises pour un patient. [...] Il valorise l'usage des ressources des acteurs ou l'emploi de ces intervenants en favorisant leur relation et leur coordination au bénéfice d'une population donnée".*¹ La complémentarité implique des apports réciproques entre les participants au réseau. La notion de "population donnée" montre qu'il s'agit de répondre à un besoin spécifique, identifié par les fondateurs du réseau.

Les réseaux toxicomanie seront ensuite organisés par la circulaire DGS/DH n°15 du 7 mars 1994, relative aux lits réservés pour les cures de sevrage dans les services hospitaliers et au développement des réseaux ville-hôpital, dans le cadre de la prise en charge des usagers de drogues. Enfin, la circulaire N°44 du 9 mai 1995 concerne les réseaux de soins hépatite C. L'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée et l'ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins consacrent et organisent le réseau, sans le rattacher spécifiquement à une pathologie ou à un groupe de malades.

L'originalité de ce type d'organisation réside dans le fait qu'elle se construit et fonctionne à partir de l'utilisateur, qu'il soit pris en compte à travers une pathologie (S.I.D.A, Diabète, Cancer, Hépatite ...) ou une modalité de prise en charge (toxicomanie). Il réintroduit l'élément humain comme vecteur de modernisation du système de santé². La présence de ce concept dans le titre II [Qualité du système de soins] de la loi sur les droits des malades et la **qualité** du système de soins est à cet égard symbolique. Produire de la qualité, c'est certes satisfaire aux contraintes du système de production, mais aussi et surtout répondre aux attentes du destinataire de la prestation. La structure ne fonctionne pas pour elle-même en théorie, mais pour *"apporter le bon conseil et le juste soins, adapté à chacun de ceux qui lui confient leur santé"*³.

¹ Circulaire DH/DGS n°612 du 4 juin 1991.

² La modernisation des services publics par l'utilisateur : une revue de la littérature (1986-1996), Sociologie du travail, n°3, 1998.

³ Courrier de l'éthique médicale, n°2-3 juillet / décembre 2001, page 30, Dr Wannepain.

Quels sont, par rapport à cet objectif de qualité, les atouts du réseau, du point de vue de l'usager et de sa prise en charge d'abord, du point de vue du système de santé dans son ensemble ensuite ?

En ce qui concerne la personne soignée, le réseau permet de l'appréhender dans sa globalité. La circulaire de 1991 dispose que le réseau dispense des soins "*préventifs, médicaux, sociaux et psychologiques*". Il contribue donc à ouvrir la médecine aux réalités sociales. Le malade doit être envisagé dans sa globalité sanitaire [pathologie] et sociale [environnement]. L'exposé des motifs du projet de loi relatif à la qualité du système de santé et aux droits des malades assigne aux réseaux de santé l'objectif de "*mettre en place de nouvelles formes de coordination entre les professionnels de la santé [...] en vue d'initier de nouvelles formes de prise en charge des personnes, fondées sur la continuité et la qualité des soins*". C'est une innovation par rapport au modèle épidémiologique français, centré sur les soins curatifs et donc l'épisode aigu de la maladie. La médecine en France se contente d'une vision partielle du malade. L'O.M.S définit la santé comme un état de bien être physique, mental et social. Globalement on pourrait dire que, tout ce qui revient à dépasser, voire "transgresser" les frontières traditionnelles qui balisent notre système de santé, relève de l'innovation : entre le secteur public et le secteur privé, entre les hospitaliers et les non hospitaliers, entre le sanitaire et le social ...

En ce qui concerne le système de santé, le réseau va dans le sens d'une rationalisation des ressources et d'une responsabilisation des acteurs. En effet, la coordination induit une recherche de complémentarités, de mise en commun de ressources. De plus, elle suppose une réflexion des participants sur l'organisation de l'offre de soins et sur les besoins de santé existants.

Le réseau présente également des risques. Le premier réside dans la composition de cet instrument. Il rassemble des acteurs de nature et d'importance variée : praticiens libéraux exerçant en ville, établissements de santé, publics et privés, laboratoires ... Le réseau ne peut fonctionner et n'a de chance de fonctionner durablement que si les relations entre les adhérents sont équilibrées. L'acte constitutif du réseau n'est pas une simple formalité. Les règles doivent être clairement établies et librement acceptées. Le réseau ne doit pas être utilisé pour créer ou recréer des relations de domination. La rivalité est contraire à l'esprit du réseau. Le second risque de déviance est que "*sous couvert d'efficacité, [...] les règles de fonctionnement ne s'établissent plus au profit du malade, ou susceptible de l'être, mais au profit de la structure, et en fonction des seules contraintes budgétaires*".¹ Ce serait un retour en arrière et une reproduction des dysfonctionnements actuels du système : gérer plus que soigner des malades.

¹ Courrier de l'éthique médicale, n°2-3 juillet / décembre 2001, page 30, Dr Wannepain.

La loi du 4 mars 2002 précise le cadre juridique des réseaux.

3.2.2.3.2 L'encadrement juridique des réseaux

Les ordonnances du 24 avril 1996 ont fait coexister deux types de réseaux :

- Les réseaux de soins, réglementés par le Code de la Santé Publique [article L.6121-5] : Ils n'apportent aucun changement aux modalités de prise en charge du malade. L'objectif est de parvenir à une meilleure orientation du patient au sein du système de soins.
- Les réseaux de soins expérimentaux, prévus par le Code de la Sécurité Sociale [article L.163-31-1] : Ils ne concernent que les malades atteints d'une pathologie lourde ou chronique. Ils seront pris en charge selon des modalités dérogatoires aux règles habituelles.

La loi du 4 mars 2002 ne concerne que les premiers qui disparaissent au profit des réseaux de santé. Il ressort de cette réforme que les réseaux de santé se rapprochent des réseaux de soins du Code de la Sécurité Sociale, préfigurant peut-être à terme une fusion des deux dispositifs.

Le **champ** d'intervention du réseau est tout d'abord élargi. Il assure "une prise en charge adaptée aux besoins de la personne sans sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins". Cette disposition soulève une ambiguïté quant à la portée des missions confiées au réseau : S'agit-il seulement de "coordonner les actions des membres du réseau en ces domaines" ou "d'exercer pour le compte de ces membres ces missions, y compris celles de diagnostics et de soins".¹ L'organisation n'est plus alors simplement coordonnée, elle est intégrée.

Le réseau s'ouvre à de nouveaux **partenaires**. Il est constitué "entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des centres de santé et des institutions sociales et médico-sociales et des organismes à vocation sanitaire et sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers". D'après cette disposition, les établissements de santé n'ont plus l'exclusivité de l'initiative de la création du réseau. Le texte de 1996 précisait en effet que "[...] les établissements de santé [pouvaient] constituer des réseaux de soins".

L'article L.6321-5 du C.S.P apporte des précisions sur les possibilités de **financement** du réseau. Sous certaines conditions, ils peuvent bénéficier de "subventions de l'Etat [...], des collectivités territoriales ou de l'assurance maladie ainsi que des financements des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie [...]". L'objectif affiché dans la loi n°2001-1246 du 21 décembre 2001 de financement de la Sécurité Sociale pour 2002 était de "s'engager dans la voie de financements pérennes".

En ce qui concerne la **formalisation** du réseau, la loi ne maintient pas l'exigence d'un agrément par l'A.R.H de la convention constitutive du réseau. Néanmoins, d'autres textes

¹ Gestions hospitalières, Juin Juillet 2002, page 418, P.Lièvre

évoquent la nécessité d'une harmonisation des procédures de création des réseaux [loi n°2001-1246 du 21 décembre 2001 de financement de la sécurité sociale pour 2002]. Les réseaux de soins du Code de la sécurité sociale sont créés au terme d'une convention constitutive agréée par la commission exécutive de l'A.R.H ou le ministre en charge de la santé, en fonction de la nature du projet.

En terme de **structure**, le texte propose d'adopter la forme du réseau coopératif de santé dont le régime s'inspire de celui des sociétés coopératives hospitalières de santé [article L.6163-2 C.S.P]. Ces réseaux coopératifs peuvent participer "*à des structures de coopération publique et privée, notamment des groupements de coopération sanitaire, des groupements d'intérêt économique, des groupements d'intérêt public ou des associations ou de signer des conventions [...] associant des établissements de santé et des professionnels libéraux*".

Ce texte ne répond pas à toutes les questions sur la constitution des réseaux, mais il comporte quelques avancées :

- Le réseau n'est plus seulement mis à la libre disposition des établissements de santé. C'est un outil destinés à tous les acteurs de santé.
- Il est définitivement orienté vers l'action de santé publique et la prise en charge globalisée de la personne.
- Ces évolutions dessinent une éventuelle unification du régime des réseaux entre le dispositif du Code de la Sécurité Sociale et celui du Code de la Santé Publique.

La Fédération Interhospitalière de Cardiologie du Sud Aquitaine est une sorte de "réseau hospitalier". Ce n'est pas un réseau au sens juridique du terme dans la mesure où elle n'a pas été créée sur la base des textes relatifs au réseau. Par ailleurs, des relais utiles font encore défaut pour considérer qu'elle s'inscrit véritablement dans une logique de réseau, telle que définie par le nouvel article L.6121-5 du Code de la Santé Publique : les partenaires privés libéraux et du secteur social en particulier.

Les vertus de la coordination sont au moins au nombre de trois :

- Une amélioration de la prise en charge du malade,
 - La responsabilisation des acteurs de santé,
 - Le maintien d'une offre publique et la préservation d'une offre publique de qualité.
- "*Le bonheur est dans le **brès***" grâce aux réseaux. L'hospitalisation de proximité prend tout son sens dans le cadre d'une médecine coordonnée. Elle participe de la sécurité du maillage sanitaire ; elle contribue au confort du patient ; elle contribue à la rationalisation des soins grâce à la définition d'une échelle de soins.

Rapport annuel Cour des Comptes sur la loi de financement de la Sécurité Sociale 2002

L'évolution récente témoigne également de la nécessité de mieux appréhender l'hôpital comme une composante de l'offre globale de soins en développant des modes de coopération avec les soins de ville et en décloisonnant les sources de financement.

Au terme de cette présentation des scénarii de réforme possibles, la coordination l'emporte selon moi sur la concurrence. La coordination est par définition anti-concurrentielle : en établissant des complémentarités entre les partenaires, elle élimine les zones de chevauchements.

La concurrence suppose une offre excédentaire de soins. Ce mécanisme n'est donc pas applicable dans tous les secteurs de la santé. Par ailleurs, elle crée un déséquilibre subi par les parties, dès lors que tout risque d'entente a été écarté. Enfin, comme le souligne Louis Rolland, les établissements ont besoin de visibilité et de stabilité pour agir. Cette exigence n'est pas forcément compatible avec la règle de la concurrence. La visibilité est censée être assurée par la conclusion de Contrats d'Objectifs et de Moyens. Mais il y a une contradiction entre un outil dont l'exécution est pluriannuelle et le vote annuel par le Parlement de l'objectif de ressources du système de santé.

Le risque de la coordination est celui des motivations cachées. *"On peut craindre que les établissements se dirigent vers la coopération non par choix sanitaire, mais par contrainte financière. Il serait dommage que le but recherché soit moins l'amélioration de la qualité des soins qu'une réponse budgétaire apparente à un réel problème de carence de l'autofinancement"*.¹ Par ailleurs, c'est une solution seulement partielle : la formation des médecins et les règles d'installation et de rémunération de cette profession sont des éléments incontournables de la réforme.

En tout état de cause, le choix doit se porter sur une solution responsabilisante des acteurs de santé.

¹ Jacques Grolier, Conférence sur la coopération interhospitalière, Novembre 2001, Université Rennes1.

Résumé de la troisième partie :

Motifs : L'organisation de l'offre de soins manque d'efficacité et d'efficience. Au sein du système de santé, le service public hospitalier voit s'accroître la contrainte pesant sur ses ressources (financières, humaines) tandis que ses missions s'élargissent et qu'il semble incapable de se réformer.

Objectif : L'objectif est de définir un mode de régulation capable de corriger les non performances du système de santé en préservant les valeurs fondamentales d'égalité, de continuité attachées au service public hospitalier.

Méthode : Dans un premier temps se pose la question de la légitimité de l'intervention publique dans le domaine de la santé. Les griefs adressés au service public hospitalier remettent en cause sa capacité à assurer sa mission première : La satisfaction de l'intérêt général. D'autres ne sont-ils pas en capacité de remplir aussi bien, voire mieux que lui ce rôle ? Qu'est-ce que le service public hospitalier peut encore aujourd'hui apporter à la collectivité ? La deuxième étape consiste à comparer les scénarii de réforme possibles de l'organisation de l'offre de soins. Deux mécanismes sont envisagés : la régulation par la concurrence et la régulation par la coordination.

Résultats : Le service public hospitalier ne sert plus [toujours] l'intérêt général. Les tensions budgétaires, financières et démographiques rendent plus difficiles la satisfaction de ses missions fondamentales d'égalité et de continuité. Une réforme organisationnelle est nécessaire, même si certains plaident pour le statu quo. Concurrence par comparaison et concurrence directe sont des exemples de solutions marchandes. La régulation par la coordination se concrétise notamment à travers le réseau de santé. Chacune de ces solutions présente des risques et des avantages. Une condition essentielle de la réforme est d'assurer *in fine* la responsabilisation des agents.

Conclusion : La coordination semble la solution la plus à même d'optimiser l'allocation des ressources sur le territoire, de redonner un rôle social au service public hospitalier et de responsabiliser les acteurs de santé.

Deux établissements de santé publics des Landes [Dax et Mont de Marsan] et trois établissements des Pyrénées Atlantiques [Oloron Ste Marie, Orthez, Pau] se sont regroupés en 2002 autour d'un projet médical commun, au sein d'une Fédération Médicale Interhospitalière [article L.6135-1 C.S.P] et pour la prise en charge de la pathologie cardiovasculaire concernant la population des pays de l'Adour. La Fédération Interhospitalière de Cardiologie du Sud Aquitaine fonctionne selon le principe de la différenciation des niveaux de soins entre les établissements. Au sein de cette organisation sont assurées la prise en charge des urgences cardiaques, des interventions à visées diagnostique et thérapeutique et des soins de prévention et de rééducation cardiaque.

La formalisation de cette structure n'est pas totalement achevée [16 septembre 2002] : Les instances des établissements d'Orthez et d'Oloron Sainte Marie doivent encore se prononcer sur leur participation ; le coordonnateur de la Fédération n'a pas encore été désigné. La F.I.C.S.A fonctionne néanmoins : elle est avant tout un moyen de donner une existence légale à un système préexistant et fonctionnant sans support juridique spécifique.

La création de la F.I.C.S.A vise à équilibrer l'offre de soins de cardiologie en Aquitaine. En effet, compétences et équipements se concentrent sur l'agglomération bordelaise et le C.H.U en particulier, dont l'attractivité déborde la région Aquitaine [Patients originaires de Charente Maritime]. Avec l'installation de la chirurgie cardiaque au Centre Hospitalier de Pau, la F.I.C.S.A aboutit à la constitution d'un second pôle de cardiologie de dimension régionale.

Les conditions dans lesquelles cette Fédération a été mise en place méritent d'être soulignées. En effet, les autorités de tutelle (A.R.H, C.R.A.M) ne sont pas intervenues dans le processus. Les fondateurs de la Fédération craignaient-ils qu'en associant la tutelle le projet n'avance pas ou n'avance que trop lentement ? Le rapprochement s'est en effet réalisé rapidement. La première rencontre institutionnelle entre les chefs d'établissement et présidents de C.M.E de Dax, Mont de Marsan, Oloron, Orthez et Pau s'est tenue en octobre 2001. Le projet médical commun et la convention constitutive de la Fédération étaient arrêtés en février – mars 2002. Les membres de la Fédération ont choisi de passer en force et de mettre l'A.R.H devant le fait accompli. En tout état de cause, cette stratégie marque la volonté de prendre de la distance par rapport à une éventuelle velléité de régulation par l'agence régionale [laquelle aura pourtant à travers la procédure probablement le dernier mot ?]. On perçoit, dans la réalisation de ce projet et la manière dont il a été conduit, un certain "malaise" par rapport à la gestion de l'offre de soins en Aquitaine.

Sur un plan national, le manque d'efficacité et d'efficience du système de soins et en son sein, du système hospitalier a été soulignée à diverses reprises et dernièrement à travers le rapport du Haut Comité de la Santé Publique sur la santé en France en 2002 . Il existe un

décalage entre les besoins de santé et les ressources allouées dont la répartition est en partie commandée par la planification sanitaire. L'inadéquation [partielle] de ces moyens par rapport aux besoins soulève la question de l'adaptation des principes de la planification aux réalités socio-sanitaires actuelles. L'analyse montre que, dans la définition et la mise en œuvre de ces principes, l'outil de production, l'hôpital par exemple, constitue la base de l'action et la norme d'évaluation des résultats de cette action. La finalité du système de soins est donc tournée vers la structure elle-même. La planification sanitaire, pour répondre aux besoins, doit par conséquent s'efforcer de repartir de l'utilisateur.

Au-delà l'enjeu est celui de l'avenir du service public hospitalier et en son sein du secteur d'hospitalisation publique. Sont-ils encore, et pour combien de temps, en mesure d'assumer, dans des conditions de qualité, de sécurité optimales et éventuellement sous contrainte de proximité-accessibilité, les missions spécifiques qui s'imposent à eux (continuité de la prise en charge, accès de tous au service public, prise en charge des urgences ...) ? A défaut, on peut s'interroger sur l'intérêt du maintien, dans les conditions actuelles, d'un service public qui ne sert pas toujours l'intérêt général, ne parvient pas à se réformer et entretient par ses dysfonctionnements les inégalités d'accès aux soins ?

La concurrence est une voie de réforme possible. La régulation de l'offre de soins par la coordination est un scénario alternatif. Cette dernière repose sur le principe d'une synergie des actions. Concrètement, elle peut prendre la forme du réseau. Fondée sur une logique de projets, elle permettrait de redonner un nouvel élan au système de santé et de préserver l'essentiel de ses valeurs fondatrices, notamment celles qui sous-tendent le service public hospitalier. Une telle réforme doit être envisagée dans tous ses aspects et notamment organisationnels et financiers.

La fable des "Membres et de l'Estomac" de La Fontaine dépeint la situation dans laquelle se trouvent les établissements de santé aujourd'hui : Croire ou prétendre être en capacité de faire seul dans le contexte budgétaire, financier et démographique actuel relève de l'illusion ou de la vanité.

*"De travailler pour [l'Estomac] les Membres se lassant,
Chacun d'eux résolut de vivre en gentilhomme,
[...] Ainsi dit, ainsi fait. Les mains cessent de prendre,
Les bras d'agir, les jambes de marcher :
Tous dirent à [l'Estomac] qu'il en allât chercher [de quoi vivre].
Ce leur fût une erreur dont ils se repentirent :
Bientôt les pauvres gens tombèrent en langueur ;*

*Il ne se forma plus de nouveau sang au cœur ;
Chaque Membre en souffrit ; les forces se perdirent."*

La Fédération de Cardiologie du Sud Aquitaine illustre également ce fonctionnement en "dominos". Si l'activité de coronarographie s'est maintenue dans les Landes c'est notamment parce que le Centre Hospitalier de Dax a accepté de jouer le jeu de la coopération et d'adresser à l'hôpital de Mont de Marsan ses patients pour cet examen. De même, l'hôpital de Pau avait tout intérêt à contribuer à la formation des praticiens des hôpitaux voisins et à porter ce projet de Fédération pour augmenter son activité d'angioplastie et obtenir des renforts pour assurer les gardes sur place.

La pénurie crée des liens de complémentarité et d'interdépendance entre les établissements. Des articulations bien pensées, et correctement accompagnées notamment sur le plan financier, semblent des gages de réussite susceptibles de "*réconcilier le pouvoir et le citoyen*" ¹.

Le rapport Grégoire, préparatoire à la loi du 31 décembre 1970, annonçait qu'au-delà de sa mission de soins, le service public hospitalier remplirait nécessairement une mission sociale. Dans une société où le lien social se délite, où seuls des "électrochocs" de la dimension de celui du 21 avril 2002 sont capables de réveiller la conscience collective, il est important de protéger ce lieu où la notion de lien social a encore un sens. La réforme de 1970 avait créé des espoirs et notamment celui que "*la collaboration naissante entre le service public et le secteur à but non lucratif conduise, pour tous, à un système de soins plus rationnel, mais aussi et surtout, plus proche des exigences profondes de l'Homme*". L'objectif n'a pas fondamentalement changé aujourd'hui. Le contexte est différent, chargé de contraintes autres et/ou supplémentaires : Une population vieillissante et fortement consommatrice de soins, un recrutement de personnels médicaux et paramédicaux plus difficile, des budgets pharmaceutiques en augmentation constante, des normes de sécurité des matériels, des produits, plus exigeantes, une réaffirmation des droits de la personne ...

La question préalable à tout cela est l'acceptabilité de la réforme. Remettre le service public au service du public, certes, mais le souhaite-t-on tous, et au même prix ? La réforme, quel que soit la ligne directrice sur laquelle elle repose, concurrence ou coordination, implique un changement culturel. Jean-François Mattei parle de changement "*d'état d'esprit*". Il doit venir des hospitaliers, mais aussi des professionnels de santé libéraux. Les "*propositions pour la réforme des soins de ville et l'avenir de l'assurance maladie*" du Gouvernement, publiées en 2002, soulignent l'importance "*d'une forte implication des professionnels libéraux*". La nécessité d'un changement culturel concerne également les représentants des collectivités locales, peut-être trop ardents défenseurs de "*leur*" hôpital public.

¹ QSJ, La crise du service public, D.Stingre.

Remettre le service public au service du public, mais service public ? Le discours est particulièrement alarmiste autour de l'hôpital. Réduction du temps de travail, urgences, pénurie de personnels, budgets et investissements, sécurité sanitaire... l'hôpital public craquerait de toutes parts. On comptait son argent à l'hôpital, on compte désormais ses personnels présents et son temps de travail.

Dans ce cadre, le rôle de l'hôpital doit peut-être être redéfini plus clairement. L'hôpital public prend en charge un certain nombre de services et activités annexes tels que les fonctions blanchisserie ou restauration. Ne doit-il pas se recentrer sur sa mission première : le soin ? La question de l'externalisation de certaines fonctions n'est pas nouvelle. Elle heurte probablement de manière plus spécifique la sensibilité des élus locaux.

Une réforme du système de régulation de l'offre de soins pose également la question du contenu du métier de directeur d'hôpital. Dans un système de santé organisé sur la base de mécanismes de coordination, il change nécessairement : on ne se situe plus dans une logique d'établissement mais de projets. Compteront peut-être davantage les micro-relations internes [inter services] ou externes [entre un service de l'établissement et d'autres professionnels de la santé] à l'hôpital et les entités de prise en charge qu'elle forme. L'entité "établissement" représentera davantage un rattachement administratif.

Que devient le rôle du directeur dans ce cadre ? La stratégie, le pilotage de projets et l'expertise devraient prendre le pas sur celles de l'administrateur. Certaines fonctions devraient être développées :

- Le contrôle de gestion à condition qu'il ne soit pas rattaché exclusivement aux services financiers. La gestion de l'hôpital n'a pas que cette dimension. C'est un outil stratégique d'aide à la décision.
- L'information et la communication en interne et vers l'extérieur. L'articulation avec des partenaires extérieurs et la négociation imposent de jouer la transparence et l'ouverture.
- La qualité. Elle prend tout son sens dans un mécanisme de régulation fonctionnant par et pour l'usager, qui est aussi, en théorie, le levier d'action et la finalité de la démarche qualité.
- L'expertise juridique. L'ouverture vers des partenaires de nature diverse et la nécessité de préserver les intérêts du service public donnent de l'importance à cet outil.

Paradoxe français : Le consensus est général sur la nécessité de la réforme. La responsabilisation des acteurs de santé est le leitmotiv de toute tentative de remise en cause des règles de fonctionnement du système. Le système de santé ne doit pas être moins ambitieux dans ses objectifs, il doit l'être mieux. Une prise de conscience collective de la

nécessité des transformations à opérer est un préalable. *"Les organisations rigides sont comme le chêne de la fable, il arrive qu'elles se rompent"*.¹

¹ Le Monde, Analyses Débats, 19 juillet 2002.

Bibliographie

Textes

Loi n°70-1318 du 30 décembre 1970

Loi n°91-748 du 31 juillet 1991

Ordonnances n°96-345 et 96-346 du 24 avril 1996

Loi n°2002-303 du 4 mars 2002

Décret n°2002-560 du 18 avril 2002 approuvant les schémas de services collectifs

Circulaire DGS/DH/4B n°293 du 13 avril 1989 relative aux équipements matériels lourds

Circulaire DH/DGS n°612 du 4 juin 1991 relative à la définition du réseau

Circulaire DGS/SQ/DH/DE n°20 du 3 juin 1993 relative aux équipements matériels lourds

Code de la Santé Publique

Documents

Nationaux :

Recommandations de la Société Française de Cardiologie (disponibles en ligne)

Régionaux :

Schéma Régional d'Organisation Sanitaire d'Aquitaine, 1999-2004. A.R.H Aquitaine.

Schéma Régional d'Organisation Sanitaire d'Aquitaine, volet Cardiologie, 2001-2006, A.R.H d'Aquitaine.

Arrêtés régionaux de bilan de la carte sanitaire 2002.

Données de cadrage sur la région Aquitaine. Enquête S.A.E. D.R.A.S.S Aquitaine.

Relatifs à la Fédération de cardiologie :

Projet médical de la Fédération de Cardiologie du Sud Aquitaine. Cardiologues des établissements de Dax, Mont de Marsan, Oloron, Orthez et Pau.

Convention relative à la constitution de la Fédération Interhospitalière de Cardiologie du Sud Aquitaine.

Rapports

Généraux :

Rapport au premier ministre, Le service public, 1996, La Documentation Française. Mission présidée par Renaud Denoix de Saint Marc.

Rapport au Premier Ministre relatif au décret n°2002-560 du 18 avril 2002 approuvant les schémas de services collectifs.

Faut-il défendre le service public ?, Rapport n°2260 Assemblée Nationale, Délégation pour l'Union Européenne. Franck Borotra.

Réflexion sur l'égalité, Rapport public du Conseil d'Etat. Philippe Van Parijs, professeur à l'Université catholique de Louvain.

Secteur public, services publics : déclin ou renouveau, Rapport public de Conseil d'Etat 1994.

Collectivités publiques et concurrence, Rapport public du Conseil d'Etat, 2002.

Relatifs à la santé :

Rapport annuel relatif à l'exécution de la loi de financement de la sécurité sociale, 2002. Cour des Comptes.

La santé en France, 2002 (disponible en ligne). Haut Comité de la Santé Publique.

Régulation du système de santé, Documentation Française 1999. Conseil d'Analyse Economique.

La prise en charge de l'I.D.M en Aquitaine, mars 2001. Service Médical de l'Assurance Maladie Aquitaine.

Ouvrages

Général :

Fables, Hachette 1929, La Fontaine.

L'identité de la France, F.Braudel.

Histoire de la Guyenne et de la Gascogne, Jean Castarède, Ed.France Empire.

Histoire de la Gascogne, Renée Mussot-Goulard, P.U.F, Q.S.J n°462, 1996.

Relatifs à la santé :

La santé observée dans les régions de France (disponible en ligne). Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de Santé.

La crise du service public français, Que sais je n°3482. J-M.Rainaud.

Géographie de la santé en France, Que sais je n°3435, 1999. François Tonnellier et Emmanuel Vigneron.

Le service public hospitalier, Que sais je n°3049. Didier Stingre.

Traité de la coopération hospitalière.

Relatifs à la prise en charge des pathologies cardiovasculaires :

Livre Blanc sur la cardiologie, 1996.

L'opéré en chirurgie cardiaque, Masson. N.Vadon, Cl.Dubois.

Revues

Le service public à la croisée des interventions publiques et privées, R.D.S.S 1974. Jean Arnaud Mazères.

L'article 90§2 du Traité de Rome et les entreprises de réseau, A.J.D.A 20 mars 1996. J-Y.Chérot.

Articles

Généraux :

Le Monde, Entretien avec Jean François Mattei, 12 juillet 2002.

Le Monde, Analyse et débats, 19 juillet 2002.

Le Quotidien du médecin n°7060, 6 février 2002.

Le Quotidien du médecin, 7 juin 2002.

Le Quotidien du médecin, 29 août 2002.

Le courrier de l'Ethique Médicale (1), n°2-3 juillet-décembre 2001.

Relatifs à l'Aquitaine et aux pathologies cardiovasculaires :

Le quatre pages : INSEE Aquitaine. *La population de l'Aquitaine en 2030*. INSEE.

Les Landes – Dossier n°33-3 septembre 2000. INSEE Aquitaine.

Les Pyrénées Atlantiques – Dossier n°33-4 septembre 2000. INSEE Aquitaine.

Les affections cardiovasculaires en Aquitaine, Service Médical Aquitaine n°26, avril 1999. Service Médical de l'Assurance Maladie Aquitaine.

Les maladies cardiovasculaires souvent évitables, Cahier Périgord de la revue Mutualistes, Objectifs et Actions, n°249, novembre 1999. Observatoire Régional de Santé d'Aquitaine.

Relatifs à la recomposition de l'offre de soins :

Le service public à la croisée des chemins, R.H.F n°1, janvier/février 1991. Jean-Paul Segade.

Esquisses pour une troisième génération de S.R.O.S. Le point de vue de l'hospitalisation publique. Revue Hospitalière de France n°483, novembre/décembre 2001. Louis Rolland.

Les systèmes de santé français et anglais : évolution comparée depuis le milieu des années 90, Santé Publique 2002, V.14, n°1.

Restructurations des établissements hospitaliers, Les logiques du secteur public à l'épreuve du privé, Gestions Hospitalières juin/juillet 2002.

Réseaux ville-hôpital, vers un nouveau mode de régulation en santé publique, Gestions Hospitalières juin/juillet 2002. J-P.Domin.

Réseaux et filières : des origines aux développements les plus récents, Gestions Hospitalières juin/juillet 2002. P.Lièvre.

Quels territoires pour la santé, Gestions Hospitalières juin/juillet 2002. Emmanuel Vigneron.

Mais où est donc Ornicar, Gestions Hospitalières juin/juillet 2002. Emmanuel Vigneron.

Du pôle hospitalier au bassin hospitalier, Décision santé n°186, juin/juillet 2002.

Territoires sanitaires. Logiques de découpages des acteurs de santé, Gestions Hospitalières juin/juillet 2002.

Note relative aux Fédérations Médicales Interhospitalières, Février 2002, Philippe Jean, Directeur adjoint au Centre Hospitalier de Pau.

L'évolution de la notion de réseau, 1996-2002, Juin 2002, Faculté de Médecine de Toulouse. Philippe Jean, Directeur adjoint au Centre Hospitalier de Pau

Sites

Généraux :

www.assemblee-nationale.fr

www.ccomptes/Cour-des-comptes/publications/rapports/cdc55.htm , site de la Cour des Comptes

www.insee.fr , site de l'I.N.S.E.E

www.anaes.fr , site de l'A.N.A.E.S

www.fnors.org , site de la Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de Santé

hcsp.ensp.fr , site du Haut Comité de la Santé Publique

www.arh.aquisante.fr , site de l'A.R.H d'Aquitaine

Relatifs à la prise en charge des pathologies cardiovasculaires :

www.webcardio.com , site de la Société Française de Cardiologie.

www.e-cardiologie.com , site sur les pathologies cardiovasculaires et leurs traitements.

cardisam.free.fr , site de la fédération de cardiologie des établissements de Saint Malo et Dinan.

Remerciements

Ce mémoire n'aurait pas vu le jour sans le soutien et la collaboration de nombreuses personnes.

Mes remerciements s'adressent tout particulièrement à :

Jean Pierre Andry, Directeur du C.H d'Oloron Sainte Marie

Marie Hélène Auby, Directrice chargée du Secrétariat Général au C.H de Mont de Marsan

Dr Banos, Médecin cardiologue du C.H de Pau

Martine et Jean Bouquerel, mes parents

Pascal Debat, Elève directeur 2001 2003 au C.H Saint Malo

Dr Delarche, Médecin cardiologue du C.H de Pau

Roger Duffaud, Directeur du C.H de Pau

Christophe Gautier, Directeur du C.H d'Orthez

Laura Fernandez, Médecin à la Direction Régionale du Service Médical d'Aquitaine

Dr Héricotte, Chef du Département d'Information Médicale au C.H de Dax

Philippe Jean, Directeur chargé des Affaires médicales et du Secrétariat général au C.H de Pau

Dr Mazou, Président de la Commission Médicale d'Etablissement du C.H d'Oloron

Dr Milandou, Chef du service de cardiologie au C.H d'Oloron Sainte Marie

Dominique Paris, Directeur chargé de la gestion des ressources humaines au C.H de Mont de Marsan

Dr Rougier, Chef du service de cardiologie du C.H de Mont de Marsan

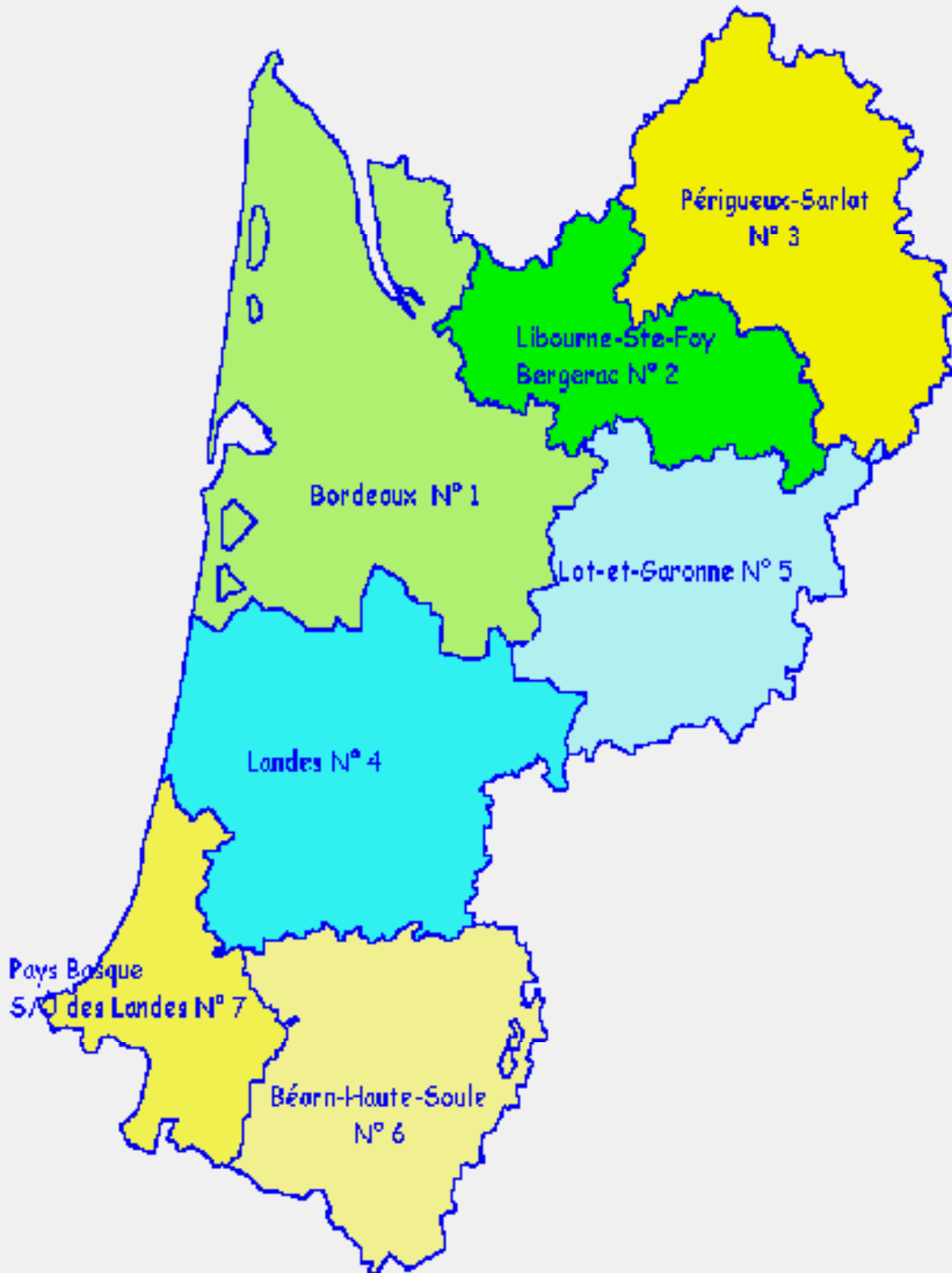
Francis Salles, Directeur du C.H de Dax

Alain Sœur, Directeur du C.H de Mont de Marsan

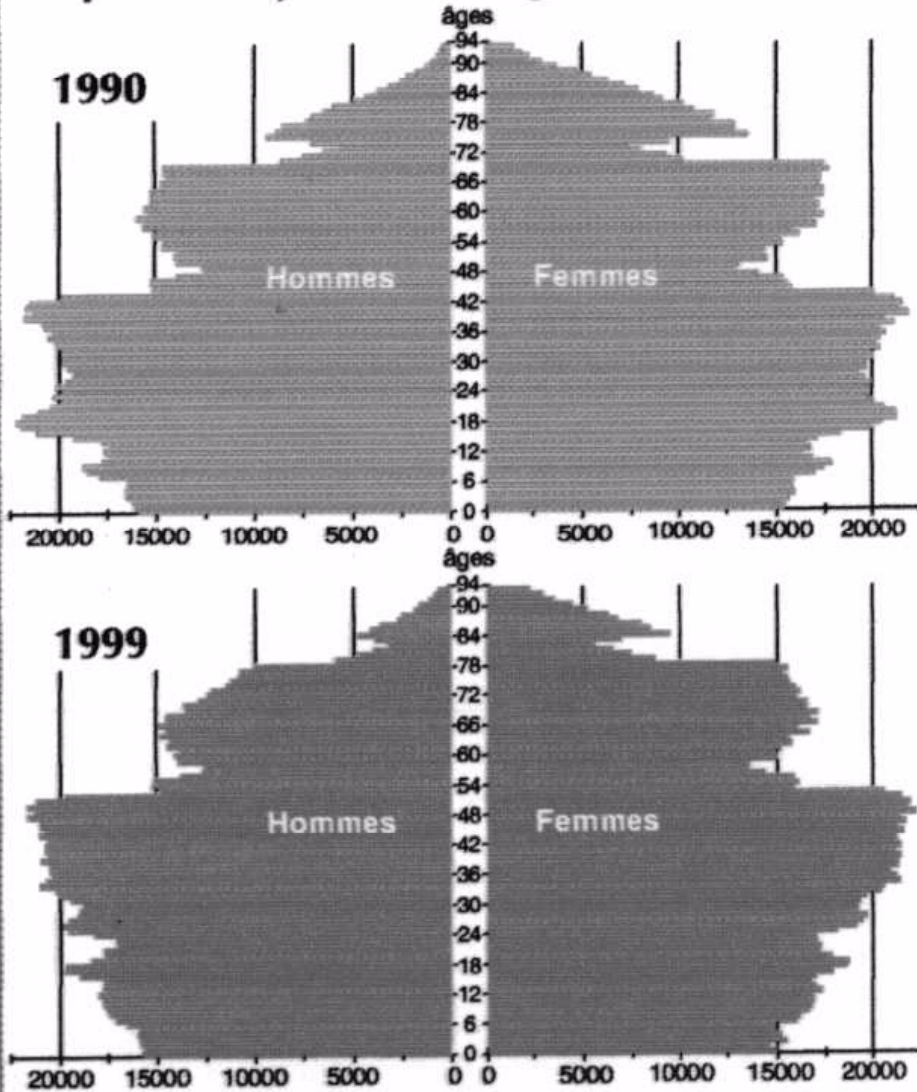
LISTE DES ANNEXES

- ☒ Reproduction de la carte récapitulative des pôles hospitaliers et niveaux d'offre de soins figurant en annexe du S.R.O.S
- ☒ Pyramide des âges en 1990 et 1999. Document INSEE couleur.
- ☒ Pyramide des âges des Landes. Document INSEE n°33-3.
- ☒ Pyramide des âges des Pyrénées. Document INSEE n°33-4
- ☒ Carte de la densité de population au recensement mars 1999. Document INSEE couleur.
- ☒ Carte de la typologie des communes
- ☒ Carte de la part des personnes âgées en Aquitaine
- ☒ Offre de soins de cardiologie en Aquitaine
- ☒ Principales pathologies cardiovasculaires
- ☒ Quelques techniques de prise en charge
- ☒ Convention relative à la constitution de la Fédération Interhospitalière de Cardiologie du Sud Aquitaine
- ☒ Convention relative à la constitution d'une Fédération médicale interhospitalière entre les établissements de Dinan et de saint Malo
- ☒ Projet médical de la Fédération de Cardiologie du Sud Aquitaine
- ☒ Extraits du Code de la santé publique

**REGION AQUITAINE
SECTEURS SANITAIRES DE COURT SEJOUR**

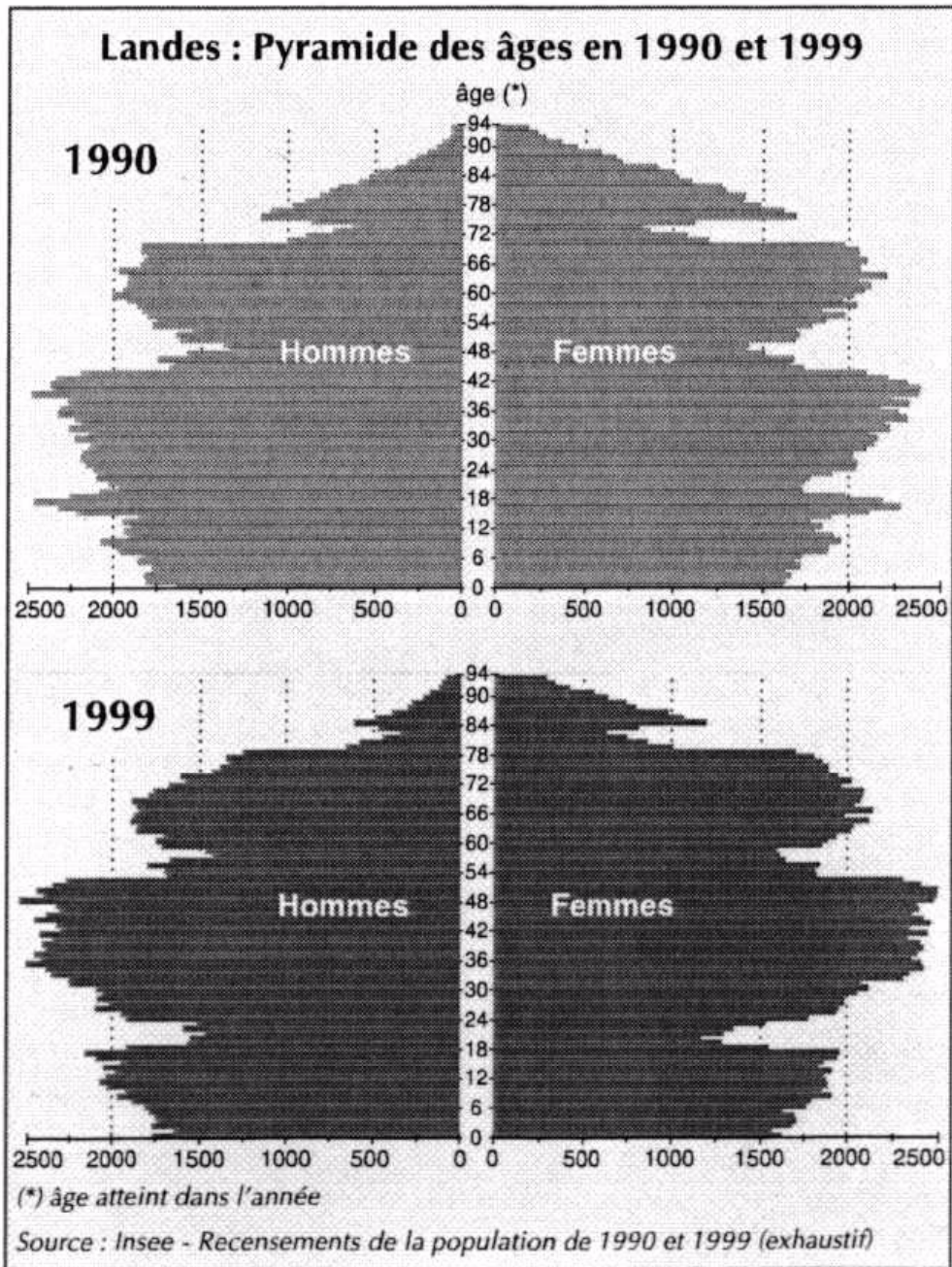


Aquitaine : Pyramide des âges en 1990 et 1999

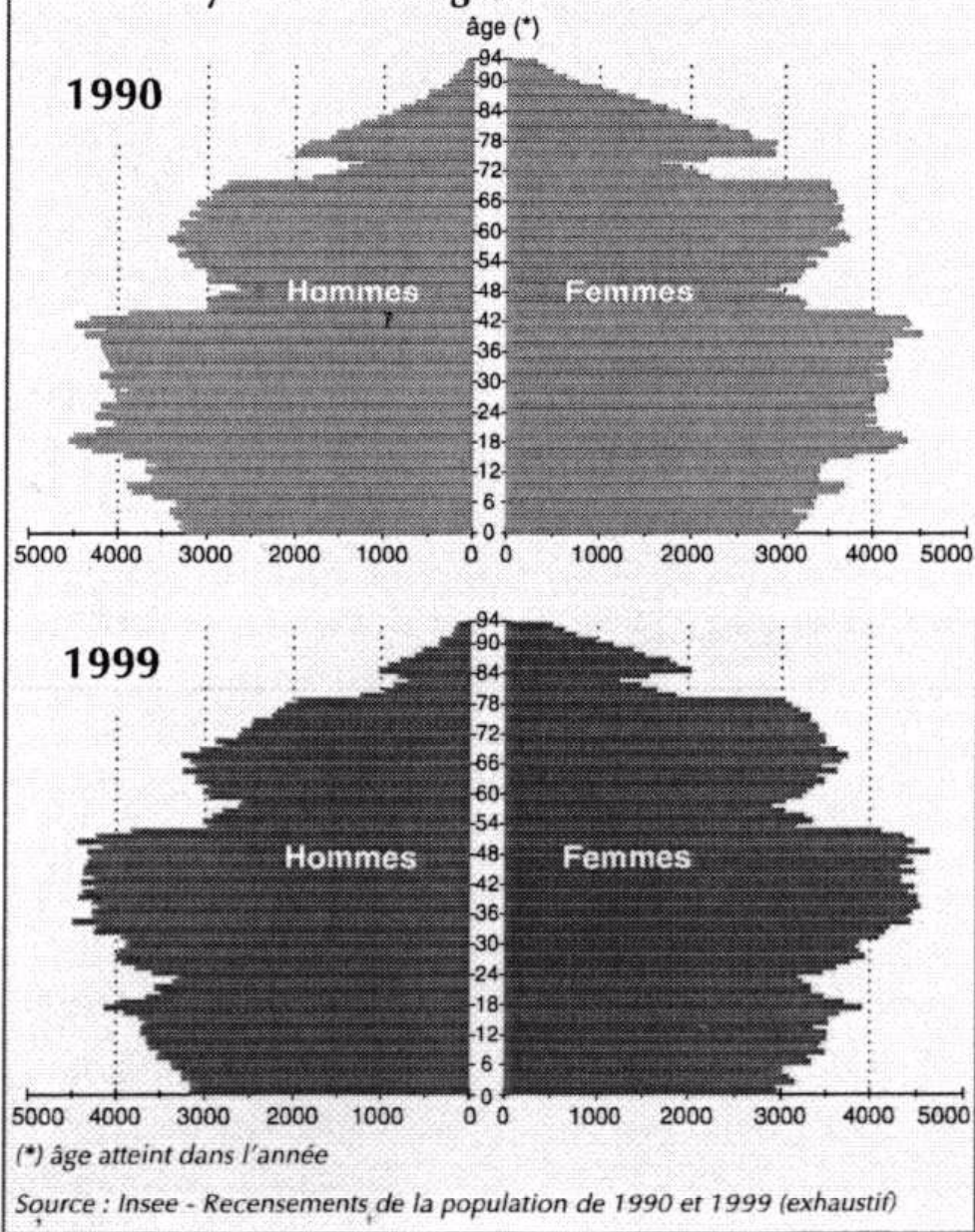


Les âges sont des âges atteints dans l'année

Source : Insee - Recensements de la population de 1990 et 1999 (exhaustif)

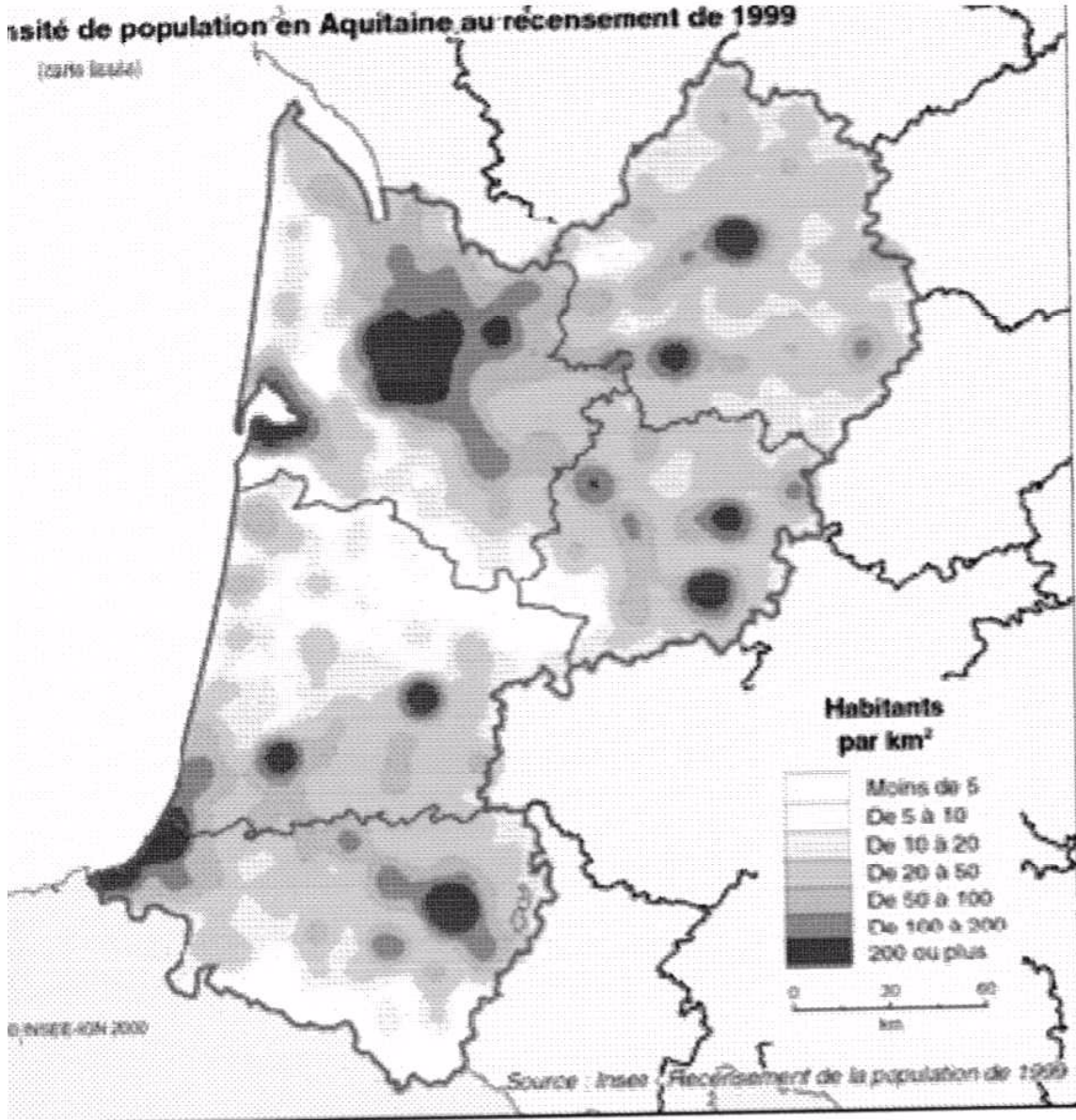


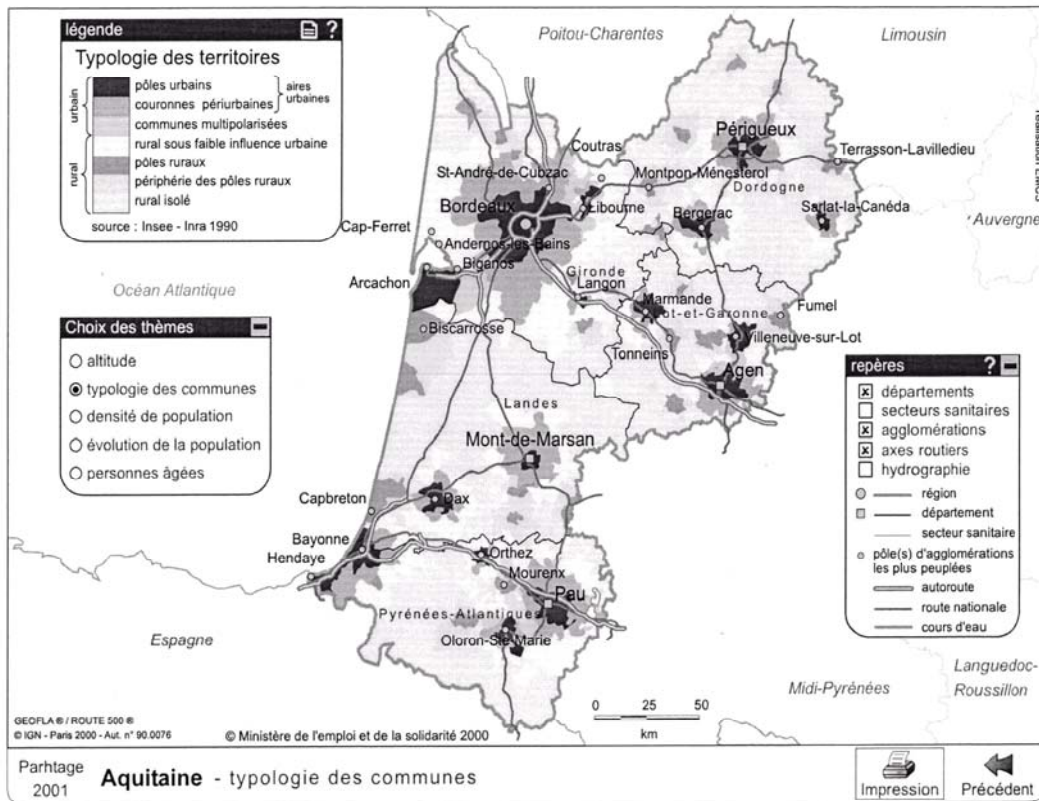
Pyrénées-Atlantiques : Pyramide des âges en 1990 et 1999



Densité de population en Aquitaine au recensement de 1999

(carte thématique)





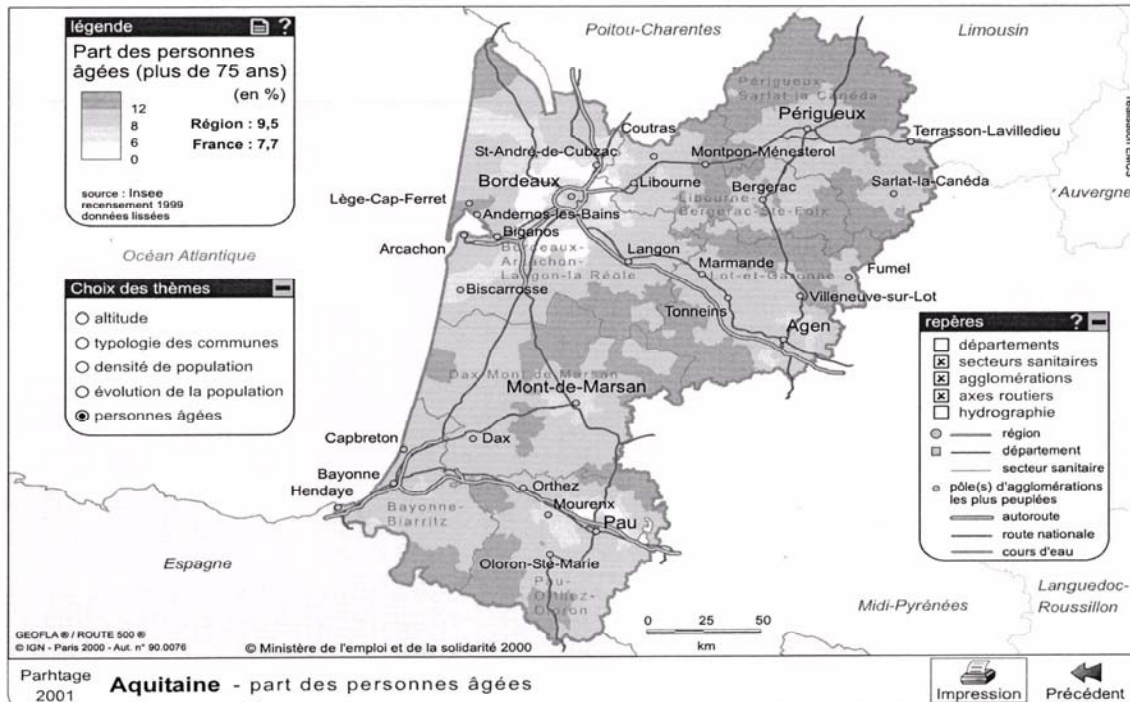
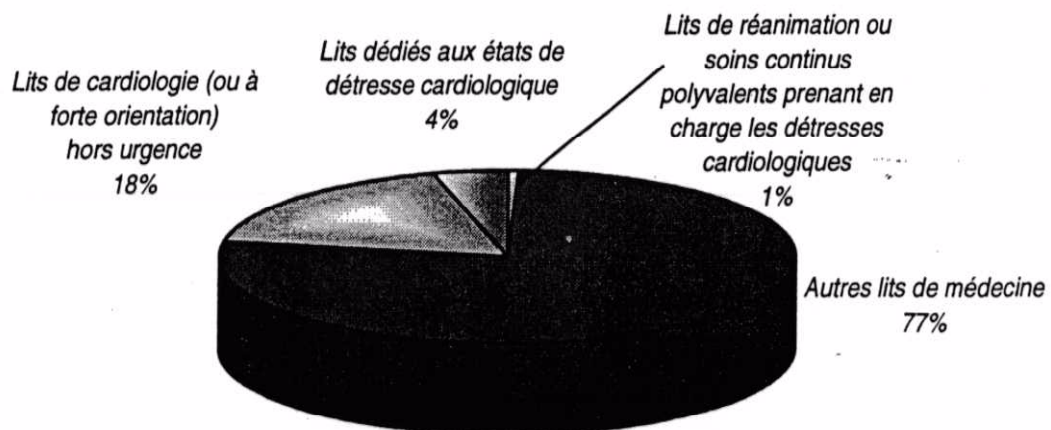


Figure 1

Part de l'offre de soins en lits de médecine dédiée à la cardiologie en Aquitaine



LES PRINCIPALES PATHOLOGIES CARDIOVASCULAIRES ¹

Anévrisme aortique

L'aorte est une artère de gros diamètre qui prend naissance au niveau du cœur et qui distribue le sang au reste de l'organisme.

Un anévrisme de l'aorte abdominale correspond à la dilatation de la partie de l'aorte située dans l'abdomen (aorte abdominale).

Il est généralement d'origine athéromateuse, c'est-à-dire qu'il est dû à la présence de plaques de cholestérol dans les artères. De ce fait, il se rencontre surtout chez l'homme de la soixantaine.

Angor et infarctus

Dans les deux cas, il s'agit d'une diminution de l'apport en oxygène aux cellules du muscle du cœur. L'insuffisance en oxygène peut se manifester par une douleur : l'angor lequel peut survenir à l'effort ou au repos.

Elle peut se traduire également par une complication : l'infarctus du myocarde lequel peut entraîner la mort des cellules du muscle du cœur et donc la destruction d'une partie de celui-ci.

L'IDM implique une prise en charge urgente en milieu hospitalier spécialisé. Le but du traitement est de faciliter l'irrigation sanguine du muscle cardiaque.

C'est une maladie très fréquente (110 000 IDM par an et 50 000 décès en France) en particulier chez l'homme. Elle apparaît en priorité chez les sujets présentant des facteurs de risque cardiovasculaires (tabac, obésité, diabète, hypertension artérielle, taux de cholestérol élevé).

Arrêt circulatoire

L'arrêt circulatoire se définit comme une absence de circulation sanguine efficace.

Cardiomyopathies

Les cardiomyopathies sont des maladies aiguës ou chroniques du muscle cardiaque. On distingue les cardiomyopathies obstructives (C.M.O) et les cardiomyopathies non obstructives (C.M.N.O).

La C.M.O correspond à un empêchement de l'éjection correcte du ventricule gauche. Toutes les circonstances renforçant la contraction (efforts, tachycardies) augmentent l'obstacle et le risque d'obstruction.

¹ Sources : "L'opéré en chirurgie cardiaque", N.Vadon, Cl.Dubois, Masson / <http://www.e-cardiologie.com>

La C.M.N.O est caractérisée par une dégénérescence de la fibre myocardique. Elle entraîne également une insuffisance ventriculaire gauche.

Dissection aortique

L'aorte et une artère de gros calibre qui sort directement du cœur et distribue le sang au reste de l'organisme.

La dissection aortique est le déchirement longitudinal de la paroi de l'aorte. Il s'agit d'une affection relativement rare mais grave car elle peut conduire à la rupture complète de l'aorte. La dissection est dite aiguë si elle est diagnostiquée avant le 14^{ème} jour, chronique ensuite.

Elle est souvent la conséquence de plusieurs facteurs. L'hypertension artérielle est présente dans 90% des cas.

Endocardite

Le cœur est constitué de trois types de tissus (de l'extérieur vers l'intérieur) : le péricarde, le myocarde et l'endocarde lequel est donc situé sur la face interne du cœur. Il est directement au contact du sang. Une endocardite correspond à une inflammation (ou irritation) de ce tissu.

Cette inflammation est souvent due à une infection, le germe étant localisé à un autre endroit du corps (dents, tube digestif ...).

L'endocardite infectieuse est une maladie grave par elle-même et par le fait du terrain sur lequel elle survient. Ses conséquences sont notamment :

- La destruction de l'appareil valvulaire,
- La migration de l'infection,
- Des manifestations immunes de la maladie comme les lésions rénales, les signes articulaires, les signes de peau spécifiques.

C'est une maladie relativement fréquente atteignant préférentiellement l'homme de la cinquantaine.

Hypertension

Il s'agit d'une élévation de la pression du sang dans les artères par rapport à une valeur dite "normale". Actuellement, la valeur au-delà de laquelle un sujet est dit hypertendu est de 140 millimètres de mercure (14 dans le langage courant) pour la pression artérielle systolique (pression artérielle maximale) et de 90 millimètres de mercure (9 dans le langage courant) pour la pression artérielle diastolique (pression artérielle minimale).

Insuffisance cardiaque

La valve aortique est située entre le ventricule gauche du cœur et l'artère aorte. Le sang chemine en principe du cœur vers l'aorte. Une fois sorti du cœur, il ne doit plus y revenir.

L'insuffisance cardiaque est définie comme un reflux anormal du sang de l'aorte vers le ventricule gauche. Il est dû à un défaut d'étanchéité des valves aortiques.

Insuffisance cardiaque gauche

Les ventricules sont les cavités du cœur capables d'éjecter le sang dans les artères. La contraction du ventricule droit entraîne l'éjection du sang dans l'artère pulmonaire alors que la contraction du ventricule gauche est responsable de l'éjection du sang dans l'aorte. Une insuffisance cardiaque gauche, ou insuffisance ventriculaire gauche, est définie comme l'incapacité du ventricule gauche à assurer un débit sanguin nécessaire aux besoins de l'organisme.

C'est une pathologie de plus en plus fréquente. On la rencontre en particulier chez les personnes âgées.

Insuffisance cardiaque droite

Une insuffisance ventriculaire droite correspond à l'incapacité du ventricule droit à assurer un débit sanguin suffisant aux besoins de l'organisme et en particulier aux besoins du poumon.

Cette maladie est de plus en plus fréquente. Elle a souvent pour origine l'aggravation d'une insuffisance ventriculaire gauche.

Œdème aigu du poumon

Un œdème est une augmentation du liquide interstitiel, infiltré dans les tissus. Elle entraîne une augmentation de la zone anatomique présentant un œdème.

L'œdème peut être localisé (cause locale inflammatoire ou mécanique) ou généralisé (secondaire à une rétention de sel).

Il s'agit d'une pathologie fréquente.

Dans le cas d'un œdème aigu du poumon, du liquide s'est infiltré dans les alvéoles pulmonaires provoquant une asphyxie du sujet.

Pathologies valvulaires

Valvulopathies mitrales

Le cœur est constitué de quatre cavités : deux oreillettes et deux ventricules. La valve mitrale est localisée entre l'oreillette gauche et le ventricule gauche. Normalement, le sang passe de l'oreillette gauche vers le ventricule gauche. Une insuffisance mitrale correspond à un reflux anormal de sang du ventricule gauche vers l'oreillette gauche lors de la contraction du ventricule gauche.

C'est une maladie cardiaque relativement fréquente.

Valvulopathies aortiques

Le rétrécissement aortique est une impossibilité pour la valve de s'ouvrir suffisamment pendant la systole (phase de contraction de la révolution cardiaque). L'insuffisance aortique est une incontinence de la valve avec passage du sang du ventricule gauche vers l'aorte pendant la diastole (phase de repos de la révolution cardiaque).

Valvulopathies tricuspidiennes

Le rétrécissement tricuspide est une impossibilité pour la valve de s'ouvrir suffisamment pendant la diastole. L'insuffisance tricuspide est une incontinence de la valve avec passage du sang de l'oreillette droite vers le ventricule gauche pendant la systole.

Valvulopathies pulmonaires

C'est une maladie extrêmement rare. Il existe malgré tout des atteintes d'origine congénitale.

Péricardite

Le cœur est constitué de trois tissus (de l'intérieur vers l'extérieur) : le péricarde, le myocarde et l'endocarde.

Le "péri" carde enveloppe le cœur.

Une péricardite est une inflammation du péricarde, généralement responsable de l'apparition de liquide dans le péricarde.

Cette maladie est relativement fréquente et peut être grave.

Lorsque la péricardite entraîne un épanchement très volumineux autour du cœur, celui-ci ne peut se contracter normalement. Ce mécanisme est responsable de l'apparition d'un essoufflement important et de la diminution de la tension artérielle : une tamponnade.

Troubles du rythme

Les troubles du rythme sont d'origines diverses et de gravité variable. Leur traitement impose de bien les différencier (Extrasystoles, tachycardies, flutters ventriculaire, bloc auriculoventriculaire, fibrillations ...).

LES MOYENS D'EXPLORATION ET DE TRAITEMENT DES AFFECTIONS CARDIOVASCULAIRES ².

LES TECHNIQUES D'EXPLORATION

Angiographie

Cet examen est destiné à visualiser les vaisseaux et les cavités cardiaques grâce à l'injection d'iode par voie intraveineuse ou au cours d'un cathétérisme.

La coronarographie est une technique d'angiographie (textuellement "radiographie des artères coronaires"). Elle est utilisée dans le cadre d'un bilan préopératoire pour un pontage ou pour évaluer les lésions coronaire et envisager éventuellement une angioplastie. Elle nécessite de ponctionner une artère d'un membre afin d'introduire dans les artères coronaires un tuyau par lequel sera injecté le produit opaque aux rayons X.

La coronarographie peut intervenir également a posteriori de la phase aiguë afin d'effectuer un contrôle après une revascularisation (par angioplastie ou pontage) ou un bilan à court terme à la suite d'un infarctus (8^{ème} jour).

Les risques sont relativement rares (3 à 5 complications pour 1000 examens réalisés).

Echographie Doppler

L'échographie permet de visualiser les parties molles de l'organisme. Le doppler analyse les flux sanguins.

C'est un examen indolore et non invasif qui utilise les ultrasons.

Epreuve d'effort

Au cours d'une épreuve d'effort, le patient fournit un effort mesurable et standardisé grâce à un vélo ou un tapis roulant. Les paramètres mesurés sont le pouls, la tension artérielle et l'électrocardiogramme.

Cet examen est très fréquent. Il comporte néanmoins des risques qui peuvent être diminués par respect des contre-indications.

Holter

Cet examen consiste à enregistrer l'électrocardiogramme sur une période de 24 heures lors de l'activité habituelle d'un patient. L'analyse du tracé met en évidence les troubles du rythme ou de conduction.

² "L'opéré en chirurgie cardiaque", N.Vadon, Cl.Dubois, Masson / <http://www.e-cardiologie.com>

Radiographie thoracique

Il s'agit d'une technique de radiographie classique qui présente peu de risques.

Scanner RMN

Cet examen a peu d'indications en cardiologie actuellement. Le nombre (restreint) de ces appareils diminue encore leur utilisation.

Scintigraphie

Il s'agit de l'injection par voie intraveineuse d'un produit radioactif destiné à visualiser un organe. Il permet d'évaluer la fonction du muscle cardiaque et donne des renseignements sur ses capacités de contraction.

Cet examen ne présente aucun risque particulier.

ENTRE AUTRES TECHNIQUES THERAPEUTIQUES

Angioplastie coronaire transluminale

L'angioplastie est une technique de revascularisation des vaisseaux coronaires. Elle consiste à dilater une artère coronaire obstruée par une plaque d'athérome (dépôt lipidique = cholestérol).

L'expérience de l'opérateur, l'âge, le sexe du patient et la localisation de la lésion sont des facteurs influençant le succès de cette technique.

Une angioplastie conventionnelle sans complication implique un séjour hospitalier de trois jours en moyenne.

Pontage coronaire

Le pontage coronaire est une intervention chirurgicale. C'est une technique de revascularisation autour d'une sténose coronaire.

Le pontage est indiqué en cas d'angor invalidant et rebelle au traitement médical, de sténoses étendues et sévères et pour les échecs de dilatation.

CONVENTION RELATIVE A LA CONSTITUTION DE
LA FEDERATION INTERHOSPITALIERE DE
CARDIOLOGIE DU SUD AQUITAINE

Conclue le 1^{er} octobre 2002

Entre

Le Centre Hospitalier de Dax (Landes),

Représenté par son Directeur, M.Francis SALLES,

Le Centre Hospitalier de Mont de Marsan (Landes),

Représenté par son Directeur, M.Alain SCEUR,

Le Centre Hospitalier d'Oloron Sainte Marie (Pyrénées Atlantiques),

Représenté par son Directeur, M.Jean-Pierre ANDRY,

Le Centre Hospitalier d'Orthez (Pyrénées Atlantiques),

Représenté par son Directeur, M.Christophe GAUTIER,

Et

Le Centre Hospitalier de Pau (Pyrénées Atlantiques),

Représenté par son Directeur, M.Roger DUFFAUD.

Vu le Code de la Santé Publique et notamment les articles L.6135-1, L.6143-1 (8°), L.6143-4 (1°), L.6143-7, L.6144-1 (6°) et L.6144-3 (10°),

Il est arrêté et convenu ce qui suit :

Article 1er

Il est créé une fédération médicale interhospitalière en vue de renforcer la coopération entre les services de cardiologie des établissements hospitaliers signataires, à l'initiative des responsables médicaux des services concernés.

Cette coopération afférente aux activités de la discipline cardiologique (angiographie et angioplastie d'urgence ou programmée, coronarographie, rééducation, prévention et éducation pour la santé) visant à favoriser les complémentarités entre l'activité des équipes cardiologiques adhérentes au projet pour offrir une prise en charge globale et adaptée.

Peuvent être associés à la Fédération, suivant des modalités déterminées par avenant à la présente convention, les services de chirurgie cardiovasculaire des établissements adhérents ainsi que les services de cardiologie ou de chirurgie cardiovasculaire des établissements publics de santé des secteurs sanitaires voisins.

Article 2

La fédération médicale interhospitalière prend la dénomination de *Fédération de cardiologie interhospitalière du sud Aquitaine*.

Article 3

Les équipes médicales adhérentes à la Fédération élaborent un projet médical commun annexé à la présente convention.

Article 4

Le coordonnateur de la Fédération est désigné par délibérations conjointes des conseils d'administration des établissements de santé signataires, sur proposition conjointe des chefs des services adhérents à la Fédération et après avis des commissions médicales des établissements, pour un mandat d'une durée de trois ans, renouvelable une fois.

Article 5

Le cadre de santé chargé d'assister le coordonnateur est désigné parmi les cadres de santé, dans le même service que le coordonnateur, pour un mandat d'une durée analogue à celle du coordonnateur.

Article 6

Un membre du personnel administratif est désigné pour assister le coordonnateur parmi les secrétaires médicales dans le même service que le coordonnateur, pour un mandat d'une durée analogue à celle du coordonnateur.

Article 7

Il est institué un Conseil de la Fédération composé comme suit :

- Les directeurs des établissements signataires ou leurs représentants mandatés à cet effet,
- Les chefs des services constituant la Fédération,
- Le coordonnateur,
- Un représentant des personnels médicaux de chacun desdits services,
- Le cadre de santé assistant le coordonnateur,
- La secrétaire médicale assistant le coordonnateur.

Article 8

Le Conseil de la Fédération a pour missions :

- De favoriser les échanges d'informations, notamment celles ayant trait aux moyens afférents à la Fédération,
- De participer à l'élaboration et à l'évaluation du projet médical commun et du rapport annuel d'activité de la fédération,
- De faire toute proposition sur l'organisation et le fonctionnement de la fédération.

Article 9

Le Conseil de la Fédération se réunit au moins une fois par an.

Il désigne son président parmi les chefs des services constituant la fédération.

Article 10

Le Conseil de la Fédération établit en tant que de besoin le projet de règlement intérieur de la fédération. Le règlement intérieur est adopté par délibérations identiques des conseils d'administration des établissements adhérents à la présente convention, sur le rapport des directeurs des établissements adhérents et après avis des commissions médicales et des comités techniques d'établissement.

Ce règlement définit, en tant que de besoin, les modalités d'application de la présente convention et notamment les conditions d'intervention des personnels médicaux et non médicaux dans les services de la fédération autres que leur service d'origine.

Article 11

Il est institué un Comité technique médical regroupant l'ensemble des praticiens apportant leur concours aux activités de la fédération.

Ce comité se réunit régulièrement en tant que de besoin.

Article 12

La présente convention est conclue pour une durée de trois ans renouvelable par tacite reconduction.

Elle prend effet à la date du 1^{er} jour du mois suivant sa signature par au moins trois des établissements fondateurs.

Elle est révisable par voie d'avenant adopté dans les mêmes conditions que la convention elle-même.

Fait à Dax, le 1^{er} octobre 2002

**Convention constitutive de
la Fédération médicale interhospitalière de
cardiologie des centres hospitaliers de Dinan et de
Saint Malo**

Entre le Centre Hospitalier de Saint Malo, représenté par son Directeur, Yves LAMY

Et le Centre Hospitalier de Dinan, représenté par son Directeur, Jack ERHEL

Vu l'article L.6135-1 du Code de la Santé Publique relatif aux fédérations médicales interhospitalières,

Vu les délibérations concordantes :

- N°00-20 et n°00-28 du 06 octobre 2000 du conseil d'administration du Centre Hospitalier de Dinan,
- N°00-44 du 29 juin 2000 et n°01-11 du 08 février 2001 du conseil d'administration du Centre Hospitalier de Saint Malo,

Vu l'article L.6143-7 du Code de la Santé Publique relatif aux compétences des Directeurs des établissements publics de santé qui sont notamment "chargés de l'exécution des délibérations du conseil d'administration",

Il est convenu : La Fédération Médicale Interhospitalière de Cardiologie des Centres Hospitaliers de Dinan et de Saint Malo est instituée ainsi qu'il suit :

PREAMBULE

Depuis de nombreuses années, la prise en charge des maladies cardiovasculaires sur le secteur sanitaire n°6 est organisée selon un réseau très structuré associant spécialistes libéraux et cardiologues hospitaliers. Les premiers assurent toutes les consultations et adressent aux seconds les patients nécessitant des investigations spécifiques, des actes techniques et/ou une hospitalisation. Plusieurs des praticiens libéraux participent eux-mêmes à la réalisation de certains actes techniques et aux gardes de cardiologie des services hospitaliers.

Depuis plusieurs années, les services de cardiologie du C.H de Dinan et du C.H de Saint Malo travaillent en étroite collaboration, concrétisée par un projet de "convention de collaboration" qui prévoit la complémentarité entre leurs activités et des modalités de coordination.

L'objectif de cette collaboration est d'optimiser la réponse médicale hospitalière à la prise en charge de affections cardiaques qui constitue une priorité régionale de santé publique en Bretagne en raison notamment :

- De leur fréquence dans la région : elles constituent la 1^{ère} cause d'hospitalisation (13% des hospitalisations M.C.O),
- De leur gravité particulière avec une surmortalité régionale par rapport à la moyenne nationale (cf. S.R.O.S de Bretagne pages 145 et suivantes).

Afin de structurer solidement cette collaboration en lui donnant un cadre juridique authentique, les équipes médicales des deux services de cardiologie ont décidé de rapprocher leurs activités au sein d'une fédération médicale interhospitalière.

SECTION 1 – ORGANISATION DE LA FEDERATION

Article 1-1 : CREATION

Il est créé une fédération médicale interhospitalière regroupant les services de cardiologie du C.H de Dinan et du C.H de Saint Malo et intitulée Fédération de Cardiologie des C.H de Dinan et Saint Malo.

Article 1-2 : NATURE ET ETENDUE DE LA FEDERATION

La Fédération de cardiologie regroupe l'ensemble des activités pratiquées au sein de chacun des 2 services de cardiologie :

- Unité de soins intensifs,

- Unités d'hospitalisation,
- Activités médico-techniques d'exploration, de diagnostic et de traitement.

Article 1-3 : COORDONNATEUR DE LA FEDERATION

Le coordonnateur de la Fédération est un praticien hospitalier temps plein appartenant à l'un ou l'autre des 2 services de la Fédération.

Il est élu pour une période de 2 ans renouvelable par les praticiens hospitaliers temps plein et les praticiens hospitaliers temps partiel des deux services de la Fédération.

Le coordonnateur est assisté par un cadre infirmier et un agent administratif désigné pour une période de deux ans renouvelables. Le cadre infirmier ne relève pas du même établissement que le coordonnateur. Il est désigné par le chef de service concerné. Le membre du personnel administratif est désigné par accord entre les directeurs des deux établissements après avis du coordonnateur.

Article 1-4 : ROLE DU COORDONNATEUR

Le coordonnateur élabore avec le Conseil de la Fédération le projet de Fédération qui prévoit l'organisation générale, les orientations d'activité ainsi que les actions à mettre en œuvre pour développer la qualité et l'évaluation des soins.

Tous les deux ans, un rapport d'activité et d'évaluation, établi dans les mêmes conditions, précise l'état d'avancement du projet et comporte une évaluation de la qualité des soins. Ce rapport est remis aux directeurs et aux présidents de C.M.E des deux établissements.

Afin d'éviter toute incertitude dans l'ordonnancement juridique et dans l'organisation des responsabilités, les chefs de service de chacun des deux services de cardiologie assurent la conduite générale de leur service et organisent son fonctionnement technique dans le respect de la responsabilité médicale de chaque praticien et des missions dévolues à chaque U.F par le projet de Fédération.

Le projet de Fédération se substitue aux projets de service prévus à l'article L.6146-5 du Code de la Santé Publique.

Article 1-5 : CONSEIL DE LA FEDERATION

Le Conseil de la Fédération est composé de membres de droit et de membres représentant chacune des U.F.

Sont membres de droit du Conseil de la Fédération :

- Les chefs de service des deux services de cardiologie,

- Le praticien coordonnateur, Président,
- Le cadre paramédical et l'agent administratif qui assistent le coordonnateur,
- Les praticiens responsables d'U.F médicales,
- Les cadres infirmiers des U.F médicales,
- Le cas échéant, les surveillantes-chefs dont relèvent chacun des deux services.

Les membres titulaires et suppléants représentant les personnels médicaux et non médicaux de chaque U.F sont désignés conformément aux dispositions de l'article R.714-22-5 (collèges) du Code de la Santé Publique.

Afin de favoriser l'expression des personnels, les conseils de service de chacun des deux services de cardiologie sont maintenus. Le Conseil de la Fédération complète le dispositif. Ses compétences sont celles définies à l'article L.6146-2 du Code de la Santé Publique.

Article 1-6 : UNITE FONCTIONNELLE

Les praticiens responsables d'U.F sont désignés par le Conseil d'administration de l'établissement au sein duquel ils ont été nommés après accord du chef de service et avis des praticiens du service, conformément aux dispositions de l'article R.714-24 du Code la Santé Publique, et en outre après avis du médecin coordonnateur de la Fédération.

Article 1-7 : BUREAU DE LA FEDERATION

Afin de faciliter l'organisation et le fonctionnement régulier de la Fédération, il est créé un Bureau de la Fédération composé ainsi qu'il suit :

- Le médecin coordonnateur,
- Si le médecin coordonnateur n'est pas chef de service, les chefs de service des deux services de cardiologie,
- Si le médecin coordonnateur est chef de service, le chef de service et un praticien de l'autre établissement,
- Un cadre infirmier du service de cardiologie du C.H de Saint Malo et un cadre infirmier du service de cardiologie du C.H de Dinan dont l'un est le cadre infirmier assistant le médecin coordonnateur.

Le bureau de la Fédération a pour rôle d'assurer la régulation générale du fonctionnement de la Fédération, d'identifier les difficultés rencontrées, de rechercher des solutions, de les proposer au médecin coordonnateur et au Conseil de la Fédération, ainsi, le cas échéant, qu'aux directeurs des deux établissements.

Article 1-8 : COMITE DE SUIVI

Afin d'accompagner la mise en place de la Fédération, il est institué un comité de suivi composé du bureau de la Fédération, des directeurs des deux établissements ou de leurs représentants, des présidents de C.M.E des deux établissements et en cas de besoin des médecins du D.I.M des deux établissements.

Le comité de suivi a pour objet d'étudier toute question et d'évoquer toute difficulté rencontrée dans la mise en œuvre de la fédération, notamment en ce qui concerne les conditions de la prise en charge des patients, les dispositions financières et celles relatives au suivi de l'activité et du P.M.S.I. Le comité de suivi se réunit trimestriellement. Il peut décider de mouler la fréquence de ses réunions.

SECTION II – FONCTIONNEMENT

Article 2-1 : REPARTITION DES ACTIVITES

Chacun des deux services de la Fédération assure l'hospitalisation des patients qui lui sont adressés et assure les explorations courantes ainsi que la pose et le suivi des stimulateurs cardiaques. Le service de cardiologie de Dinan assure les techniques spécialisées d'électrophysiologie et de stimulations cardiaques. Le service de cardiologie de Saint Malo assure les coronarographies et les angioplasties.

La réalisation des techniques spécialisées existantes ainsi que la mise en œuvre de nouvelles techniques font l'objet d'une contractualisation interne entre le médecin coordonnateur de la Fédération et les directions des deux établissements.

Article 2-2 : MODALITES D'EXERCICE DE L'ACTIVITE MEDICALE

Les praticiens exercent leur activité courante dans leur établissement d'affectation. Ils peuvent intervenir autant que de besoin au sein des deux services de la Fédération, soit pour la réalisation d'actes spécialisés, soit pour assurer le suivi de la prise en charge des patients entre les deux services de Saint Malo et de Dinan, soit pour garantir la continuité du service sur l'un ou l'autre site.

Ces conditions d'exercice s'inscrivent dans les critères annoncés à l'article 2 de l'arrêté du 6 janvier 2000 relatif à la "prime multi-établissements" dont le versement fera l'objet d'une demande de validation auprès de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation, en application des dispositions de l'article 2 sus-visé.

Article 2-3 : GARDES MEDICALES

Au sein de la Fédération, la continuité des soins est garantie par 3 systèmes de garde :

- Une garde sur place de cardiologie au C.H de Saint Malo,

- Une astreinte opérationnelle de cardiologie au C.H de Dinan,
- Une astreinte opérationnelle de coronarographie au C.H de Saint Malo.

Sans préjudice de la participation de médecins extérieurs, et en fonction de leurs compétences respectives, les praticiens de la Fédération participent à l'organisation des 3 systèmes de garde dont ils garantissent la continuité.

Le tableau de garde est élaboré par le médecin coordonnateur après avis des médecins du bureau de la Fédération. Il est ensuite transmis aux directeurs des deux établissements qui l'arrêtent conjointement.

Article 2-4 : ACTIVITE LIBERALE

Les praticiens de la Fédération qui en ont fait le choix exercent leur activité libérale conformément aux dispositions de l'article L.6154-1 et suivants du Code de la Santé Publique.

Toutefois, dans la mesure où certaines activités sont développées exclusivement sur l'un ou sur l'autre site de la Fédération, les praticiens concernés sont autorisés à pratiquer les actes relevant de ces activités sur le site où elles sont développées, quel que soit l'établissement dans lequel ils ont été nommés et dans les limites prévues le cas échéant aux contrats individuels d'activité libérale.

Article 2-5 : RESPONSABILITE

Chaque établissement assure la couverture de son propre personnel notamment en cas d'accident de travail ou de trajet.

Toutefois, la responsabilité pouvant être encourue par l'un des établissements, partie prenante à la présente fédération médicale interhospitalière, du fait de l'activité des praticiens intervenant sur son site et dont il n'est pas l'employeur, est couverte par son assurance en responsabilité civile, selon les conditions générales du contrat en vigueur. Les deux établissements renoncent à tout recours en responsabilité dirigé contre l'autre établissement et né du fait de l'activité de la Fédération Médicale Interhospitalière (préconisation S.H.A.M).

Article 2-6 : PERSONNEL NON MEDICAL

Le personnel recruté par chacun des deux établissements exerce la totalité de son activité dans son établissement employeur.

Tout projet – partage de compétence, échanges en vue de formation, optimisation de l'organisation etc ...- conduisant les agents qui le demandent à un exercice occasionnel ou régulier de leurs fonctions sur l'autre établissement est soumis à l'avis des C.T.E des deux établissements.

Article 2-7 : FORMATION

Les besoins de formation du personnel de la Fédération sont identifiés par les différents cadres infirmiers et font l'objet d'un projet commun de la Fédération validé par le Conseil de la Fédération.

Après examen et sous réserve d'acceptation par les instances concernées, ils sont intégrés dans le plan de formation de chacun des deux établissements.

En cas de formation commune des agents issus des deux établissements, les frais de formation sont répartis au prorata du nombre d'agent concernés.

Article 2-8 : FRAIS DE DEPLACEMENT

Les frais de déplacement sont pris en charge par l'établissement employeur.

Le projet de Fédération ainsi que les éventuels projets visés à l'article 2-6 prévoient une évaluation estimative du nombre de déplacements nécessaires au fonctionnement de la Fédération.

Les frais de déplacement sont intégrés aux dispositions relatives aux modalités financières (Section III).

Article 2-9 : DOSSIER MEDICAL

Afin de faciliter l'accessibilité aux informations relatives aux patients, pour l'ensemble des agents concernés de la Fédération, un dossier médical harmonisé sera institué après présentation d'un projet validé par le Conseil du D.I.M. C.O.M.

Chaque établissement conserve le dossier médical constitué lors de l'admission des patients au sein de son entité juridique. Il y conserve tous les documents d'informations médicales résultant des soins dispensés au patient sur son site et en communique une copie à l'autre établissement pour les patients qui disposent d'un dossier médical sur l'autre site.

<p style="text-align: center;">SECTION III – DISPOSITION RELATIVES AUX MODALITES FINANCIERES ET AU SUIVI DE L'ACTIVITE AUX DONNEES P.M.S.I</p>

Article 3-1 : DISPOSITIONS FINANCIERES

Les activités de la Fédération s'exercent dans le cadre juridique de l'autonomie budgétaire et du caractère limitatif des autorisations de dépenses des deux établissements.

Les échanges financiers éventuels sont régis par le corps de règles applicables au retraitement des comptes administratifs mis en œuvre pour l'allocation des ressources aux établissements publics de santé, issu du P.M.S.I. L'avis du receveur des deux établissements est sollicité pour leur mise en application.

Afin d'assurer la maîtrise financière du dispositif, une prévision des activités spécifiques réalisées exclusivement sur l'un ou l'autre site est établi chaque année, accompagnée d'une évaluation financière des dépenses directes liées à cette activité.

Ces prévisions font l'objet d'un contrat entre la Fédération et les directions des deux établissements. Ce contrat peut comporter des objectifs quantifiés d'activités et des dispositions nécessaires pour garantir l'équilibre financier global de l'activité répartie.

La mise en œuvre de ces dispositions fait l'objet d'une présentation à chaque réunion du Comité de suivi.

Article 3-2 : DISPOSITIONS RELATIVES AU SUIVI D'ACTIVITE ET AU P.M.S.I

Le principe applicable est celui du rattachement de l'activité de l'établissement qui en supporte effectivement la charge financière, par application des règles de codifications de l'activité hospitalière au titre du P.M.S.I.

Le Directeur du C.H de Saint Malo

Le Directeur du C.H de Dinan



FEDERATION DE CARDIOLOGIE

INTER HOSPITALIERE DU SUD AQUITAINE

PROJET MEDICAL

Au cours d'une réunion informelle entre les cardiologues des centres hospitaliers de Dax, Mont de Marsan, Oloron, Orthez et Pau, il a été discuté du présent et de l'avenir de l'organisation de la prise en charge globale des patients ayant une pathologie cardio-vasculaire. Il a semblé à tous que le regroupement des moyens humains et matériels était une condition nécessaire pour cette prise en charge globale d'une part, pour réduire la charge de travail de chaque établissement d'autre part.

La réflexion s'est attachée initialement à décrire et quantifier l'activité de chaque établissement (Cf annexe : Etat des lieux). L'essentiel des pathologies cardio-vasculaire prises en charge regroupe des cardiopathies ischémiques, des hypertensions artérielles, des troubles du rythme et de la conduction et des insuffisances cardiaques.

Les patients nécessitent tous, en plus d'un interrogatoire et d'un examen clinique, les mêmes examens para cliniques de base : radiographie du thorax, électrocardiogramme de repos et d'effort, échocardiographie trans thoracique et trans oesophagienne, holter rythmique et tensionnel, recherche de potentiels tardifs ventriculaires, tilt-test. L'ensemble de ces examens doit impérativement pouvoir être réalisés partout. Dans certains cas, d'autres examens sont nécessaires : coronarographie avec ou sans angioplastie, exploration électro physiologique, épreuve d'effort avec analyse des gaz expirés. Ceux-ci devront être réalisés dans l'avenir au sein de la fédération selon un partage voulu par tous en fonction des équipements existant ou à venir. Y sont rattachées des activités à développer : les consultations d'hygiène de vie, et à venir : la rééducation cardiaque.

LES CARDIOPATHIES ISCHEMIQUES

Chaque établissement (hormis les centres hospitaliers d'Oloron et d'Orthez) possède actuellement une unité de soins intensifs cardiologiques et souhaite le maintien de celle ci aux normes actuelles de sécurité. En dehors de l'urgence, les coronarographies sont

effectuées à Mont de Marsan pour les patients de ce centre et de Dax et à Pau pour les patients de Pau, d'Oloron et d'Orthez. Actuellement les syndromes coronariens aigus (S.C.A.) sont pris en charge aux U.S.I.C dans chaque établissement avec réalisation d'une coronarographie immédiate à Pau et légèrement différée à Mont de Marsan, les patients de Dax étant transférés secondairement à Mont de Marsan. Toutes les angioplasties sont effectuées à Pau.

Les grandes études internationales ont établi que le bénéfice d'une angioplastie primaire est probablement supérieur aux autres prises en charge thérapeutiques. Dans l'avenir, il est donc souhaitable pour la plupart des patients que la prise en charge des S.C.A. se fasse dans les délais les plus rapides dans un établissement disposant de techniques de cardiologie interventionnelle. Ceci est déjà organisé pour les patients d'Oloron, Orthez et Pau. Il paraît indispensable à tous que l'activité du centre de coronarographie diagnostique de Mont de Marsan soit étendue à la réalisation d'angioplastie d'urgence. Ainsi, tous les patients de l'ensemble du département des Landes bénéficieraient des dernières avancées thérapeutiques.

Dans tous les cas où un patient est traité en dehors de son établissement d'origine ou de référence locale, son retour dans cet établissement sera organisé dès que possible.

En complément de la coronarographie, l'échocardiographie de stress s'avère utile pour déterminer la viabilité du myocarde et /ou détecter une ischémie. Cet examen sera bientôt disponible à Pau puis à Dax, pour l'ensemble des patients de la fédération.

La prise en charge globale des patients ayant une cardiopathie ischémique impose également :

- ✓ la lutte contre les facteurs de risque et une hygiène alimentaire modifiée. A Dax, une consultation d'hygiène de vie a été créée le 1^{er} mars 2001, elle est très active et en plein développement. Elle doit être étendue aux autres établissements.
- ✓ la rééducation. Celle ci n'est actuellement pas réalisée dans le secteur public en Aquitaine. Seul un très petit nombre de nos patients sont dirigés sur des structures privées. Les praticiens hospitaliers de la fédération souhaitent pouvoir disposer d'un centre de rééducation à Dax dont le projet est joint en annexe. Celui ci s'adresse aussi aux autres indications de la rééducation.

LES TROUBLES DU RYTHME ET DE LA CONDUCTION

Actuellement chaque centre plante des pace makers et souhaite poursuivre cette activité. Les explorations électro physiologiques sont réalisées à Dax et Pau (par un praticien du

Centre Hospitalier de Lourdes). Les patients de Mont de Marsan sont confiés pour cet examen à Dax. Les nouvelles techniques diagnostiques et thérapeutiques (stimulation multi focale, méthodes ablatives, défibrillateurs automatiques implantables) seront partagées entre Dax pour les patients de Dax et de Mont de Marsan et Pau pour les patients de Pau et d'Oloron, les patients d'Orthez étant partagés entre les deux structures. Une étroite collaboration entre tous les praticiens hospitaliers possédant ces techniques est bien sûr plus que souhaitable.

LES INSUFFISANCES CARDIAQUES

Elles constituent l'essentiel du recrutement de tous les centres. La mesure du VO2 max s'est affirmé le meilleur index pronostic. Cet examen est réalisé à Dax et Pau et peut dès maintenant être pratiqué dans ces centres pour l'ensemble des patients de la fédération.

Un des moyens modernes de traitement repose sur la rééducation. Celle ci doit pouvoir bénéficier au plus grand nombre de patients atteints d'insuffisance cardiaque.

Un autre moyen d'optimiser la prise en charge des insuffisances cardiaques paraît essentiel : la création d'un réseau comprenant des acteurs multiples, publics et privés, médicaux et paramédicaux. Le maintien de toutes les structures hospitalières est nécessaire au fonctionnement du réseau et à la bonne qualité d'une médecine de proximité.

CONCLUSION

Le présent et l'avenir imposent, afin de traiter au mieux et au plus faible coût les patients, un regroupement des intelligences. Dans ce but, il est proposé la création d'une grande fédération des services de cardiologie de Dax, Mont de Marsan, Oloron, Orthez et Pau, où toutes les compétences seront mises, sans concurrence, à la disposition des patients afin d'améliorer leur prise en charge globale.

La création d'un service de chirurgie cardiaque, implanté à Pau, soutenue par l'ensemble des praticiens de la fédération, s'inscrit naturellement dans la suite logique de cette prise en charge globale dans le Sud Aquitaine.

Fédération de Cardiologie inter hospitalière du Sud Aquitaine

07/02/2002

ETAT DES LIEUX

PERIODE DU 1ER JANVIER AU 30 SEPTEMBRE 2001	DAX	MDM	OLORON	ORTHEZ	PAU
NOMBRE DE LITS	34	34		26	34
PERSONNEL MEDICAL (sans les vacataires)	3,5	3,5		1	3
INTERNES	2	1		2	4
CADRE INFIRMIER	1	1		1	2
INFIRMIERES du service de cardiologie	16	16		10	21,25
INFIRMIERES du service des explorations fonctionnelles	1,5	0		0	2,25
AS	16	15		8	15
ASH	4	3		3	3
SECRETAIRES MEDICALES	1,5	1		0	1,75
TOTAL DES CORONAROGRAPHIES	0	317		0	1046
TOTAL DES ANGIOPLASTIES	0	0		0	393
TOTAL DES CONSULTATIONS	1929	1000		0	3595
TOTAL DES CONSULTATIONS HYGIENE DE VIE(1er Mars)	81	0		0	0
TOTAL DES ECG EFFORT	701	997		0	889
TOTAL DES ECHO CŒUR (y compris ETO)	1186	868		200	1731
TOTAL DES POTENTIELS TARDIFS (hors hospitalisation)	21	20		0	16
TOTAL DES HOLTER	461	308		0	592
TOTAL DES TILT TESTS	13	0		0	102
TOTAL DES EXPLORATIONS ELECTRO-PHYSIOLOGIQUES	11	0		0	35
TOTAL DES PACE MAKERS	67	66		0	95
TOTAL DES MAPA	153	80		0	134
TOTAL DES VO2 MAX. POUR SPORTIFS	166	0		0	0
TOTAL DES VO2 MAX. POUR CARDIAQUES	35	0		0	0
TOTAL DES HOSPITALISATIONS	1484	1598		821	2615
AGE MOYEN	72,8	69		71,5	60
DUREE MOYENNE DE SEJOUR	5,93	4,03		7,58	3,35
TOTAL DES INSUFFISANCES CARDIAQUES	226	330		272	298
TOTAL DES INFARCTUS	95	130		30	260

FAX: 0558914984

Analyse comparée des Etablissements de Dax - Mont de Marsan - Pau et Orthez pour la Catégorie Majeure de Cardiologie

Groupe Homogène de Malades	Dax		Mont de Marsan		Pau		Orthez	
	1999	2000	1999	2000	1999	2000	1999	2000
Endoprothèses coronariennes et vasculaires périphériques	0	6	0	2	2	2		0
Chirurgie majeure de revascularisation, Age supérieur à 69 ans et/ou CMA	26	30	12	16	72	84		0
Chirurgie majeure de revascularisation, Age inférieur à 70 ans sans CMA	5	7	2	0	30	23		0
Autres interventions de chirurgie vasculaire	22	28	8	26	55	67	2	0
Amputations du membre inférieur, sauf des orteils, pour troubles circulatoires	10	11	4	12	17	15	4	0
Amputations pour troubles circulatoires portant sur le membre supérieur ou les orteils	10	10	3	6	5	6		0
Pose d'un stimulateur cardiaque permanent avec infarctus aigu du myocarde ou insuffisance cardiaque	1	0	1	2	3	12		0
Pose d'un stimulateur cardiaque permanent sans infarctus aigu du myocarde, ni insuffisance cardiaque	43	38	49	52	71	86		0
Remplacement ou ablation chirurgicale d'électrodes ou de boîtier de stimulation cardiaque permanente	0	0	9	7	13	3		0
Ligatures de veines et éveinages	108	92	20	35	374	341	2	1
Autres interventions sur le système circulatoire	7	4	5	5	16	18	2	0
Autres interventions cardio-thoraciques, Age inférieur à 2 ans, sans circulation extracorporelle	0	0		0	2			0
Autres interventions cardio-thoraciques, Age supérieur à 1 an, ou vasculaires quel que soit l'Age, s	0	0	6	0	4	6		0
Infarctus aigu du myocarde avec complications cardio-vasculaires et sortie en vie de l'établissement	50	34	28	40	58	64	10	4
Infarctus aigu du myocarde sans complications cardio-vasculaires	91	79	95	113	126	177	23	34
Infarctus aigu du myocarde avec décès	13	17	13	10	24	19	3	7
Cathétérismes cardiaques ou coronarographies avec pathologie cardiaque sévère en dehors d'un infarctus du myocarde	3	1	13	18	132	158		8
Cathétérismes cardiaques ou coronarographies pour une pathologie autre	11	19	74	102	605	649	1	16
Endocardites aiguës et subaiguës	2	3	1	1	7	7	1	1
Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire	352	371	305	258	339	306	215	225
Thrombophlébites veineuses profondes	59	46	24	30	50	51	18	18
Arrêt cardiaque	7	1	7	6	7	8	2	1
Troubles vasculaires périphériques, Age supérieur à 69 ans et/ou CMA	69	57	49	40	102	110	18	13
Troubles vasculaires périphériques, Age inférieur à 70 ans sans CMA	15	18	17	22	48	48	9	7
Athérosclérose coronarienne, Age supérieur à 69 ans et/ou CMA	8	11	54	36	5	6	11	10
Athérosclérose coronarienne, Age inférieur à 70 ans sans CMA	2	1	29	17	1	1	3	3
Hypertension artérielle	56	32	165	81	61	47	52	29
Cardiopathies congénitales et valvulopathies, Age de 18 à 69 ans avec CMA, ou Age supérieur à 69 ans	6	10	31	11	11	3	2	4

Cardiopathies congénitales et valvulopathies, Age de 18 à 69 ans sans CMA	0	2	4	5	3	0	4	0
Cardiopathies congénitales et valvulopathies, Age inférieur à 18 ans	6	10	1	0	5	5		0
Arythmies et troubles de la conduction cardiaque, Age supérieur à 69 ans et/ou CMA	150	136	221	229	131	132	71	77
Arythmies et troubles de la conduction cardiaque, Age inférieur à 70 ans sans CMA	60	53	128	112	41	43	41	39
Angine de poitrine	149	135	107	126	39	37	66	27
Syncopes et lipothymies, Age supérieur à 69 ans et/ou CMA	170	173	75	73	144	118	12	19
Syncopes et lipothymies, Age inférieur à 70 ans sans CMA	93	103	41	58	72	49	8	5
Douleurs thoraciques	124	116	166	169	114	90	15	23
Autres affections de l'appareil circulatoire avec CMA	26	22	68	49	40	34	13	19
Autres affections de l'appareil circulatoire sans CMA	60	62	56	38	29	57	23	31
Total	1814	1732	1891	1805	2854	2882	631	621

Patients de 75 ans ou moins sortis en vie de l'établissement

Groupe Homogène de Malades	Dax		Mont de Marsan		Pau		Orthez	
	1999	2000	1999	2000	1999	2000	1999	2000
Infarctus aigu du myocarde avec complications cardio-vasculaires et sortie en vie de l'Établissement	26	15	15	13	29	34	4	1
Infarctus aigu du myocarde sans complications cardio-vasculaires	65	60	69	74	98	140	19	22
Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire	106	112	95	87	103	85	68	81
Total	197	187	179	174	230	259	91	104

Dax + Mont de Marsan			376	361				
Dax + Mont de Marsan + Pau					606	620		
Dax + Mont de Marsan + Pau + Orthez							697	724

Patients Landais ayant subi une Chirurgie cardiaque ou une angioplastie			1999	2000				
Endoprothèses coronariennes et vasculaires périphériques								
Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle et avec cathétérisme cardiaque								
Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle, sans cathétérisme cardiaque			198	207				
Pontages aorto-coronariens avec cathétérisme cardiaque ou coronarographie								
Pontages aorto-coronariens sans cathétérisme cardiaque, ni coronarographie								



D A X

Les spécificités de Dax, mises à disposition de tous, comportent la consultation d'hygiène de vie, la mesure du VO2 Max. pour les insuffisants cardiaques et, nous l'espérons, dans un proche avenir, la création

- 1- d'un centre de réadaptation cardio-vasculaire pour les insuffisants cardiaques , les coronariens et les opérés du cœur
- 2- d'un réseau de prise en charge globale des insuffisants cardiaques.

1- HYGIENE DE VIE

Convaincus que l'hygiène de vie a une importance thérapeutique primordiale dans le cadre de la prévention secondaire des maladies cardio-vasculaires, nous avons créé sur le site de Dax, à partir du 1^{er} Mars 2001, une consultation spécialisée dans ce domaine, réalisée par une infirmière du service de Cardiologie spécialement éduquée par nous-mêmes et par l'Institut Pasteur de Lille. Au cours de l'entretien individuel avec le patient, de nombreuses questions sont posées, prenant en compte les facteurs de risque classiques et les habitudes alimentaires. Chaque réponse donne lieu à un score, positif s'il va dans le sens d'une aggravation de l'athérosclérose et négatif s'il est réputé protéger de cette maladie, les scores allant de -3 à +3 selon l'importance estimée par nous. La sommation de tous les items donne un score global. Puis, l'infirmière commente chaque réponse donnée et apporte les conseils nécessaires pour améliorer le score, ce que nous appelons la définition des objectifs pour les 6 mois suivants, puisque les consultations ont lieu deux fois par an.

Exemple de réponse à la question : Quelle(s) huile(s) consommez-vous ? Tournesol et Arachide ; l'infirmière conseillera fortement l'utilisation de Colza et d'Olive du fait de leur richesse en acides gras poly insaturés et mono insaturés et l'abandon des deux précédentes.

Dans notre expérience naissante, les patients sont presque tous ravis de ce complément d'information sur leur maladie et les moyens d' en éviter l'aggravation.

Cette consultation, nous proposons d'en faire bénéficier les patients de Mont de Marsan, de Pau, d'Oloron et d'Orthez. Dans un premier temps, les infirmières de Dax peuvent se déplacer dans ces différents centres, après signature simple d'une convention. Pour « rentabiliser » le déplacement, cette consultation doit comporter au moins 5 patients. Tout ce travail est facilité par l'outil informatique et son logiciel mis au point par le Dr.Hericotte. Nous mettons bien sûr l'ensemble à la disposition de tous.

Un bilan annuel d'activité sera dressé pour chaque centre puis globalisé.

Nous souhaitons commencer cette consultation avec tous dès le premier trimestre 2002 et quelques adaptations dans le fonctionnement du service de cardiologie de Dax seront nécessaires au préalable.

Dans un second temps, nous pensons que chaque centre qui le souhaite pourrait effectuer par lui-même cette consultation avec notre logiciel, l'impératif étant la formation d'une petite équipe dans la connaissance de l'athérosclérose et de ses moyens de prévention. Cette consultation, cotée CS puisque réalisée sous la responsabilité d'un cardiologue, est remboursée par la CPAM.

VO2Max.

La mesure du VO2 maximum représente la capacité maximale de l'organisme à extraire, à transporter et à utiliser l'oxygène. Il s'agit d'une mesure globale de la performance physique des patients atteints d'insuffisance cardiaque au cours d'une épreuve d'effort maximale réalisée sur tapis roulant ou bicyclette ergométrique. La valeur pronostique de cette mesure est primordiale et supérieure à toutes autres en particulier celles qui explorent la fonction systolique ventriculaire gauche. Grâce au soutien financier du Ministère de la jeunesse et des sports, nous avons acquis le matériel actuellement le plus performant nécessaire à cette exploration que nous pratiquons depuis deux ans aussi bien pour des insuffisants cardiaques que pour des sportifs de haut niveau désirant améliorer leur entraînement. Nous pouvons dès à présent faire bénéficier de cette technique tous les patients de la fédération. Un compte rendu détaillé est remis au patient et envoyé au cardiologue pour interprétation et prise en compte. La personnalisation de ce compte rendu devra être définie entre nous. Cet acte , coté K 40, est remboursé par la CPAM.

REEDUCATION CARDIAQUE

Nous envisageons de créer un Centre de Rééducation Cardio-Vasculaire mixte, ambulatoire et avec des lits d'hospitalisation, au sein du centre hospitalier de Dax. En Aquitaine actuellement, il n'y a pas de structure publique de ce type. Or, les bénéfices de cette rééducation, sur les plans de la Santé Publique (diminution globale des coûts de santé à moyen et long terme) et de la Santé Individuelle, sont actuellement reconnus (Méta-analyses d'Oldridge et de O'Connor, travail de l'Agency for Health Care Policy and Research, travaux de Lee, de Conn, Kavanagh, Keteylan, Jette, Kilavuori, Hambrecht, Willenhiemer, etc... et en France, travaux de J.P.Broustet et H.Douard, de P.Sellier et de J.C.Verdier entre autres). Malgré cela, cette thérapeutique, par ailleurs sûre, est très largement sous utilisée (environ 10% à 20% des candidats potentiels en bénéficient). Notre volonté est de combler progressivement cette lacune en créant puis en développant cette nouvelle activité et en la mettant à disposition de tous les patients susceptibles d'en bénéficier.

1 - OBJECTIFS:

Prendre en charge, après avoir respecté les contre-indications, des patients aux phases 2 et 3 de la Rééducation selon les recommandations de la Société Française de Cardiologie :

- . patients ayant une insuffisance cardiaque stabilisée (stades II et III de la NYHA). Voir le stade IV, après un minimum de 3 semaines de stabilisation.
- . ou au stade subaigu d'un infarctus du myocarde,
- . ou au stade de stabilité d'un angor chronique,
- . ou récemment opérés de pontage(s) coronarien(s) ou de valve cardiaque,
 - . ou après angioplastie(s) coronaire(s),
 - . ou artéritique,
 - . ou après greffe cardiaque,

afin de réduire la mortalité, d'améliorer la condition cardiovasculaire, d'accélérer la réinsertion sociale et familiale et de prévenir d'autres incidents cardiaques (définition de l'OMS). En fonction de la pathologie prise en charge, les objectifs peuvent différer légèrement.

2 - QUE SIGNIFIE PRISE EN CHARGE ?

Pendant une durée d'environ 4 à 6 semaines, ces patients seront non seulement soumis à des exercices physiques biquotidiens adaptés au niveau de risque faible, intermédiaire ou élevé (évalué à l'arrivée du patient au Centre, en particulier par les mesures du VO2 Max. et du seuil ventilatoire avec les fréquences cardiaques concomitantes), à l'âge, au mode de vie antérieur, mais aussi conseillés pour une meilleure hygiène de vie comprenant des directives diététiques réitérées, avec fixation d'objectifs quantifiés dans le cadre de la consultation d'Hygiène de Vie décrite plus haut. Cette consultation sera donc élargie à tous les patients admis en rééducation.

3 - MOYENS :

L'équipe pluridisciplinaire comportera un ou deux médecins cardiologues, une infirmière de cardiologie, un(e) ou deux kinésithérapeute(s) et leurs remplaçants. Ce personnel sera mis à disposition à plein temps. Cette équipe acquerra un complément d'information sur cette pratique par un court stage dans un Centre référence . Des locaux seront bien sûr indispensables, le local actuel de la rééducation étant adapté par sa taille presque suffisante (avec cependant quelques extensions probables tels vestiaires et douches) et par sa situation géographique au sein des explorations fonctionnelles cardiologiques complètement équipées et disposant déjà de tout le matériel de réanimation réglementaire. Il est proche des soins intensifs de cardiologie.

4 – PATIENTS ATTENDUS :

La première année, on peut recruter environ 360 patients :

* 120 sur le site hospitalier de Dax :

- insuffisance cardiaque : 50 (en l'an 2000, nous avons accueilli 94 patients de moins de 75 ans, atteints de cette maladie)
- infarctus : 40 (en l'an 2000 et 1999, 117 et 147 patients ont été admis)
- post-pontage , angioplastie, valve cardiaque : 30.

* S' y ajouteront les patients issus de l'activité des centres de la Fédération, en sachant que ce projet ne pourra être conclu que sur un engagement de tous sur une base d'activité minimum de 250 patients admis chaque année. Ceci nécessitera la collaboration des services de cardiologie médicale et chirurgicale de BORDEAUX (et surtout de leurs assistantes sociales) qui dirigent actuellement nos patients vers des

structures privées de rééducation (LEGE CAP FERRET, CAMBO) sans nous en informer.

Ce nombre augmentera progressivement (divulgarion de l'information, habitudes médicales, phase 3 de maintenance, ouverture programmée d'un service de Chirurgie Cardiaque à Pau, création d'un Réseau de prise en charge des insuffisants cardiaques). Après un ou deux ans de fonctionnement, le nombre de patients admis pourrait être d'environ 500 chaque année. De plus, ces évaluations ne tiennent pas compte de l'éventuelle participation des médecins cardiologues libéraux. Etant impossible aujourd'hui de quantifier l'activité projetée à 10 ans, il semble indispensable de prévoir une possibilité d'extension ultérieure.

5 - DEROULEMENT DU SEJOUR :

A - Patients ambulatoires :

-Ils viendront les lundi, mercredi, vendredi de 9 H à 12 H et de 14 H à 17 H, la dernière demi-heure n'étant que de la relaxation surveillée. Le repas de midi, pris sur place, pourra être de type crétois.

L'emploi du temps comprendra :

- * activité physique de résistance (pour aider aux gestes de la vie courante en évitant la fonte musculaire) et surtout d'endurance: gymnastique respiratoire, poids et haltères, bicyclette ergométrique à des niveaux de plus en plus élevés, marche sur tapis roulant ou autour de l'Hôpital sur des distances progressivement croissantes. Prévoir l'achat de quelques bicyclettes ergométriques (x5) et du banc de Koch pour la rééducation segmentaire séquentielle des patients les plus graves.

- * entretiens personnalisés insistant sur les points forts de la pathologie du patient et sur tout ce qui peut être corrigé pour éviter les récives (consultation d'Hygiène de vie).

- * entretiens de groupe avec supports vidéo.

-Ils représenteront, en début d'activité, environ la moitié des effectifs recrutés.

B - Patients hospitalisés :

Ceux qui ont été opérés récemment et ceux habitant loin de l'hôpital seront hébergés pendant toute la durée de la rééducation, hormis les week-end passés au domicile, et bénéficieront des mêmes prestations, bien sûr adaptées à chaque individu, quotidiennement. Prévoir 20 ou 25 chambres à proximité du service de cardiologie pour des raisons de sécurité.

6 - EVALUATION DES RESULTATS :

Il n'est pas question pour nous de multiplier les examens coûteux ne s'intégrant pas dans le cadre de la seule rééducation. Tous les examens habituellement pratiqués avec répétition dans les centres de rééducation (activité de laboratoire, écho cardiaque, Holter, radio thoracique, etc....) ne seront pas effectués ici, sauf nécessité clinique individuelle. Le service étant déjà équipé de tout le matériel de surveillance, il ne faut prévoir d'acheter qu'un ensemble de télémétries (x8) pour la surveillance électrocardiographique des séances d'activité physique.

TOUTE LA REEDUCATION MAIS SEULE LA REEDUCATION.

Celle-ci sera évaluée par un examen clinique d'arrivée et de départ, par le questionnaire d'hygiène de vie avec les objectifs à atteindre et à maintenir au long cours, par la mesure de certains paramètres para-cliniques dont essentiellement les performances réalisées sur bicyclette ou tapis roulant, avec détermination du VO₂ max. et du seuil ventilatoire, les différences étant quantifiées entre les épreuves de sortie et d'entrée du patient. Par exemple, une augmentation du VO₂ max. d'au moins 15% sera attendue.

A la sortie, un plan de travail allégé à poursuivre au long cours, éventuellement au sein de Clubs « cœur et santé » locaux, sera remis au patient.

Un rapport d'activité annuel sera établi pour nous et les autorités de tutelle, incluant les résultats obtenus globalement et individuellement sur des critères objectifs d'évaluation, grâce à l'outil informatique.

Dans un grand nombre de cas, les « rééduqués » reviendront chaque année effectuer quelques séances supplémentaires afin de vérifier la réalisation des objectifs assignés et de maintenir les bénéfices acquis (phase 3 de la rééducation).

L'ultime et incontournable étape sera la création prochaine d'un Réseau de prise en charge continue de l'Insuffisance Cardiaque.

ACTUALISATION DU PROJET MEDICAL

SERVICE DE CARDIOLOGIE – CENTRE HOSPITALIER DE PAU

Trois pôles d'activité se dégagent :

I – DEPARTEMENT HEMODYNAMIQUE :

L'activité du **service de Cardiologie** du Centre Hospitalier de PAU est centrée sur l'activité hémodynamique et interventionnelle.

1) ETAT ACTUEL :

Existence d'une salle de coronarographie diagnostique et interventionnelle et d'hémodynamique, sise au sein du service, à proximité immédiate des Soins Intensifs, fonctionnant 24 heures sur 24 heures :

- Deux praticiens Temps Plein pratiquant l'activité de cardiologie interventionnelle y exercent 24 heures sur 24 ; les gardes étant assurées à tour de rôle.

- Equipe d'infirmières rodées avec là encore un système d'astreinte 24 heures sur 24 heures.

- Présence d'intervenants extérieurs (deux publics, trois privés) participant à l'activité par demi-journée d'une part sur des actes de coronarographie diagnostique du service, mais également pour des angioplasties.

- Validation du service en tant que Centre Formateur pour la pratique des actes de coronarographie et de dilatation coronaire (DIU Professeur GUERMONPREZ – PARIS).

- Couverture chirurgicale assurée par le service du Professeur FOURNIAL à TOULOUSE, via le transport par SAMU, (Docteur AYE).

- Couverture anesthésique (Docteur DOLET).

Le développement de cette activité a conduit le service à servir de pôle d'attraction et donc de référence, dans ce domaine au sein d'une fédération de structures hospitalières publiques d'une part, mais également d'établissements privés :

- Fédération Interhospitalière publique Sud Aquitaine regroupant les Centres Hospitaliers de DAX, MONT DE MARSAN, ORTHEZ, OLORON. Dans ce cadre, un bon nombre de patients sont explorés à l'hôpital de MONT DE MARSAN (en provenance des Landes et du CH de DAX) et transférés secondairement pour angioplastie coronaire dans le service.
- Structure Privée Régionale (Polyclinique d'Oloron).
- Enfin coopération également avec le Centre Hospitalier de Lourdes et la Clinique de l'ORMEAU à TARBES, pour ce qui est des Hautes Pyrénées.

Le développement d'un tel réseau, basé sur l'activité de coronarographie diagnostique et interventionnelle nous a conduit à prendre en charge des patients de plus en plus lourds, (patients intubés, ventilés pris en charge en totalité dans le service des Soins Intensifs, Contre-pulsions intra aortiques régulièrement mises en place) justifiant de mettre en place un système de gardes sur place, réalisées par des Cardiologues. Ces dernières seront opérationnelles à compter du 02.02.2002, où interviennent à ce moment là dans le service un peu plus d'une dizaine de médecins cardiologues, publics et privés.

2) PERSPECTIVES EN HEMODYNAMIQUE :

La poursuite du développement de cette activité nous conduit à quelques réflexions :

1. Participation au développement de technologies modernes de revascularisation.
2. Intégration du Service de Chirurgie Cardiaque drainant l'ensemble des patients des différents services publics de la Fédération et Privés.
3. Coopération avec le secteur privé palois (Clinique d'ARESSY) en cours d'élaboration.
4. Sous une forme ou sous une autre, il serait souhaitable de pouvoir bénéficier d'une salle de coronarographie supplémentaire et donc du personnel adéquat.
5. Demande d'un quatrième poste de praticien hospitalier qui permettrait de renforcer l'équipe de garde sur place.

II – DEPARTEMENT D'ECHOCARDIOGRAPHIE :

L'importante activité d'échocardiographie trans-thoracique et d'échocardiographie trans-oesophagienne va se renforcer en 2002 avec l'apparition d'une nouvelle technique : l'échocardiographie de Stress.

Cet examen fondamental permet la détection de l'ischémie et de la viabilité myocardique. Ceci s'intègre complètement dans l'activité d'hémodynamique, permettant de préciser au

mieux les indications de coronarographie et d'angioplastie. Elle facilitera également le suivi des patients coronariens (recherche de sténose, ...).

III – DEPARTEMENT DE RYTHMOLOGIE :

Il va de pair qu'il est formellement nécessaire de développer également la rythmologie diagnostique et interventionnelle, une coopération via le Docteur DULHOSTE, praticien hospitalier au Centre Hospitalier de LOURDES, compétence rythmologique, est en cours sous la forme de vacations sur des demi-journées courant 2002 où seront réalisées des techniques ablatives, jonction auriculo-ventriculaire, flutter, etc.

Parallèlement, le développement de cette activité correspond à l'installation d'une nouvelle salle d'électrophysiologie dans le service, prévue pour 2002 (Baies d'électrophysiologie, nouvel ampli.), sise dans le service à côté des Soins Intensifs.

Le développement de cette activité est indispensable pour que le service puisse continuer à poser des Défibrillateurs. A la date d'aujourd'hui, quatre ou cinq appareils ont déjà été mis en place. Le développement de cette activité ne pouvant se faire qu'avec la création d'un budget spécifique dont pourrait bénéficier l'ensemble des patients rentrant dans le cadre de la Fédération.

➔ POUR RESUMER LA SITUATION :

1. Développement de l'Unité de Soins Intensifs Cardiologique avec garde sur place d'un Cardiologue 24 heures sur 24.
2. Poursuite de l'activité de Coronarographie diagnostique et Interventionnelle avec une coopération d'une part au sein d'une Fédération Inter Hospitalière, mais également par collaboration avec des structures privées.
3. Développement de technologies non invasives dont les techniques d'échocardiographies modernes, (stress, etc.).
4. Enfin, développement de l'activité de Rythmologie Interventionnelle, défibrillateurs et stimulateurs sophistiqués.

Docteur DELARCHE,

Docteur ESTRADE,

Docteur BANOS,

PROJET CARDIOLOGIE MONT DE MARSAN

Le projet de développement du service de Cardiologie comprend 4 grands axes :

- 1 – L'intégration du service de Cardiologie dans un réseau de soins régional.
- 2 – La mise en conformité des Soins Intensifs de Cardiologie.
- 3 – La transformation de 10 lits d'hospitalisation classique en 10 lits d'hospitalisation de semaine.
- 4 – Le développement de l'activité de coronarographie et l'évolution vers l'angioplastie dans l'infarctus du myocarde au stade aigu.

I – Création d'un réseau hospitalier en Cardiologie (Fédération cardiologique des Hôpitaux de la région Sud Aquitaine)

Ce réseau intègre les services de Cardiologie des Hôpitaux de Dax, Oloron, Orthez, Mont-de-Marsan et Pau.

Il a pour objectif d'entretenir une collaboration pré-existante tout en développant des spécificités à chaque centre.

Le schéma futur serait le suivant :

χ DAX

- Centre de réadaptation cardiovasculaire landais (post-infarctus, insuffisance cardiaque, ré-entraînement à l'effort après chirurgie cardiaque).

- Explorations électro-physiologiques.

χ MONT DE MARSAN

- Centre de coronarographie "réfèrent" pour les Landes avec évolution vers angioplastie dans l'infarctus du myocarde au stade aigü.

χ PAU

- Centre de coronarographie, angioplastie réglée et en urgence ; à venir la chirurgie cardiaque.

Ce réseau est en train de se mettre en place. Il est essentiel pour le maintien et le développement de nos structures actuelles.

II – Mise en conformité des Soins Intensifs

Dans la perspective de l'accréditation, la mise en conformité des Soins Intensifs est un objectif capital.

Elle pourra se concevoir :

- soit dans les locaux actuels,
- soit dans le cadre de la création du futur "pôle" des urgences à la condition formelle de rester à proximité immédiate de l'actuel service de Cardiologie.

III – Création d'un Hôpital de semaine de 10 lits par transformation de lits d'hospitalisation classique

χ Indications :

- Prise en charge des coronarographies.
- Implantation programmée de Pace Maker.
- Echographies trans-oesophagiennes.
- Chocs électriques externes.

χ Objectifs :

- Optimiser le taux d'occupation des lits en fonction de l'activité.
- Libérer du temps infirmier (35 heures – astreintes futures pour IDE coronaro).

IV – Développement de la coronarographie

Evolution vers l'angioplastie dans l'infarctus du myocarde.

Avec le soutien des partenaires du réseau inter-hospitalier (Dax en particulier), l'activité de coronarographie diagnostique de Mont-de-Marsan est en progression constante (l'objectif des 400 actes nécessaires est atteint en 2001).

L'évolution vers l'angioplastie à la phase aigüe de l'infarctus est une suite logique :

- pour sécuriser l'activité des coronarographies diagnostiques.
- pour proposer à nos patients le traitement reconnu actuellement comme le plus efficace dans l'infarctus.

Une telle évolution nécessite plusieurs mesures :

- ✓ Officialisation des postes IDE dédiés à la coronarographie (calculs d'adéquation en cours),
- ✓ Création d'une astreinte opérationnelle de cardiologie pour l'angioplastie,

- ✓ Création d'une astreinte opérationnelle IDE pour l'angioplastie,
- ✓ Formation des IDE et poursuite de la formation des cardiologues notamment grâce au concours du service Hémodynamique du Centre Hospitalier de Pau.

EXTRAITS DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

(Nouvelle partie Législative)

Sixième partie

Etablissements et services de santé

Livre 1

Etablissements de santé

Titre 1

Organisation des activités des établissements de santé

Chapitre 5 : Fédérations médicales interhospitalières

Article L6135-1

En vue du rapprochement d'activités médicales, deux ou plusieurs centres hospitaliers peuvent, par voie de délibérations concordantes de leur conseil d'administration, prises après avis de la commission médicale et du comité technique de chacun des établissements concernés, décider de regrouper certains de leurs services, départements ou structures créées en application de l'article L. 6146-8, en fédérations médicales interhospitalières, avec l'accord des responsables des structures susmentionnées.

Ces délibérations définissent l'organisation, le fonctionnement et l'intitulé de la fédération. Elles précisent notamment la nature et l'étendue des activités de la fédération, les modalités d'association des personnels des établissements concernés à ces activités ainsi que les conditions de désignation et le rôle du praticien hospitalier coordonnateur sous la responsabilité duquel elles sont placées. Le coordonnateur est assisté par une sage-femme, un cadre paramédical ou un membre du personnel soignant et par un membre du personnel administratif

CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

(Nouvelle partie Législative)

Sixième partie

Etablissements et services de santé

Livre 1

Etablissements de santé

Titre 1

Organisation des activités des établissements de santé

Chapitre 1 : Missions des établissements de santé

L.6111-1

Les établissements de santé, publics et privés, assurent les examens de diagnostic , la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes en tenant compte des aspects psychologiques du patient.

Ils participent à des actions de santé publique et notamment à toutes actions médico-sociales coordonnées et à des actions d'éducation pour la santé et de prévention.

Ils participent à la mise en œuvre du dispositif de vigilance destiné à garantir la sécurité sanitaire, notamment des produits mentionnés à l'article L.5311-1, et organisent en leur sein la lutte contre les infections nosocomiales et les affections iatrogènes dans les conditions prévues par voie réglementaire.

Ils mènent en leur sein une réflexion sur les questions éthiques posées par l'accueil et la prise en charge médicale.

Les établissements de santé mettent en place un système permettant d'assurer la qualité de la stérilisation des dispositifs médicaux répondant à des conditions définies par voie réglementaire

Chapitre 2 : Service Public Hospitalier

L.6112-1

Le service public hospitalier exerce les missions définies à l'article L.6111-1 et de plus concourt :

- 1° A l'enseignement universitaire et post-universitaire et à la recherche de type médical, odontologique et pharmaceutique ;
- 2° A la formation continue des praticiens hospitaliers et non hospitaliers ;
- 3° A la recherche médicale, odontologique et pharmaceutique ;
- 4° A la formation initiale et continue des sages femmes et du personnel paramédical et à la recherche dans leur domaine de compétence ;
- 5° Aux actions de médecine préventive et d'éducation pour la santé et à leur coordination ;
- 6° Conjointement avec les praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés, à l'aide médicale urgente ;
- 7° A la lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui oeuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion, dans une dynamique de réseaux .

Le service public hospitalier assure, dans des conditions fixées par voie réglementaire, les examens de diagnostic et les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier, ainsi qu'aux personnes retenues en application de l'article 35*bis* de l'ordonnance N°45-2658 du 2 novembre 1945 relative aux conditions d'entrée et de séjour des étrangers en France. Il concourt, dans les mêmes conditions, aux actions de prévention et d'éducation pour la santé organisées dans les établissements pénitentiaires.

L.6112-2

Le service public est assuré :

- 1° Par les établissements publics de santé ;
- 2° Par ceux des établissements de santé privés qui répondent aux conditions fixées par les articles L.6161-6 et L.6161-9 ;
- 3° Par l'Institution nationale des invalides pour ses missions définies au 2° de l'article L.529 du Code des Pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre.

Ces établissements garantissent l'égal accès de tous aux soins qu'ils dispensent. Ils sont ouverts à toutes les personnes dont l'état requiert leurs services. Ils doivent être en mesure de les accueillir de jour et de nuit, éventuellement en urgence, ou d'assurer leur admission dans un autre établissement mentionné au premier alinéa.

Ils dispensent aux patients les soins préventifs, curatifs ou palliatifs que requiert leur état et

veillent à la continuité de ces soins, en s'assurant qu'à l'issue de leur admission ou de leur hébergement, tous les patients disposent des conditions d'existence nécessaires à la poursuite de leur traitement. A cette fin, ils orientent les patients sortants ne disposant pas de telles conditions d'existence vers des structures prenant en compte la précarité de leur situation.

Ils ne peuvent établir aucune discrimination entre les malades en ce qui concerne les soins. Ils ne peuvent organiser des régimes d'hébergement différents selon la volonté exprimée par les malades que dans les limites et selon les modalités prévues par les textes législatifs et réglementaires en vigueur.

L.6112-3

Un décret pris en Conseil des Ministres fixe les conditions de participation du service de santé des armées au service public hospitalier.

CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

(Nouvelle partie Législative)

Sixième partie

Etablissements et services de santé

Livre 1

Etablissements de santé

Titre 2

Autres services de santé

Chapitre 1 : Réseaux de santé

L.6321-1

Les réseaux de santé ont pour objet de faciliter l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations.

Ils sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers.

Les réseaux de santé qui satisfont à des critères de qualité ainsi qu'à des conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation fixées par décret peuvent bénéficier de subventions de l'Etat, dans la limite des crédits inscrits à cet effet chaque année dans la loi de finances, de subventions des collectivités territoriales ou de l'assurance maladie ainsi que des financements des régimes obligatoires de base d'assurance maladie pris en compte dans l'objectif national des dépenses d'assurance maladie visé au 4° du I de l'article L.O 111-3 du code de la Sécurité Sociale.

L.6321-2

Régis par la loi n°47-1775 du 10 septembre 1947 portant statut de la coopération et soumis aux dispositions du présent chapitre, les réseaux coopératifs de santé sont des sociétés de prise en charge pluridisciplinaire répondant aux critères et conditions définis par l'article L.6321-1.

Les coopératives hospitalières de médecins et les réseaux coopératifs de santé peuvent adhérer à des structures de coopération publique et privée, notamment des groupements de coopération sanitaire, des groupements d'intérêt public ou des associations, ou signer des conventions en vue de mettre en place une organisation commune au sein de réseaux de santé, associant des établissements de santé et des professionnels libéraux.

Les réseaux coopératifs de santé sont soumis aux mêmes dispositions que les sociétés coopératives de médecins sauf :

- Celles concernant l'inscription au tableau du conseil départemental des médecins ;
- Celles concernant l'engagement d'utilisation exclusive des services de la société tel qu'énoncé à l'article visant les associés coopérateurs. Cependant, les statuts des réseaux coopératifs de santé devront comporter des règles d'engagement d'activité claires et adaptées à la spécificité du réseau concerné et prévoir les modalités des sanctions d'exclusion nécessaires en cas de manquement au respect de ces engagements pas un membre.