



ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur d'Hôpital

Promotion 2002 - 2004

**LE SIH Nord Icaunais Sens-Joigny
Bilan, perspectives et enjeux d'une
restructuration hospitalière**

V. JOUVET-ORDONEZ

Remerciements

J'adresse mes sincères remerciements à Monsieur François TONNELIER, directeur de recherche au CREDES, auteur de nombreux ouvrages et articles sur le thème de la géographie de la santé, pour avoir accepté d'encadrer ce mémoire professionnel, pour sa disponibilité et sa gentillesse, et pour nos échanges constructifs qui m'ont permis d'enrichir ma réflexion. Je lui souhaite une retraite prochaine agréable.

Je remercie Monsieur C. GEX, directeur du Centre Hospitalier de Sens et Mme MP. BONGIOVANNI, directeur adjoint et maître de stage, et l'ensemble des personnels de direction pour leurs conseils avisés et pour l'aide qu'ils ont bien voulu m'apporter.

Enfin, je tiens à remercier l'ensemble des personnes interrogées dont la liste est jointe pour leur gentillesse, leur disponibilité et leur professionnalisme. Professionnels de santé, médecins, directeurs d'hôpital, élu local, experts, représentant de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation, tous ont accepté de livrer leur point de vue, d'échanger sur cette restructuration ce qui, dans un contexte conflictuel, était un exercice périlleux.

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
1 L'HOPITAL EST UN ELEMENT DE LA POLITIQUE D'AMENAGEMENT DU TERRITOIRE.....	3
1.1 LA MEDICOMETRIE POUR PREUVE	3
1.1.1. Eléments théoriques du processus	4
1.1.2. Impact d'un hôpital sur le développement économique d'un territoire	7
1.1.3. Impacts sociaux d'un hôpital sur un territoire	8
1.2. SANTE ET GEOGRAPHIE	11
1.2.1. La notion de distance	12
1.2.2. La notion d'accessibilité	13
1.2.3. Le territoire pertinent	14
1.2.4. Le bassin de santé	15
2. EXEMPLE D'UNE RESTRUCTURATION HOSPITALIERE EN BOURGOGNE : LE SYNDICAT INTERHOSPITALIER NORD ICAUNAIS	17
2.1 CARACTERISTIQUES GENERALES DE LA REGION BOURGOGNE.....	18
2.1.1. Les difficultés de la Bourgogne.....	18
2.1.2. Les spécificités hospitalières du territoire	21
2.1.3. Une situation sanitaire dégradée	22
2.1.4. Une démographie qui induit un accroissement de la demande de soins.....	25
2.2 UNE MEILLEURE PRISE EN COMPTE DU TERRITOIRE.....	26
2.2.1. Les principes généraux	26
2.2.2. Un environnement en évolution	28
2.2.3. Une politique de coopération volontariste sur fond d'organisation en pôle sanitaire	30
2.3. PRESENTATION DU SYNDICAT INTERHOSPITALIER NORD ICAUNAIS	34
2.3.1. Rappel juridique.....	35
2.3.2 Le syndicat interhospitalier du Nord Icaunais Sens-Joigny	37
2.3.2.1. Un protocole d'accord	38
2.3.2.2. Fonctionnement du syndicat interhospitalier	40
2.3.2.2.1. Le régime financier	40

2.3.2.2.2. Le régime de responsabilités	41
2.3.2.2.3. Les instances	42
2.3.2.2.4. Le personnel affecté aux activités du SIH	42
2.3.2.3. Etat des lieux des activités confiées	44
2.3.2.3.1. La chirurgie ambulatoire	44
2.3.2.3.2. La Fédération des urgences	46
2.3.2.3.3. Les autres activités	47
3. ANALYSE ET PERSPECTIVES D'AVENIR DU SIH NORD ICAUNAIS SENS- JOIGNY	47
3.1. DES CAUSES MULTIPLES POUR UN BILAN CONTRASTE.....	49
3.1.1. L'absence de liens entre les deux établissements	49
3.1.2. Une restructuration jovinienne conflictuelle	50
3.1.3. Les trajectoires des patients n'ont pas été modifiées	51
3.1.4. Une forme juridique inadaptée	54
3.2. ANALYSE DE LA COMPÉTITIVITÉ ET DE LA VALEUR DES DISCIPLINES DEVELOPPEES DANS LE CADRE DU SIH NORD ICAUNAIS	55
3.2.1. Un contexte défavorable de démographie médicale	55
3.2.2. L'avenir de l'activité de chirurgie ambulatoire	57
3.2.3. Les scenarii possibles en faveur du maintien de l'accueil et du traitement des urgences pour la population jovinienne	61
CONCLUSION	68
BIBLIOGRAPHIE	71
LISTE DES ANNEXES	I

Liste des sigles utilisés

AFCA	Association Française de Chirurgie Ambulatoire
ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
ARTT	Aménagement et Réduction du Temps de Travail
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CME	Commission Médicale d'Etablissement
CMU	Couverture Maladie Universelle
CNAF	Caisse Nationale des Allocations Familiales
COM	Contrat d'Objectifs et de Moyens
CREDES	Centre de Recherche d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé
CRIH	Centre Régional d'Informatique Hospitalière
CSP	Code de la Santé Publique
DATAR	Direction à l'Aménagement du Territoire et à l'Action Régionale
DHOS	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DIM	Département d'Informations Médicales
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
ETP	Equivalent Temps Plein
GCS	Groupement de Coopération Sanitaire
HAD	Hospitalisation à Domicile
HCSP	Haut Comité de la Santé Publique
IADE	Infirmier(ère) Anesthésiste Diplômé(e) d'Etat
IBODE	Infirmier(ère) Bloc Opératoire Diplômé(e) d'Etat
INSEE	Institut nationale des statistiques et des études économiques
ISA	Indice Synthétique d'Activité
MCO	Médecine chirurgie obstétrique
NTIC	Nouvelles Technologies d'Information et de Communication
ORL	Oto-rhino-laryngologie
ORS	Observatoire Régional de Santé
PIB	Produit Intérieur Brut
RMI	Revenu Minimum d'Insertion
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SAU	Service d'Accueil des Urgences

SIH	Syndicat interhospitalier
SMUR	Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
SROS	Schéma régional de l'organisation sanitaire
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
UPATOU	Unité de Proximité d'Accueil, de Traitement et d'Orientation des Urgences
URCAM	Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

INTRODUCTION

Originellement concentrée dans quelques villes, l'offre de soins s'est progressivement diffusée dans l'espace, dans les villes de plus petite taille jusque dans les bourgs et les villages. L'ouverture d'un cabinet médical ou d'une pharmacie, l'installation d'une clinique ou d'un hôpital ont transformé la vie locale. La médicalisation de la société et des territoires était en marche du centre vers la périphérie. En raison de contraintes économiques, le mouvement s'est inversé dans le sens d'une reconcentration spatiale de l'offre de soins, au profit des pôles hospitaliers les plus importants.

Depuis près de trente ans, l'offre sanitaire est régie par une carte sanitaire qui fixe notamment la nature et l'importance des moyens d'hospitalisation nécessaires pour répondre aux besoins de santé de la population. Depuis, la Loi hospitalière de 1970, les Lois de 1991 et les ordonnances de 1996 ont renforcé la tutelle de l'Etat sur l'offre hospitalière notamment. En 1991, la carte sanitaire s'est doublée d'un Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire (SROS) qui organise dans chaque région la répartition géographique des équipements et des activités. De même, face à une répartition inégalitaire de l'offre de soins sur l'ensemble du territoire, l'allocation de ressources s'est régionalisée pour une meilleure adéquation de l'offre aux besoins.

Cette volonté de réduire les inégalités sociales et spatiales au nom de l'équité territoriale place l'hôpital au cœur du débat sur l'aménagement du territoire. Cette notion a été introduite dans la Loi d'aménagement du territoire du 4 février 1995 afin de maintenir les établissements de soins de proximité. Le concept de bassin de santé a ainsi été repris. Contribuant fortement à l'organisation de l'espace, l'hôpital s'affirme aussi comme un acteur économique créateur de richesses, un élément structurant d'un territoire.

La Bourgogne est l'une des régions qui comporte le plus d'établissements de santé (105). Ceci s'explique par sa géographie et sa superficie équivalente à celle de la Belgique. Par l'habitat dispersé, par l'implantation des villes les plus importantes à la périphérie régionale, par le centre rural déserté, par le positionnement excentré du centre hospitalier universitaire, la région a fait l'objet d'un découpage en neuf pôles sanitaires à partir des trois secteurs sanitaires existants.

Pour le 9^{ème} pôle sanitaire, auxquels appartiennent les établissements publics de santé de Sens et Joigny, l'Agence Régionale de l'Hospitalisation Bourgogne a souhaité la création d'un Syndicat Interhospitalier unissant sur les secteurs de la chirurgie ambulatoire et des urgences ces deux établissements.

L'objet de ce mémoire est d'exposer la mise en place du syndicat interhospitalier Nord Icaunais et de tenter d'en faire un premier bilan. Les questions que l'on peut se poser sont les suivantes : la coopération mise en œuvre dans le cadre du syndicat interhospitalier est-elle satisfaisante ou doit-elle être aménagée ? Les objectifs poursuivis ont-ils été atteints ? Quels sont les dysfonctionnements et les difficultés apparues et quelles sont les alternatives envisageables ?

A partir de la littérature, un rappel sur le rôle de l'hôpital dans l'aménagement du territoire est proposé (I). Puis, sur la base d'une présentation et d'un état des lieux des caractéristiques territoriales et sanitaires de la Bourgogne et du syndicat interhospitalier Nord Icaunais en particulier (II), quelques éléments de bilan et perspectives d'avenir de ce syndicat interhospitalier seront envisagés (III).

Cette étude a été menée à partir de l'analyse de la bibliographie existante et des documents professionnels internes tels que les compte-rendus des instances du syndicat interhospitalier, le recueil du point de vue des acteurs (en particulier les directeurs d'hôpital et le personnel médical) des deux sites. L'analyse du parcours professionnel des médecins sénonais, la participation à des réunions de travail et aux instances du syndicat interhospitalier ont été également autant de sources d'information exploitées. Enfin, l'analyse d'entretiens menés auprès d'experts sur le thème de l'aménagement du territoire, Monsieur TONNELIER, auteur d'ouvrages sur ce thème et directeur de recherche au Centre de Recherche d'Études et de Documentation en Economie de la Santé ayant accepté d'encadrer ce mémoire mais aussi Monsieur DEVEVEY, chargé de mission à la Direction de l'Aménagement du Territoire et l'Action Régionale et ancien secrétaire général de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation de Bourgogne, m'ont permis d'enrichir mes réflexions.

1 L'HOPITAL EST UN ELEMENT DE LA POLITIQUE D'AMENAGEMENT DU TERRITOIRE

En épidémiologie, l'espace géographique constitue un repère majeur pour l'identification des populations étudiées, pour l'analyse et le suivi des phénomènes de santé. Parallèlement, la planification géographique de l'offre a pour objectif d'assurer, essentiellement pour l'hospitalisation et les équipements lourds, de bonnes conditions d'accessibilité aux soins. Il y a donc bien une relation entre santé publique et aménagement du territoire.

L'analyse des problèmes du monde rural montre l'importance de maintenir un service de qualité, condition parmi d'autres à la limitation de cet exode. A l'inverse, dans les espaces urbains, la congestion des métropoles pose problème. Ainsi, où que se pose le regard au sein du monde de la santé, les questions d'aménagement du territoire sont manifestement éclairées par une discipline récente, plus globale que la seule géographie de la santé, la médicométrie (1.1). Mais la question est posée de la contradiction entre la qualité et la proximité des soins. Or, si le champ est vaste, des outils existent bel et bien qui ont pu être mis en œuvre localement. Le concept de bassin de vie est l'un de ces outils pour ajuster l'offre de soins au plus près des besoins (1.2).

1.1 LA MEDICOMETRIE POUR PREUVE

La recherche d'une santé toujours meilleure à son revers économique et depuis près de trente ans tous les états occidentaux s'inquiètent des coûts de la santé publique. Les dépenses de santé augmentent sous l'influence de facteurs exogènes tels l'inflation, la baisse de productivité de certains secteurs économiques, le vieillissement de la population, l'égalité devant la santé, la médicalisation des problèmes sociaux...

La santé coûte (+ 6,4% en 2002 soit une dépense de santé de 2579 euros par habitant) mais on oublie qu'elle rapporte à l'ensemble du système : main d'œuvre rétablie plus rapidement, invalides moins nombreux, mortalité des jeunes réduites et n'oublions pas l'aspect économique même du système.

Il n'y a, à ce jour, en France, de réelles études sur ce sujet. Il faut donc s'appuyer sur une discipline récente, la médicométrie, et sur les travaux du Professeur Antoine BAILLY et du Docteur Michel PERIAT ¹, portant sur le modèle suisse, pour démontrer que l'hôpital est un élément important de l'espace en tant qu'employeur, consommateur et formateur. Egalement, l'hôpital a une incidence forte sur l'état de santé d'une population.

La médicométrie, définie en 1983 par le Professeur Antoine BAILLY et le Docteur Michel PERIAT, est une discipline plus globale que la seule géographie sanitaire. Elle se veut interdisciplinaire, mettant en relation le sanitaire bien sûr, mais aussi l'économie, le social, le politique, le spatial, le temporel notamment. La pratique de la médicométrie a permis de rectifier les raisonnements monodisciplinaires. Tel est le cas des analyses économiques des « coûts » de la santé, alors que les activités médicales participent à la production, à la consommation, l'investissement, l'exportation, l'importation, la recherche-développement pour ne citer que quelques facettes de leurs impacts économiques.

L'hôpital, élément du système de santé, ne peut donc échapper à cette approche et à cette réalité, ou processus. En fait, il aura des effets sur le développement économique, sur le niveau culturel, sur la qualité de vie et l'image du territoire défini.

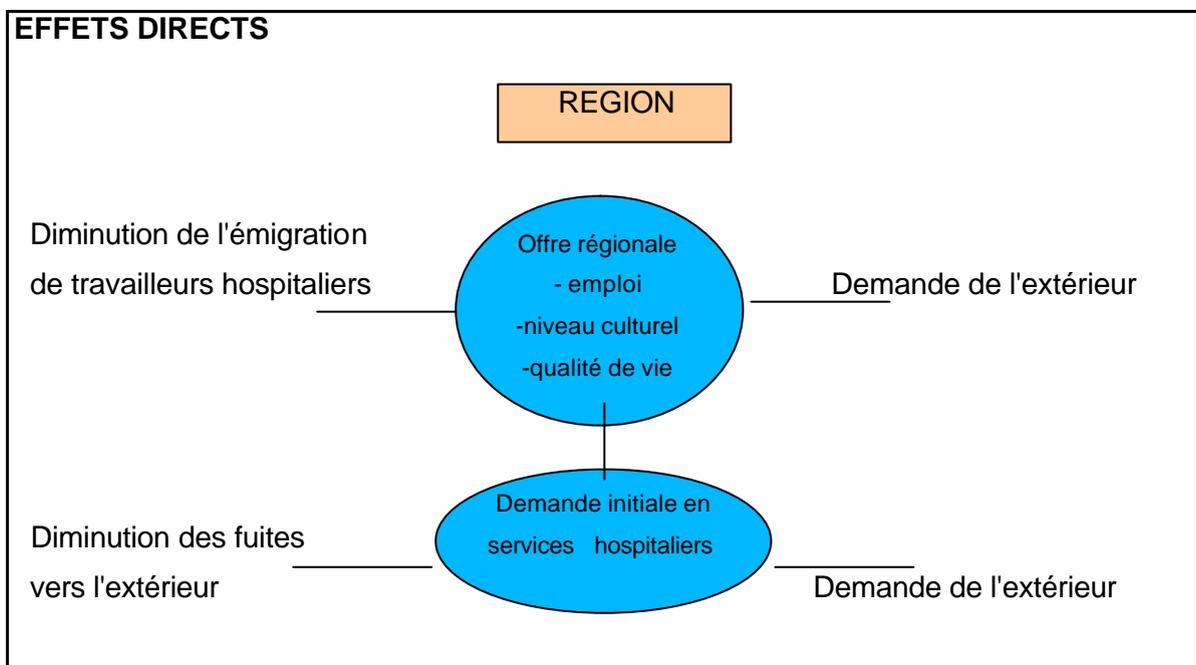
1.1.1. Eléments théoriques du processus

Les régions², contrairement aux Nations, ne possèdent pas de frontières au sens économique du terme. Et même pour les Nations, des accords comme ceux de l'Union Economique Européenne conduisent de plus en plus à la libre circulation des biens et des personnes. Des biens et des services peuvent être acquis à l'extérieur de la région et, certains patients peuvent se faire soigner en dehors de celle-ci. Si ils se font soigner sur place au contraire, ils contribuent à faire fonctionner l'économie et l'emploi régional ; et si la région attire des patients de l'extérieur, il est possible d'assimiler ces flux à des exportations économiques. L'importance de l'impact de la filière santé sur l'économie d'une région à moyen et long terme s'appuie sur la théorie de la base économique. Cette théorie est fondée sur le concept d'activités de base, créatrices d'emplois régionaux indispensables à la vie économique et au développement régional. Ce concept ne se limite pas aux industries traditionnelles mais s'étend à toute activité qui, d'une manière ou d'une autre, amène de l'argent dans la région et/ou évite des dépenses à l'extérieur.

¹ « Médicométrie - une nouvelle approche de la santé » - Edition Economica, 1995

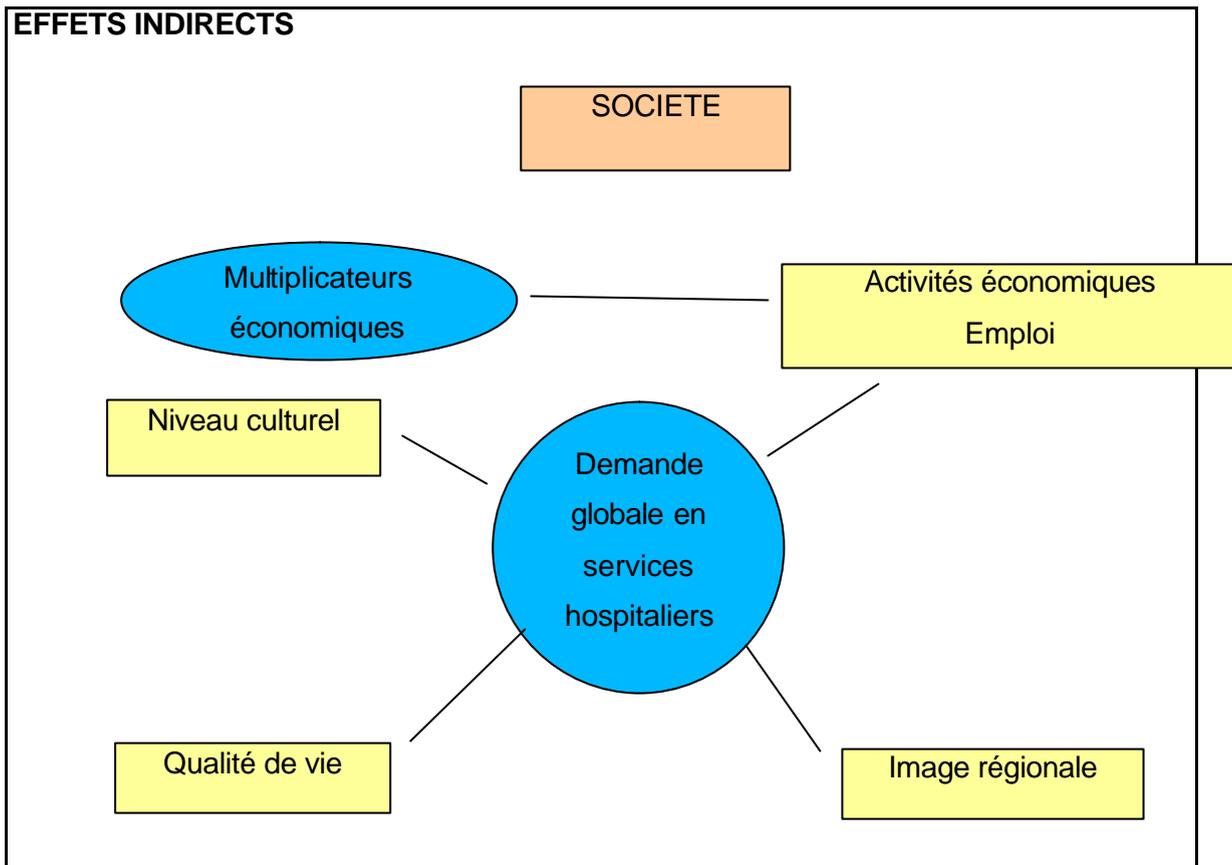
² La région recouvre ici deux réalités : soit la zone d'influence de l'hôpital ou encore bassin de santé, soit un espace plus grand tel que la région sanitaire

A ce titre, l'hôpital qui attire les patients de l'extérieur devient une entreprise d'exportation. Toute structure hospitalière crée de l'emploi et évite aux patients de cette région d'aller se faire soigner à l'extérieur. Ceci permet de faire fonctionner partiellement outre la filière santé, plusieurs autres activités de la région : tels que l'alimentaire, les articles ménagers, le matériel de bureau, les entreprises de services, etc. le schéma suivant emprunté à l'ouvrage cité précédemment illustre les effets directs et indirects d'une infrastructure médicale sur la région.



Source : « Médiométrie, une nouvelle approche de la santé » - fig.20, p.55

Par son offre, l'hôpital attire des travailleurs hospitaliers locaux et de l'extérieur. Cette attraction limite à la fois l'émigration des personnels et des patients.



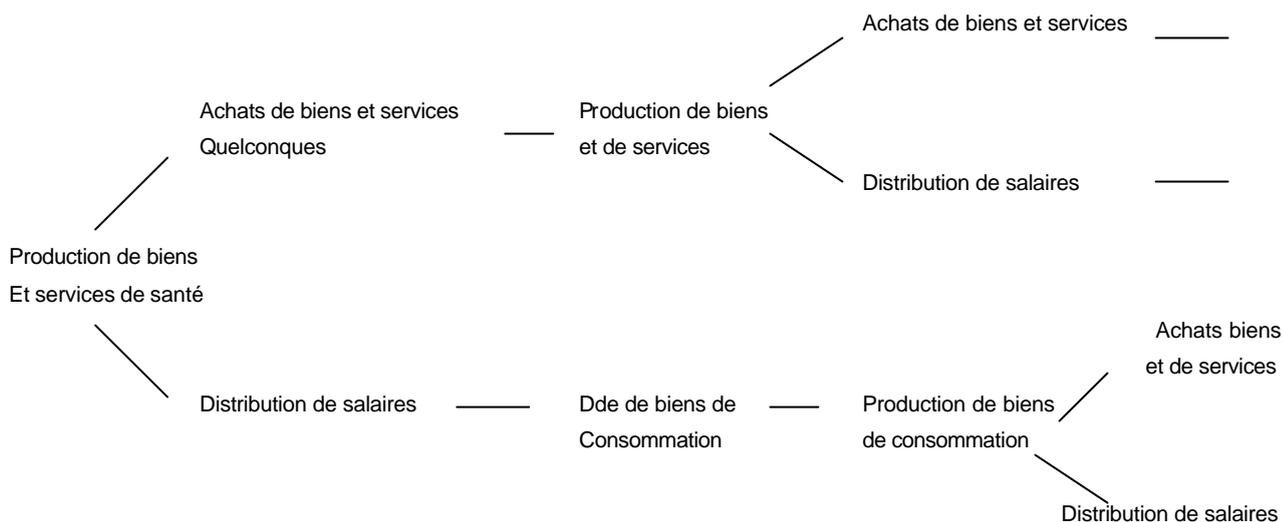
Source : « Médiométrie, une nouvelle approche de la santé »- fig.20, p.55

A titre d'exemple, j'ai pu constater que l'Agence Nationale Pour l'Emploi de SENS avait pris l'initiative d'un dialogue avec le Centre Hospitalier de Sens et plus précisément avec la Direction des Ressources Humaines dans le but de connaître les évolutions des métiers d'une part, et l'évolution souhaitée de l'activité de l'établissement d'autre part, ceci afin d'adapter les formations dispensées directement ou indirectement par cette même agence à l'égard des demandeurs d'emploi. Cela traduit bien la place de l'hôpital comme employeur potentiel et confirme l'impact de celui-ci sur l'activité économique d'une région.

Ce processus produit, en outre, d'importants effets multiplicateurs sur la vie économique car les sommes dépensées par l'hôpital et les salariés entrent en partie dans les circuits économiques régionaux. On parle d'externalités pour qualifier les avantages économiques et sociaux dus à l'impact régional de l'hôpital déterminé sur la base de coefficients multiplicateurs partant du principe que chaque nouvel euro dépensé suscite à son tour d'autres activités...

Les effets multiplicateurs seront d'autant plus grands que la région possède une économie diversifiée et intégrée puisque les agents économiques dépenseront leur argent dans la région s'ils trouvent les biens et les services dont ils ont besoin.

Illustration des effets multiplicateurs des achats de biens et de services et des salaires



Source : « Médiométrie, une nouvelle approche de la santé » - fig.21, p.57

Selon les caractéristiques économiques d'un territoire, l'effet multiplicateur peut varier de 1,1 à 1,5 et plus pour les zones métropolitaines.

1.1.2. Impact d'un hôpital sur le développement économique d'un territoire

Ce raisonnement illustre le rôle de l'hôpital dans le fonctionnement économique régional ce qui nous amène à nous poser la question du rôle de l'hôpital comme accompagnateur du développement ou créateur de développement, c'est-à-dire de ses vertus structurantes et donc des stratégies à adopter pour que l'hôpital contribue au mieux au développement local. Il est donc ainsi démontré l'intérêt d'intégrer aux réflexions économiques et budgétaires de la planification, cette notion d'espace.

A l'échelle du territoire métropolitain, c'est un million de personnes toutes catégories professionnelles confondues qui travaillent dans les établissements de santé publics ou privés.

A l'échelle locale, le rôle structurant de l'hôpital a été décrit par J.LABASSE³. Dans un grand nombre de ville, l'hôpital est non seulement l'un des plus gros employeurs locaux et parfois même le dernier, mais aussi un lieu central de la ville vers lequel convergent chaque jour des dizaines voire des milliers de personnes. Plan de circulation, signalisation, établissements commerciaux connexes, une part de ce qui fait la grande ville est pensé par et pour l'hôpital. D'autant que la «ville hospitalière»⁴ attire à elle d'autres activités sanitaires (cabinets médicaux, cliniques libérales) surtout lorsque l'hôpital est universitaire. Selon un processus d'agrégation, les jeunes médecins s'établissent à proximité de leur lieu de formation ou à proximité d'un lieu de formation continue et de contacts professionnels.

Au lieu de considérer l'espace comme un frein ou un coût, la théorie des milieux propose d'en faire un élément porteur du développement en particulier en définissant des logiques spatiales pour les opérateurs hospitaliers. Réfléchir à la planification hospitalière en termes spatiaux et de dynamique économique semble donc un objectif indispensable.

1.1.3. Impacts sociaux d'un hôpital sur un territoire

S'il est possible de mesurer le rôle économique d'un hôpital, les effets sociaux n'ont fait l'objet que de très rares études.

✓ Impact sur la qualité de vie

Il est aisé d'admettre que l'hôpital suscite une meilleure qualité de vie ou « aménité » régionale. Il s'agit d'aspects psychologiques et sociologiques de la vie régionale tout aussi importants que l'économie pour le vécu des habitants.

Le fait d'avoir un hôpital à proximité constitue un élément de la qualité de vie qui améliore également l'image de la région et qui se traduit par un attachement à son hôpital. Lors des fermetures de services, des associations de défense se sont souvent constituées et la population a participé à des actions de revendications. Les discussions sur le thème Lieux de vie-Lieux de travail-Lieux de soins sont vives.

³ J.Labasse, «L'organisation de l'espace: éléments de géographie volontaire»-Paris. Hermann, 1996

⁴ F.Tonnellier-E.Vigneron, « Géographie de la santé en France » PUF, Que sais-je, 1999

✓ ***Impact sur l'image d'un territoire***

L'hôpital permet à des habitants de la région, formés parfois à l'extérieur dans des professions médicales, paramédicales et de services, de retourner dans leur région du fait de l'existence d'emplois.

Egalement, des entrepreneurs, soucieux de disposer de bonnes infrastructures médicales pour leur famille, peuvent également y rester ce qui ne serait peut-être pas le cas si la région ne disposait pas d'hôpital.

L'hôpital, avec d'autres infrastructures de service, exerce ainsi un effet d'attraction même s'il ne peut à lui seul constituer une infrastructure suffisante. Il confère donc à la région un avantage par rapport aux aires qui n'en possèdent pas, car on peut se demander comment une partie de la population et des activités se comporteraient en l'absence d'hôpital.

Ces éléments sont difficiles à mesurer quantitativement pourtant il semble exister une relation entre la taille de la ville et l'implantation d'un hôpital⁵. En effet, la ville, telle qu'elle est perçue par les citoyens et non pas celle au sens où l'entendent les définitions statistiques, est d'abord une ville où se trouve un hôpital. La « ville » correspondrait donc à une commune de 25 000 habitants au moins. Le cas des équipements lourds est tout à fait démonstratif de la concentration urbaine de l'offre et la corrélation inverse est absolue entre la rareté de l'équipement considéré et la taille moyenne des villes qui les abritent. La hiérarchie technique et médicale des hôpitaux est génératrice d'une hiérarchie urbaine ressentie fortement par la population.

Outre l'impact économique et social d'un hôpital, celui-ci a un impact sur la coordination des réseaux de soins et donc sur un territoire à définir. En effet, associé à l'implantation géographique d'un établissement de soins, les notions de proximité (donc de distance physique) et d'accessibilité (distance psychologique et financière) sont essentielles à toute démarche de planification. Le concept de bassin de santé pourrait réconcilier ces deux notions.

⁵ F.Tonnellier-E.Vigneron, « Géographie de la santé en France » PUF, Que sais-je, 1999

1.2. SANTE ET GEOGRAPHIE

« La nation assure à l'individu et à la famille les conditions nécessaires à leur développement... Elle garantit à tous, notamment aux enfants, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. La grandeur d'âme du Préambule de la Constitution est à la mesure de la difficulté de sa réalisation dans le domaine sanitaire car l'organisation des systèmes de santé semble reposer sur une contradiction fondamentale entre deux pôles : accessibilité, proximité d'une part, sécurité et qualité d'autre part. Le premier pousse à la diffusion, le second à la concentration. Longtemps il a pu sembler que la contradiction se résoudrait d'elle-même avec le progrès médical.

Depuis quelques années, on voit émerger le débat sur l'accessibilité et la proximité des soins : les revendications se font chaque jour plus vives, les manifestations publiques des désaccords se multiplient et les tensions s'exacerbent car chacun voit le problème différemment. Les populations et leurs élus locaux revendiquent une proximité maximale des soins, l'administration pousse à la concentration géographique dominée par les dogmes de la maîtrise des coûts et de l'efficacité, les professionnels défendent la qualité du services rendus.

L'approche géographique s'impose donc désormais comme une évidence. Elle est inscrite dans les ordonnances de 1996 et de façon plus général dans la Loi d'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire du 4 février 1995. Il s'agit d'adapter la répartition de l'offre aux besoins de la population. La distance entre le malade et l'offre devient un élément central de l'évaluation de la qualité du système de soins. Mais comment s'entendre entre protagonistes lorsque la revendication de proximité des uns cache en réalité la défense des emplois des autres à l'heure où l'hôpital est souvent le dernier gros employeur en dehors des services municipaux ?

1.2.1. La notion de distance

L'histoire humaine paraît se concentrer dans une lutte infinie contre la distance. Chaque génération réduit les distances. Nous pouvons parler de «raccourcissement » progressif du monde ainsi que l'écrivait déjà un géographe Eric Dardel ⁶ en 1954.

La distance fonde la géographie. La distance physique tout d'abord durant des siècles comme une mesure du monde ; puis distance comme différence et la géographie devient une description du monde à partir du Moyen Age. Puis l'avènement des Lumières, différence entre deux conditions sociales et, la géographie devient humaine.

La distance peut se définir comme l'écart entre deux choses et degré de différence entre deux personnes – depuis deux siècles, la géographie n'est donc rien d'autre qu'un effort de description et d'analyse de cet écart et de cette différence.

« La distance est le facteur premier de la relation des hommes à la surface de la terre, parce qu'elle est le principe de leur rapport à tout ce qui existe »⁷ La géographie peut être définie comme l'étude des hommes et des lieux à la surface de la terre. De fait toutes les descriptions géographiques sont des appréciations de la plus ou moins grande distance entre les hommes et les lieux.

Qu'est ce qui explique l'étonnante régularité et la hiérarchie des villages, des bourgs, des villes , des métropoles et même de Paris ? L'espacement variable des points de vente en fonction de leur degré d'usage. C'est la théorie des places centrales initialement formulée vers 1860 par Léon Lalanne, un ingénieur des Ponts et Chaussées.

Les rapports entre les hommes et les lieux vont toutefois au delà de la distance physique, géométrique. Armand Frémont, en 1980 est à l'origine de cette extension de la géographie : «la distance affective, à forte composante psychologique, fait intervenir entre un homme et un lieu... outre la longueur mesurée et le temps de parcours, une charge d'affectivité tenant à divers facteurs (de la simple habitude jusqu'au mythe, à la religion) qui a pour effet de « rapprocher » ou au contraire « d'éloigner »⁸.

⁶ Eric Dardel, l'Homme et la terre, Paris, Editions du Comité des travaux historiques et scientifiques - 1990, réédition de 1954.

⁷ Philippe et Geneviève PINCHEMEL, La face de la Terre, Paris, A. COLIN, 1989

⁸ A. Frémont, Histoire d'une recherche : distances et espaces, In espaces vécus et

1.2.2. La notion d'accessibilité

En effet, la distance physique est différemment ressentie selon le statut socio-économique et culturel de la population. Moins informés, moins qualifiés, ceux qui sont loin physiquement le seraient donc aussi socialement et ceci malgré la mise en place de la couverture maladie universelle (CMU) en 1998.

La distance devient psychologique et on parle alors d'accessibilité. Les freins à l'accessibilité peuvent également être d'ordre financier.

Le Haut Comité de la Santé Publique (HCSP), en 1998, estimait à 20 % la population des ménages en situation de vulnérabilité socio-sanitaire⁹.

A partir d'un échantillon de 5000 patients représentatifs des hospitalisés présents un jour moyen dans l'année 1992, en France, en hospitalisation complète, François TONNELIER et V. LUCAS¹⁰ ont mesuré les distances réellement parcourues pour se faire hospitaliser. La distance réelle parcourue varie de façon très significative selon des facteurs sociaux.

Ainsi,

- selon le niveau d'instruction, les distances parcourues sont de 33 km pour un niveau d'études égal ou supérieur au baccalauréat, alors qu'il est de 22 km pour un niveau d'études inférieur ;
- selon les catégories socioprofessionnelles, les distances parcourues sont de 36 km pour les cadres supérieurs, de 23 km pour les ouvriers non qualifiés et de 24 km pour les exploitants agricoles.

Une étude plus récente de 2000 sur les trajectoires des patients en Ile de France a confirmé encore ces observations¹¹. Pour trois actes traceurs (examen sous résonance magnétique du genou, endoscopie digestive haute et cholécystectomie), cette étude a permis de reconnaître deux grands types opposés de consommateurs de soins :

⁹ HCSP – « La santé des français » - Paris – La découverte - 1998

¹⁰ F.TONNELIER-V.LUCAS. Distance réelle d'accès et attraction, *In actes du IV colloque géographie et socio-économie de la santé*, Paris, CREDES, 1995

¹¹ Ph.Le Fur, V.Paris, H. Picard, D.Polton, *Les trajectoires des patients en Ile de France : l'accès aux plateaux techniques*, CREDES, « Biblio », n°1304 et 1304 bis, 2000

d'une part les cadres, les jeunes qui n'hésitent pas à parcourir des distances élevées, à arbitrer entre distance et rapidité des rendez-vous et, d'autre part un autre type où sont représentées les personnes âgées et les milieux modestes qui vont plus souvent dans le site de proximité, suivent les conseils de leur médecin.

Donc, loin d'être inutile, la connaissance des distances les plus proches qui séparent de l'offre de soins est donc essentielles à la résorption des inégalités sociales et géographiques de la santé.

Il semble donc opportun de définir le territoire pertinent où les notions de distance physique (proximité) et, psychologique et financière (accessibilité) se rejoignent.

1.2.3. Le territoire pertinent

La distance, celle que l'on parcourt, celle que l'on accepte de parcourir ou celle que l'on souhaiterait parcourir, détermine, autour des lieux et des services, des aires de chalandise ou plus communément appelées dans le domaine de la santé, bassin de santé.

Les études peuvent être effectuées à différentes échelles. L'échelle spatiale de recueil des données de santé est bien souvent celle de l'Etat ou de la région, plus rarement celle du département, du canton, de la commune ou du quartier. Si les experts s'accordent sur l'observation des phénomènes à l'échelon géographique le plus fin possible, la définition d'un cadre géographique est indispensable. S'agit-il du secteur sanitaire, des zones d'emploi ou des bassins de santé ?

Le secteur sanitaire correspond à un découpage administratif de la carte sanitaire. Son principe est fixé par l'arrêté ministériel du 5 mai 1992. Son élaboration régionale est assurée par l'ARH. Un secteur sanitaire regroupe au moins 200 000 habitants et constitue un échelon géographique de la planification puisque la carte sanitaire a été instituée pour permettre une appréciation quantitative des équipements et des installations selon leur nature.

Les zones d'emploi ont été créées par l'Institut National des Statistiques et des Etudes Economiques (INSEE) en 1984 pour analyser le fonctionnement local du marché du travail. Elles fournissent une échelle plus fine que les traditionnels départements et permettent l'exploration des liaisons entre emploi et santé. Le territoire national est découpé en environ 350 zones d'emploi délimitant les périmètres dans lesquels la population réside et travaille. Les principaux critères retenus sont l'homogénéité économique et l'intensité des déplacements domicile-travail. Ces nouvelles zones réunissent au moins 25 000 actifs.

La notion de bassin de santé figure dans le Code la Santé Publique (CSP) depuis 1999. Un bassin de santé est d'abord un territoire hospitalier.

La réorganisation d'un système de santé s'appuie prioritairement sur ces bassins de santé permettant de repérer les solidarités territoriales, les « pays » pour parvenir à des organisations spatiales cohérentes répondant à la fois aux besoins de santé de la population et à ses habitudes de déplacement.

La réforme du système de santé, inscrite dans les ordonnances de 1996 et dans le prolongement de démarches antérieures comme l'élaboration de schémas régionaux d'organisation sanitaire et sociale en 1992-1993, crée les conditions juridiques de l'abandon d'une approche centrée sur l'offre au profit d'une approche centrée sur les besoins et la consommation. C'est essentiellement aux Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM) et aux ARH qu'il revient de porter cette nouvelle approche. Elles ont été créées pour avoir une vision « géographique » de la santé comme les Conférences régionales de santé.

Or l'un des problèmes essentiels de l'organisation territoriale des soins provient de la difficulté qu'il y a de circonscrire géographiquement les populations et de pouvoir par là même assurer qu'elles consomment ici ce qui est offert ici. C'est à la résolution de ce problème, source de gaspillages et d'inefficacités potentielles, que s'attache la notion de bassin de santé. Tel devait être la justification des secteurs sanitaires prévus par les lois de 1978, 1991 et les ordonnances de 1996. Mais si les secteurs ont été créés par les lois, leur méthode de définition est restée très floue. Si bien que pour la première génération des SROS, chaque région, Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) alors et ARH ensuite, a suivi la voie qui lui semblait bonne. Dans les années 1992-1994, chacun s'est pourtant accordé à reconnaître que la meilleure façon de définir les secteurs résidait dans l'observation des flux de population.

1.2.4. Le bassin de santé

L'hôpital, de même que tout offreur de soins publics ou privés, se doit de répondre aux besoins de la population et pour cela il doit les connaître. Un bassin de santé n'est ainsi fondamentalement rien d'autre que le cadre spatial de l'action du professionnel de soins. Comme l'hôpital représente le sommet de la hiérarchie du système et pour que l'ensemble atteigne une masse critique, les bassins de santé sont d'abord des territoires hospitaliers. Comme l'hôpital n'est pas seul en un point donné du territoire mais qu'il est voisin d'autres établissements de santé publics ou privés et d'autres prestataires de soins, il partage ce cadre d'action avec tout un ensemble d'offreurs avec lesquels il forme ce que l'on peut appeler un « pôle sanitaire ».

E. Vigneron définit le bassin de santé comme « une partie d'un territoire drainée par des flux hiérarchisés et orientés vers un centre de patients aux caractéristiques et aux comportements géographiques homogènes ».

En analogie économique, c'est ce que l'on pourrait appeler l'aire de chalandise. La définition d'un bassin de santé repose donc sur une homogénéité des comportements des populations et non directement sur une disposition des structures de l'offre. C'est donc un territoire conforme aux habitudes de vie des populations. Un bassin de santé comprendra donc une population suffisamment nombreuse et homogène sous le rapport de ces caractéristiques ou besoins de santé. Il comportera donc en général au moins un pôle de niveau de II, soit au moins un centre hospitalier d'au moins 100 lits.

Sur cette base, on pourrait observer en France environ 500 bassins de santé ce qui correspond bien au nombre de « pays » reconnus par la DATAR.

Le bassin de santé rejoint, dans le domaine de la santé, la réflexion menée par la DATAR sur la réorganisation du territoire. Il est l'homologue du territoire vécu. Le bassin de santé est en effet défini à partir de l'étude des flux de patients vers les structures de soins, c'est-à-dire à partir des besoins et des pratiques et non plus à partir de l'offre et des structures.

Les bassins de santé doivent donc permettre de discuter des fondements souhaitables d'une réorganisation décisive des services de santé tant spatiale qu'organisationnelle (car il met en évidence la complémentarité entre services, les coopérations possibles, les réseaux déjà existants ou ceux qu'il faudrait promouvoir...). Les bassins de santé obéissent à la logique de l'emboîtement d'unités pertinentes. Comme les territoires vécus, ils organisent un maillage du territoire depuis les soins quotidiens jusqu'aux soins très spécialisés, de la même façon que certains services sont accessibles dans les pays, d'autres seulement au niveau régional, d'autres encore au niveau interrégional. Ils sont l'échelle retenue de la coordination des acteurs de santé institutionnels et libéraux. C'est cette réflexion qui est à l'œuvre dans la planification territoriale.

Le domaine de la santé n'échappe pas à cette relation des hommes et des lieux. C'est la raison fondamentale pour laquelle l'organisation des soins de santé est aussi une affaire de géographe et pas seulement de médecine. Les questions de distance et de leurs prises en compte se posent dans les politiques de santé. La façon moderne d'envisager la santé en y intégrant non seulement les soins médicaux, ce qui est

classique, mais aussi la prévention, l'éducation à la santé et l'action sur les déterminants de santé renforce encore cette nécessité.

2. EXEMPLE D'UNE RESTRUCTURATION HOSPITALIERE EN BOURGOGNE : LE SYNDICAT INTERHOSPITALIER NORD ICAUNAIS

La France dispose d'un système hospitalier dense et diversifié. Les 1058 établissements publics, 3145 hôpitaux privés et cliniques, soit 4203 établissements au total, représentent 2 253 690 lits et places¹². Plus d'un million de personnes, toutes catégories professionnelles confondues travaillent dans ces établissements.

En matière de recomposition, l'objectif est d'accompagner au meilleur rythme l'adaptation permanente du système hospitalier. La recomposition hospitalière s'inscrit dans le cadre des Schéma Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS) qui fixent pour 5 ans le cadre de l'offre hospitalière au regard d'objectifs adaptés aux réalités locales.

En 1999, le bilan de la recomposition de l'offre hospitalière faisait état de 330 opérations recensées et classées selon les critères juridiques et techniques suivants : 68 opérations de fusion, 8 constructions de nouveaux établissements ou pôles de spécialité, 32 opérations de conversion d'activité et 85 opérations de transfert d'activité d'un établissement à l'autre. A ces opérations s'ajoutent des actions de coopération et de complémentarité sur des domaines précis. En 2000, la Direction des Hôpitaux et de l'Organisation Sanitaire (DHOS) a renouvelé ce recensement. La deuxième édition de « l'Atlas de la recomposition hospitalière » répertorie 340 opérations de rapprochement et de transferts d'activités, plus de 110 communautés d'établissement et plus de 100 réseaux sur l'ensemble du territoire. Elle constate donc que la dynamique de recomposition reste soutenue puisque 60 % des opérations recensées sont nouvelles par rapport à 1999.

¹² « Atlas de la recomposition hospitalière » 2000 -

En Bourgogne, la recombinaison hospitalière s'est traduite en particulier par la création de 13 syndicats interhospitaliers dont le SIH Nord Icaunais. Initiés il y a cinq ans pour la majorité d'entre eux, l'ARH Bourgogne a demandé récemment un audit de ces 13 structures dont les résultats ne sont pas encore connus au moment de la rédaction.

A l'époque, le seul outil juridique applicable pour des établissements voulant coopérer était le syndicat interhospitalier. Un autre outil aurait été envisageable, la fusion, mais à ce seul mot la moitié des Conseils d'Administration se vident pendant que la rue se remplit. La région Bourgogne présente des caractéristiques particulières (2.1) dont le SROS 99-2004 a pris toute la mesure (2.2) en priorisant les coopérations. Le SIH Nord Icaunais est un exemple de cette restructuration dont un état des lieux est présenté (2.3).

2.1 CARACTERISTIQUES GENERALES DE LA REGION BOURGOGNE

La Bourgogne est une région sanitaire aux difficultés nombreuses et qui présente notamment une démographie induisant un accroissement de la demande de soins.

2.1.1. Les difficultés de la Bourgogne

✓ *Une répartition de la population qui rend difficile sa prise en charge*

La Bourgogne est une région vaste (6% du territoire métropolitain) et faiblement peuplée. Sa densité est la moitié de celle de la France : 51 habitants au km² ce qui contraste avec les deux importantes régions voisines de Rhône-Alpes (129 habitants au km²) et surtout l'Île de France (912 habitants au km²).

Cette faible densité est une contrainte majeure pour un système de soins qui doit desservir des populations peu nombreuses.

De plus, cette population est inégalement répartie sur le territoire : à côté de zones dynamiques situées au carrefour d'axes de communication comme l'axe central Dijon-Beaune-Châlon sur Saône-Mâcon, la vallée de l'Yonne d'Auxerre à Sens et le Val de Loire de Nevers à Cosne sur Loire, une zone centrale enclavée compte 47 cantons dont la densité est inférieure à 20 habitants au km². Les centres urbains sont situés à la périphérie et le centre de la région est très faiblement peuplé.

✓ *Un réseau de transport qui ne favorise pas la cohérence régionale*

La population et les équipes médicales sont des usagers importants des voies de communication. La région est particulièrement desservie : 4^{ème} rang des régions pour les

kilomètres de routes nationales par habitant¹³, au 2^{ème} rang pour les voies ferrées¹⁴ et au 1^{er} rang pour les autoroutes¹⁵.

En revanche, les liaisons est-ouest ne sont pas aisées et rendent difficiles l'unité régionale dans la mesure où les voies de communication existantes favorisent les « fuites ¹⁶ » hors région. En effet, il est à la fois plus facile et plus rapide pour un habitant de Mâcon de se faire soigner à Lyon, de Sens de se rendre à Paris, qu'à Dijon, capitale régionale sanitaire très excentrée.

✓ **Une certaine dynamique économique**

Au 15^{ème} rang des régions françaises comme il y a 10 ans, la Bourgogne pèse 2,4 % du Produit Intérieur Brut (PIB) métropolitain en l'an 2000. Elle occupe la 7^{ème} place pour le PIB par habitant (21 000 euros) et le 10^{ème} rang pour le PIB par emploi (53 500 euros).

Elle reste une région de tradition industrielle où les plus grands établissements forment une armature qui alimente un tissu de sous-traitants de tous secteurs, en particulier mécanique et transformation des métaux. Parmi les grandes unités, une dizaine dépassent les milles salariés dont Senoble à Sens.

Malgré une progression sensible et une représentation moindre que la moyenne nationale, le secteur tertiaire est néanmoins présent. Ce secteur rassemble 67 % des emplois de la région contre 72 % au niveau national. A la fin 2000, avec 60 200 emplois, la Fonction Publique d'Etat regroupe un peu plus de 9 % de l'emploi total bourguignon. La Fonction Publique Territoriale (42 200 salariés) et la Fonction Publique Hospitalière (22 400) rassemblent 19 % de l'emploi total.

✓ **Des besoins sociaux**

Le poids de l'agriculture est très important avec 6,1 % de l'emploi régional (3,8 % au niveau national). La surface agricole étendue limite le développement des villes et sculpte

¹³ Nationale 6 – Paris Lyon ; Nationale 7 – Paris Nevers Moulin ; Nationale 74 – Nancy Dijon ; Nationale 71 – Paris Troyes Dijon

¹⁴ TGV Paris Dijon ; Paris Le Creusot Macon Lyon ; TGV Méditerranée

¹⁵ Autoroute 6 – Paris Lyon via Sens ; A39 – Dijon Dôle ; A36 – Beaune Mulhouse ; A31 – Dijon Chaumont Nancy ; A31/A26 – Dijon Troyes

¹⁶ Le terme de fuite est employé couramment dans l'analyse des flux des patients. Néanmoins, le terme d'échange serait plus approprié du point de vue de la liberté de choix des patients.

le paysage bourguignon. Seules 16 communes comptent plus de 10 000 habitants. La ville de Sens et son agglomération proche comptent environ 43 000 habitants.

La Bourgogne conserve donc encore un caractère rural marqué : 40 % de la population vit dans des communes appartenant à l'espace à dominante rurale soit beaucoup plus que la moyenne française (18 %).

Egalement, une frange de la population bourguignonne et plus précisément du département de l'Yonne est socialement défavorisée. Le Revenu Minimum Insertion (RMI) touche environ 2,3% de la population de l'Yonne (3,1% pour la France métropolitaine) et selon les statistiques de la Caisse Nationale d'Allocations familiales (CNAF) ce chiffre connaît une certaine stabilité - +0,4% - comparativement à la situation nationale (+1,6%). Si l'on considère l'évolution départementale en Bourgogne, ce sont les jeunes de 25 à 39 ans de Côte d'Or qui sont les plus touchés puisqu'ils représentent 50,9% des érémites du département contre 49,1% en Saône et Loire, 46,7% dans la Nièvre et 46,2% dans l'Yonne. Dans l'Yonne, le Revenu Minimum d'Insertion (RMI) est attribué à 32,5% à des hommes isolés et 26,5% à des familles monoparentales,

Cet isolement et éloignement de la population ainsi que cette dispersion de nombreuses villes de petites tailles rendent difficiles les conditions d'accès aux principaux services publics et notamment à l'hôpital. Corrélés au faible niveau de diplômes de la population jeune bourguignonne et plus encore de celle du département de l'Yonne, la notion d'accessibilité est ici centrale.

Niveau de diplômes des 25-29 ans¹⁷

	Yonne	Bourgogne	France
Aucun diplôme	18,4	13,7	12,5
CEP - BEPC	8,4	6,7	6,5
CAP - BEP	31,2	30	25,1
Baccalauréat et plus	40,2	45,5	50

Source : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales de Bourgogne - 2002

Ces éléments caractérisant la région Bourgogne et sa population doivent être pris en compte car ils compliquent et conditionnent tout à la fois la définition et la mise en œuvre d'une politique de restructuration de l'offre de soins et plus spécifiquement les regroupements des établissements de soins publics et/ou privés.

¹⁷ Ces chiffres sont exprimés en % de la population des 25-29 ans selon le diplôme par rapport à la population de cette tranche d'âge – valeur 1999 – Observation régional de santé – région Bourgogne

2.1.2. Les spécificités hospitalières du territoire

A l'échelle de la région sanitaire, le parc hospitalier et les moyens financiers présentent des spécificités importantes.

✓ ***Un grand nombre d'établissements hospitaliers***

La Bourgogne compte environ 100 établissements ce qui fait d'elle la 3^{ème} région en terme d'établissements par rapport à sa population avec 3,75 établissements pour 100 000 habitants contre 1,77 en moyenne nationale. Mais ces établissements sont de taille modeste puisque les établissements bourguignons comptent en moyenne 147 lits en Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO) contre 219 en moyenne nationale.

✓ ***Une vétusté importante***

Le besoin total en investissement, recensé par l'ARH Bourgogne auprès des établissements, sur la période 2003-2007, s'élève ainsi à 1 milliard d'euros.

✓ ***Une situation budgétaire contrainte***

Avec 4 219 euros par habitant hospitalisable contre 4 949 euros en moyenne nationale, la Bourgogne se classe au 17^{ème} rang en terme de dotation hospitalière par habitant. La moyenne régionale de la valeur du point ISA ou Indice Synthétique d'Activité (1,84 euros contre 2,01 euros en moyenne nationale) place la région bourgogne comme l'une des régions les plus productives.

Le territoire du Nord Icaunais ou Nord Yonne¹⁸ compte 6 établissements desservant une population de 126 373 habitants, et comptabilisant plus de 1000 lits et 316 721 journées.

Ce territoire présente les mêmes caractéristiques régionales et en fait un site d'analyse idéal.

¹⁸ Nouvelle dénomination du territoire employée depuis juin 2003

2.1.3. Une situation sanitaire dégradée

Si certains indicateurs de santé sont en constante amélioration, la population bourguignonne présente des caractéristiques sanitaires moins satisfaisantes que la population française selon l'Observatoire Régional de Santé (ORS).¹⁹

✓ Des indicateurs de mortalité en amélioration constante

L'espérance de vie à la naissance des bourguignons est de 74 ans pour les hommes et de 82 ans pour les femmes, soit une augmentation au cours des trente dernières années, de plus de 6 ans pour les hommes et de plus de 7,4 années pour les femmes.

La région Bourgogne est au 15ème rang des régions françaises pour l'espérance de vie des femmes et au 13ème rang pour celle des hommes.

Comme dans l'ensemble du pays, la mortalité infantile a également très fortement diminué au cours des trente dernières années. Entre 1992 et 1994, le taux de mortalité périnatal est passé de 8 à 6,1 décès pour mille naissances. La Bourgogne s'est ainsi hissée au 2ème rang des régions françaises.

✓ Une mortalité prématurée plus forte en Bourgogne qu'au niveau français

Le nombre de décès en Bourgogne est estimé à environ 17 500/an. Parmi ceux-ci, 3 430 touchent des bourguignons âgés de moins de 65 ans. Ces décès, qualifiés de "prématurés", comptent pour 27 % de l'ensemble des décès masculins et 11 % des décès féminins.

Une large majorité de ces décès prématurés sont définis comme "évitables" (près de 1 400 décès masculins et 500 décès féminins), parce que dus à des causes dont la maîtrise ne nécessite ni connaissance médicale supplémentaire, ni équipement nouveau. Les modifications de comportements seraient de nature à éviter les deux tiers de ces décès prématurés alors qu'une meilleure utilisation du système de soins existant en éviterait l'autre tiers.

¹⁹ Données épidémiologiques 1999 – champ de l'étude années 1990-1995

Les principales causes de décès prématurés en Bourgogne sont les cancers, les morts brutales (accidents, suicides) et les maladies cardio-vasculaires

Les tumeurs constituent la première cause de décès avant 65 ans. Les cancers du poumon et des voies aéro-digestives supérieures sont principalement en cause chez les hommes et les tumeurs du sein chez les femmes.

Les morts violentes (accidents, suicides pour l'essentiels) sont la seconde cause de décès avant 65 ans. Le suicide totalise en effet 14 % des années de vie perdues avant 65 ans chez les hommes et 10 % chez les femmes. Sur la période 91-94, chaque année, en moyenne 364 personnes ont trouvé la mort. Pour cette cause, près de 36 % avaient entre 25-44 ans et 25 % entre 15-24 ans.

Parmi les maladies cardio-vasculaires, troisième cause de décès prématurés, les cardiopathies ischémiques (infarctus du myocarde pour l'essentiel) ont un poids notable chez les hommes surtout.

Enfin, les pathologies directement liées à l'alcoolisme sont aussi notablement impliquées dans les décès précoces des hommes de la région.

✓ **Une mortalité par accidents et suicides nettement plus élevée à la moyenne nationale**

La mortalité masculine et la mortalité féminine par accidents de la circulation et chutes accidentelles en Bourgogne sont particulièrement élevées.

La mortalité féminine par chutes accidentelles est supérieure en Bourgogne à la moyenne française (+ 21 %), celle-ci touchant surtout les personnes âgées.

Sur la période 1993-1995, 285 décès annuels par accidents de la voie publique ont été dénombrés. Plus de sept fois sur dix ce sont des hommes qui sont touchés, et, quatre fois sur dix, âgés de moins de 35 ans.

Malgré la diminution des accidents observée au cours de la dernière décennie sur les routes bourguignonnes comme en France, reflétant l'efficacité des mesures successives (permis à point, baisse du niveau du taux d'alcoolémie toléré pour les conducteurs de véhicules...), on a encore dénombré durant l'année 1996, environ 3 570 accidents corporels, causant la mort de 393 personnes, et 1 411 blessés graves.

Et, l'indice de gravité (nombre de tués et blessés graves par accident corporel) dans la

région reste toujours supérieur à celui qui est observé sur l'ensemble du territoire.

Au cours des années 1993-1995, plus de 410 bourguignons sont décédés chaque année par suicide. Trois fois sur quatre, ce sont des hommes.

La mortalité par suicide des hommes et des femmes de la région, sur la période 1993-1995, est nettement supérieure à la moyenne en France. Elle croît fortement avec l'âge. Mais le poids dans l'ensemble des décès est maximal, pour les hommes, entre 30 et 34 ans (où il cause un décès sur quatre), et également élevé entre 20 et 30 ans et entre 35 et 39 ans (un sur cinq). Chez les femmes, la part des suicides dans la mortalité générale, un peu moins importante, est maximale entre 20 et 24 ans (18 %), et reste notable entre 15 et 19 ans, 25 et 34 ans et entre 40 et 44 ans (14 % de l'ensemble des décès dans ces groupes d'âge).

✓ **Les maladies liées aux comportements des Bourguignons : alcoolisme et tabagisme**

Les pathologies liées à l'alcoolisme pèsent fortement dans la mortalité de la région Bourgogne. Malgré leur diminution régulière avec le temps en Bourgogne comme dans l'ensemble de la France, on a enregistré, entre 1993 et 1995, près de 780 décès annuels en grande partie imputables à la consommation excessive d'alcool. On estime que 200 000 bourguignons auraient une consommation à risque, parmi lesquelles 50 000 seraient alcooliques dépendants ; 25 000 séjours hospitaliers seraient motivés en Bourgogne par une pathologie liée à l'alcool.

En 1993-1995, la mortalité masculine par maladies liées à l'alcoolisme dans la région (hormis les cancers des voies aérodigestives supérieures) est supérieure de 19 % à celle observée dans l'ensemble des régions françaises.

Les effets néfastes du tabagisme sont en progression. On dénombre chaque année près de 1 200 décès causés par des pathologies en grande partie liées au tabagisme (environ 740 par cancers broncho-pulmonaires, 430 par bronchite chronique).

La progression de la mortalité par cancer du poumon, constatée au cours de la dernière décennie chez les hommes et les femmes, est encore importante pour les femmes au début des années 90, même si celles-ci restent bien moins touchées que les hommes (taux de mortalité par cancers pulmonaires neuf fois moins élevé).

On constate que la surmortalité, la mortalité prématurée ne sont pas liées exclusivement à une insuffisance des structures de soins mais sont dues aux comportements de la population bourguignonne. D'ailleurs, le nombre d'établissements de soins est plutôt élevé.

Il faut donc se poser la question de l'accès efficace ou de l'utilisation appropriée des soins. Cela renvoie à la question de l'adéquation de la consommation aux besoins et donc à l'évaluation spatiale du système de soins²⁰.

2.1.4. Une démographie qui induit un accroissement de la demande de soins

Le poids démographique de la Bourgogne est en diminution : 16^{ème} région par sa population, elle compte 1 610 000 habitants²¹. Cette population progresse peu globalement (moins de 1 % en huit ans) même si certaines agglomérations voient leur population augmenter de plus de 2 % telles que Sens, Dijon et Auxerre. Cette progression est essentiellement due à l'excédent des naissances sur les décès (le solde migratoire est légèrement négatif quant à lui) sauf dans le Nord Icaunais où cette progression est principalement due à l'installation de Franciliens à la recherche de conditions de logement économiquement et qualitativement plus favorables.

La population vieillit : 23,3 % de la population a moins de 20 ans (24,6% pour la métropole) et 24,7 % a plus de 60 ans (21,3 % pour la métropole). Le nombre d'élèves, collégiens, lycéens et étudiants diminue et le nombre de retraités augmente. Cette proportion de personnes âgées induit une demande de soins.

En 2010, seuls les départements de la Côte d'Or et surtout de l'Yonne qui va continuer à bénéficier du desserrement de l'Île de France, verront leur population augmenter²².

Malgré ces difficultés géographiques et du fait des caractéristiques sanitaires, démographiques, économiques et sociales de la Bourgogne et du département de l'Yonne, il est nécessaire de disposer d'une offre de soins de qualité sur l'ensemble du territoire.

²⁰ F.TONNELIER-E.VIGNERON, "Géographie de la santé en France", Collection Que sais-je, PUF 1999

²¹ Recensement 1999 – source INSEE

²² Projection à 2010 de la population – source INSEE

Le Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS) tente de répondre à cet objectif.

2.2 UNE MEILLEURE PRISE EN COMPTE DU TERRITOIRE

Le SROS de Bourgogne a été élaboré à partir de principes généraux et des évolutions techniques, démographiques obtenues à partir des divers recensements et études de l'INSEE et tenant également compte de la problématique conjoncturelle de la démographie du personnel médical et des nouvelles modalités d'exercice de certaines disciplines et, enfin à partir des particularités régionales spécifiques tenant à la géographie physique humaine précédemment exposées.

Il est précisé que si le SROS n'a certes pas vocation spécifique de réduire et maîtriser les dépenses de santé, il s'inscrit dans un contexte de nécessaire maîtrise des dépenses de l'assurance maladie. Egalement, il ne peut ignorer les exigences liées à l'aménagement et au développement du territoire.

Les recommandations techniques par disciplines sont essentiellement réglementaires et ne seront pas rappelées car éloignées de l'objet de ce développement.

2.2.1. Les principes généraux

Le SROS Bourgogne s'appuie sur les trois principes suivants :

QUALITE DES SOINS, ACCESSIBILITÉ, COMPLÉMENTARITÉ

- ✓ **La qualité** des soins repose sur l'exigence de sécurité (respect des normes et recommandations en vigueur, seuil d'activité autorisant un fonctionnement régulier, évaluation régulière)

- ✓ **Le principe d'accessibilité** correspond à une demande forte des usagers qu'ils considèrent à juste titre comme complémentaire du principe de qualité. Les conditions physiques et géographiques d'accès constituent la traduction simple de ce principe. Cette notion doit s'analyser en référence au temps d'accès à un service de soins approprié et à son mode d'accès.

Les particularismes régionaux bourguignons de ce point de vue sont forts : étendue du territoire régional, dispersion des sites, attractions extra-régionales, répartition très inégale des populations, zones fragiles.

L'organisation sanitaire doit conjuguer ces particularismes avec la recherche de la plus grande égalité possible entre les usagers. Proximité ne signifie pas démultiplication des réponses, morcellement et émiettement car ce serait contraire au principe de qualité affirmé préalablement.

La réponse « rapprochée » est multiforme et ne se confond pas exclusivement avec celle des établissements de santé. Le SROS réaffirme le rôle et la place des médecins libéraux généralistes et spécialistes, la mobilisation des professionnels para-médicaux, la recherche d'articulation avec des services existants, la mise en place de consultations avancées, le développement d'alternatives à l'hospitalisation.

D'ailleurs, le déplacement des usagers pour rechercher la réponse des soins qu'ils attendent est d'ores et déjà une réalité. Ceci est illustré en Bourgogne par l'analyse de la fréquentation des flux naturels des patients. Il est admis par les différentes associations d'usagers : « l'utilisateur peut comprendre que soient fermées ici ou là certaines structures peu performantes ou redondantes à la condition que la nouvelle organisation lui permettent de bénéficier à la fois de la haute technologie médicale même si celle-ci est un peu éloignée de son domicile et d'un suivi médical qui lui doit être de proximité »²³. Ceci suppose d'améliorer sensiblement l'organisation sanitaire et la communication autour de celle-ci.

- ✓ **Le principe de complémentarité** s'articule avec les deux précédents car ils sont interdépendants.

Rechercher les complémentarités selon le SROS consiste à :

- Mettre en commun des moyens, des équipements et des ressources humaines afin de garantir la qualité notamment là où existent des difficultés de moyens et particulièrement pour ce qui concerne les recrutements médicaux ;
- Bénéficier des progrès technologiques en matière d'imagerie, d'informatique et de tous moyens modernes de communication ;
- Rapprocher les secteurs publics et privés en organisant plutôt la complémentarité que la concurrence.

²³ UNAF – hôpital expo 93 – 14^{ème} journée de l'AFMHA

Ces relations existent déjà et sont la conséquence naturelle de l'évolution des pratiques médicales. Elles reposent essentiellement sur des volontés individuelles et personnelles qu'il conviendra d'encourager, en les formalisant si nécessaire et en recherchant leur adaptation juridique.

Ces principes nés du Préambule de la Constitution sont la base de l'organisation de tous les services publics. Ils se heurtent dans le domaine sanitaire à des évolutions fortes notamment en matière de démographie médicale. La situation bourguignonne est de ce point de vue défavorable.

2.2.2. Un environnement en évolution

Tant en matière de démographie du personnel médical, des modalités d'exercices de certaines disciplines marquées notamment par des changements technologiques très rapides, associées aux particularités régionales bourguignonnes, des évolutions fortes entre les années 1994 (date début SROS dit de « 1^{ère} génération ») et 2004 (date fin SROS dit de « 2^{nde} génération ») sont apparues²⁴.

C'est à travers les deux disciplines suivantes : chirurgie et urgences, correspondant à deux des quatre SROS²⁵ déclinés en Bourgogne que je me propose de les lister.

✓ La chirurgie et la chirurgie ambulatoire

La notion de proximité peut s'entendre positivement comme le souci de mettre au plus près de l'utilisateur toute l'offre de soins qui peut-être déconcentrée, notamment à travers les réseaux locaux ou l'hospitalisation à domicile.

Un service de proximité peut s'entendre, par défaut, comme la structure minimale maintenue à proximité d'une population relativement importante et trop éloignée d'un site hospitalier plus complet.

La chirurgie dite « de proximité » relève de cette seconde approche et elle s'intègre dans une organisation régionale à trois niveaux :

- un niveau de spécialités régionales (exemple de la neurochirurgie)
- un niveau de chirurgie générale et de spécialités

²⁴ Elles sont, pour la majorité d'entre elles, identiques sur l'ensemble du territoire.

²⁵ Le 3^{ème} concerne la périnatalité et le 4^{ème} les soins de suite et de réadaptation ; ils ne sont pas développés ici car n'ont pas d'objet avec les disciplines développées dans le cadre du SIH Nord Icaunais.

- un niveau de chirurgie générale et de spécialités dites de « proximité ».

Ce dernier niveau s'appuie soit sur un service de chirurgie, soit sur un service intégré dans un réseau de nécessité s'appuyant sur l'établissement le plus proche siège du Site d'Accueil des Urgences (SAU).

Or, cette organisation se heurte entre autres à des difficultés de recrutement de praticiens hospitaliers dans certaines disciplines : en effet, dans les établissements publics bourguignons, 20 % des postes autorisés en chirurgie polyvalente, 32 % en chirurgie orthopédique et 14 % en anesthésie-réanimation sont vacants.

En France, la chirurgie ambulatoire a connu un développement tardif (5,3 % des capacités totales de chirurgie). Actuellement, 20 % des interventions chirurgicales sont réalisées en ambulatoire. Cette pratique est géographiquement très variable. En Bourgogne, le taux est de 9 places pour 100 000 habitants. Une étude sur cette activité a permis d'estimer à 80, le nombre de places de chirurgie ambulatoire à créer en privilégiant les pôles sanitaires de coopération puisque le SROS prévoit que chaque pôle sera doté d'au moins une structure de chirurgie ambulatoire publique et/ou privée.

✓ **Accueil et traitement des urgences**

Le SROS de BOURGOGNE 99-2004 définit un schéma régional d'accueil et de traitement des urgences dont les buts, à partir de difficultés ou dysfonctionnements identifiés et discutés lors des travaux d'une session régionale d'étude et de proposition, sont :

- La mise en place de contrat relais,
- La volonté de mettre en place des réseaux de soins,
- Le souci d'améliorer le système de transports sanitaires, terrestres et hélicoptérés,
- La prise en charge de certaines populations et notamment les personnes âgées,
- La couverture du territoire pour la mise en place sur certaines zones isolées d'un système expérimental,
- La mise en place d'un réseau de télé médecine,
- La mise en place d'un plan qualité-évaluation.

Contrairement à la politique de recomposition hospitalière, le territoire retenu pour l'accueil et le traitement des urgences reste le secteur sanitaire. Ainsi dans le secteur sanitaire n°5, les sites SAU sont Auxerre et Sens, et les sites «Unité de Proximité d'Accueil, Traitement, Orientation des Urgences » (UPATOU) sont Joigny, Tonnerre et

Avallon. Il est précisé que Joigny doit se soumettre à la condition d'un contrat relais avec le SAU de Sens.

Or, si le secteur sanitaire reste ici le territoire pertinent de l'organisation, il s'avère que la mise en œuvre concrète de cette organisation s'appuie sur le pôle sanitaire de coopération et notamment sur le SIH via la Fédération des Urgences.

2.2.3. Une politique de coopération volontariste sur fond d'organisation en pôle sanitaire

L'actuel SROS²⁶ constitue davantage un cahier des charges que les établissements de santé peuvent mettre en œuvre par voie de négociation et de contractualisation, même si les procédures d'autorisation demeurent.

Il intègre les objectifs de la circulaire de 26 mars 1998²⁷ et affiche la volonté de l'ARH Bourgogne :

- Poursuivre la recomposition de l'offre de soins au sein de neuf pôles sanitaires²⁸ de coopération en conjuguant de manière optimale sécurité et accessibilité,
- Développer un processus d'engagement contractuel avec les établissements de santé,
- S'appuyer sur les professionnels de santé pour garantir une réponse de qualité aux besoins prioritaires en développant l'information et la responsabilisation des usagers du système de santé.

La coopération est un axe primordial du SROS Bourgogne. Elle devrait se développer selon différents niveaux :

- L'hôpital ou la clinique dans son milieu avec ses partenaires immédiats,
- L'hôpital avec les autres établissements de santé dans 9 pôles sanitaires de coopération regroupant les 108 établissements de santé bourguignons actuellement trop isolés,
- La coopération régionale entre les établissements au sein de réseaux de soins régionaux,

²⁶ 1999-2004

²⁷ Circulaire présentée en annexe 2

²⁸ carte présentant les pôles sanitaires en annexe 3

- La coopération régionale qui associe producteurs de soins, concepteurs, décideurs, usagers et citoyens pour une meilleure politique de santé,
- Les coopérations interrégionales notamment entre le Centre Hospitalier Universitaire de Dijon et celui de Besançon.

Chaque pôle sanitaire de coopération est une « zone privilégiée » de recomposition de l'offre. Chacun correspond à une véritable filière de soins (illustre l'offre graduée des soins) intégrant l'hospitalier, l'ambulatoire, le médico-social et le social. Chaque pôle doit s'intégrer à l'organisation régionale définie selon un principe de subsidiarité.

Ils correspondent à une organisation souple et fonctionnelle qui devrait faciliter les échanges entre les établissements de santé et les professionnels. Les niveaux de soins répondent ainsi à une logique de subsidiarité : tout ce qui peut être fait à proximité du domicile de l'utilisateur doit l'être. Le SROS précise que cette organisation repose sur les dynamiques des acteurs qui selon l'ARH se mettront en place progressivement.

A l'exception des prestations de niveau hospitalo-universitaire (CHU) nécessitées par des pathologies lourdes, chaque pôle doit être en mesure d'offrir l'ensemble des services nécessaires à la population qu'il dessert à savoir : les disciplines de court séjour de médecine, chirurgie et obstétrique en hospitalisation à temps complet, de semaine ou de jour ainsi que des soins d'hospitalisation à domicile et à terme des services de santé mentale et de psychiatrie – des services de soins de suite et réadaptation (SSR) – des services de long séjour – des structures sociales médicalisées.

Un système d'information commun devra être mis en place dans chaque pôle sanitaire de coopération qui devrait permettre un meilleur flux des patients entre les structures du pôle : dossier commun du patient, dénombrement des lits libres en temps réel, procédures communes de prise en charge, Dim commun parfois, etc....

Chaque établissement s'inscrit dans un réseau local lui-même contenu dans le pôle sanitaire de coopération. Ce réseau répond à une problématique et une prise en charge particulière (ou filière). Il s'appuie sur l'ensemble des acteurs de santé et peut impliquer plusieurs financeurs et décideurs : Etat, Département, Communes, ARH, Assurance maladie, etc.... Chaque établissement définira dans son propre projet

d'établissement son rôle au sein de chacun des réseaux locaux. Ils constituent une partie intégrante du Contrat d'Objectifs et de Moyens (COM).

Cette politique de coopération ne s'arrête pas aux frontières de la Bourgogne. Le SROS prévoit la coopération des CHU de Dijon et Besançon de façon précise et énumère les autres coopérations inter-régionales possibles vers l'extérieur de la région :

- Nevers – Bourges/ Moulins
- Decize/ Bourbon-Lancy – Moulins
- Chauffailles/ Marcigny – Roanne
- Mâcon / Lyon
- Louhans – Lons le saunier
- Et enfin Sens / Ile de France.

Les modalités de la mise en œuvre de cette coopération inter-régionales sont prévues tout du moins pour celle concernant les CHU de Dijon et Besançon.

La coopération inter-régionale présente des similitudes avec les coopérations transfrontalières sanitaires. Seul le territoire change. La frontière entre deux pays devient la frontière virtuelle entre deux régions sanitaires. La complexité est essentiellement administrative. En effet, du point de vue des flux, les patients ont anticipé l'organisation administrative .

L'intérêt de développer des coopérations inter-régionales, dans le cas de la Bourgogne et plus précisément des villes comme Nevers, Sens et Mâcon, est multiple :

- une réponse à un impératif d'accessibilité et de proximité pour le patient,
- une offre de soins plus spécialisée et de meilleure qualité pour le patient,
- une image rénovée de l'établissement qui sait s'entourer des références médicales de qualité (Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, Hospices Civils de Lyon, etc...),
- un projet attractif qui peut permettre de préserver l'attractivité médicale et ainsi stopper la fuite de praticiens. Il en est de même pour rester attractif auprès du personnel infirmier et soignant. Il faut souligner l'initiative récente de l'ARH Bourgogne et la DRASS en ce sens par la création d'une allocation territoriale

d'études²⁹ dont l'attribution est subordonnée à une période d'exercice dans la région.

Le pôle de coopération sanitaire, outre le fait d'être le territoire retenu pour la mise en œuvre des complémentarités entre les acteurs de santé, est également le territoire retenu pour développer d'autres politiques : les vigilances sanitaires et, la prévention et l'éducation à la santé.

A partir des structures hospitalières existantes (Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales³⁰, Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail³¹, Comité du médicament, etc...), l'organisation des vigilances prendrait la forme d'un comité des vigilances. Il offrirait ainsi une ressource supplémentaire, un soutien pour l'ensemble des professionnels de santé hospitaliers et libéraux.

En matière de prévention et d'éducation à la santé, le SROS prévoit que toute charte de communauté d'établissement inclus une réflexion coordonnée sur la démarche préventive au sein du pôle de coopération. Cette politique d'établissement au sein du pôle pourra déboucher sur une politique globale de prévention à l'échelle du bassin de vie dans l'esprit des communautés locales de santé.

Les principes de qualité, d'accessibilité, de proximité ne sont pas discutables et les SROS successifs tentent d'organiser l'offre de soins sur l'ensemble du territoire bourguignon en tenant compte des caractéristiques tant démographiques, géographiques que sociales de la région. La récente organisation en pôle sanitaire est l'élément central de la politique de coopération de l'ARH Bourgogne. Le SIH Nord Icaunais est un des éléments de ce 9^{ème} pôle sanitaire.

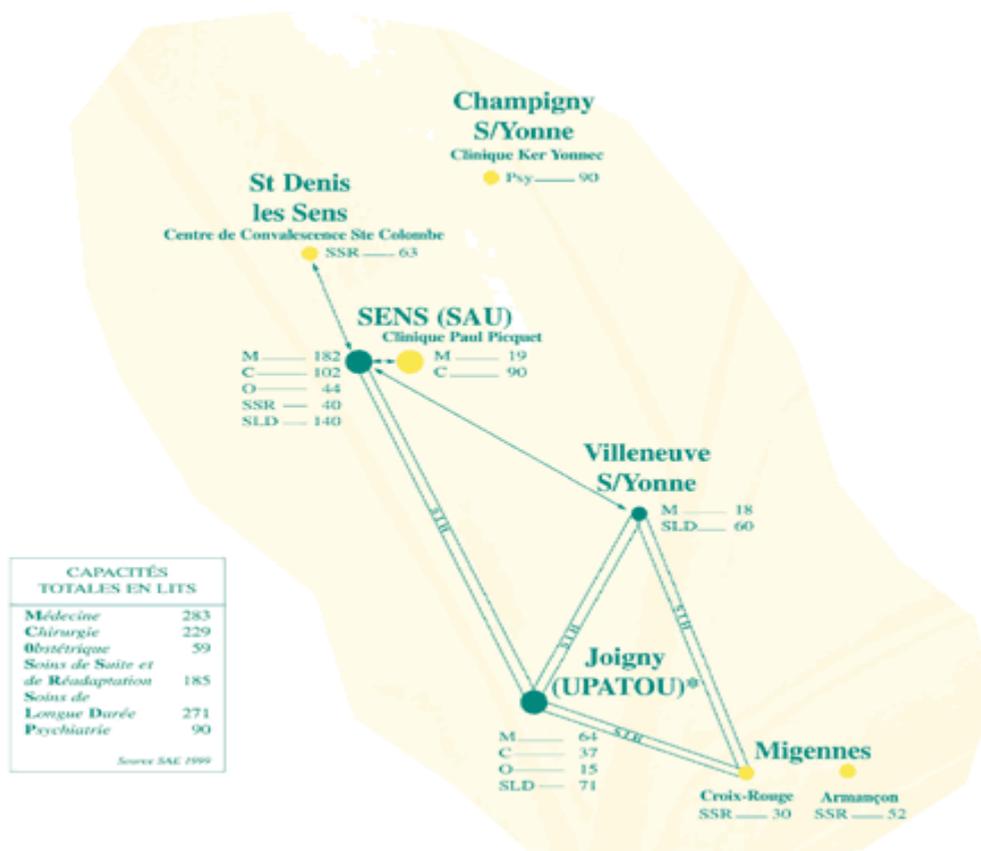
²⁹ créée en septembre 2003, elle correspond à un demi-SMIC et est attribuée à partir de la 2^{ème} année d'étude

³⁰ CLIN

³¹ CHSCT

2.3. PRESENTATION DU SYNDICAT INTERHOSPITALIER NORD ICAUNAIS

Elément du 9^{ème} pôle de coopération sanitaire, le SIH Nord Icaunais réunit les établissements publics de santé de SENS (Terrain de stage) et JOIGNY, distants de 30 kilomètres environ, autour d'une unité de chirurgie ambulatoire, d'une fédération des urgences, d'un département d'informations médicales (DIM) commun et d'une équipe mobile d'hygiène hospitalière.



Le Centre Hospitalier de Sens comptabilise, sur trois sites, 624 lits et 18 places dédiés à une activité traditionnelle d'un établissement de cette taille. Les disciplines médicales, chirurgicales, gynécologiques et obstétricales sont présentes. D'autres spécialités sont également assurées : néphrologie, pédiatrie, néonatalogie, soins intensifs de cardiologie, oncologie. L'établissement offre un pôle gériatrique important (250 lits d'hébergement hors moyen séjour) et innovant avec une unité gérontologique d'orientation.

Le Centre Hospitalier de Joigny (304 lits) assure une prise en charge en médecine avec un pôle gériatrique conséquent (la moitié de ses lits) et les services ambulatoires associés (Service de soins à domicile pour exemple).

Après un bref rappel juridique, une présentation des conditions de la mise en œuvre, des activités et de leur mode d'organisation et du fonctionnement général du SIH Nord Icaunais est proposée.

2.3.1. Rappel juridique

S'agissant d'établissements publics de santé, le recours à des formules de coopération est strictement limité par le code de la santé publique et plus particulièrement par l'article L 713-12 ainsi que par les avis du Conseil d'Etat.

Les formules de coopération autorisées pour les établissements publics de santé sont au nombre de 7 :

- la convention (article L 713-12 du CSP)
- le Syndicat interhospitalier - SIH (article L 713-11 du CSP)
- le Groupement d'intérêt public (article L 713-12 du CSP)
- le Groupement d'intérêt économique (article L 713-12 du CSP)
- le Groupement de coopération sanitaire (article L 713-12 du CSP)
- l'établissement public de santé interhospitalier (article 53 de la loi du 27 juillet 1999)
- l'association Loi 1901 (suivant avis du Conseil d'Etat par extension de la formule de la convention).

En ce qui concerne le syndicat interhospitalier (SIH), il peut être constitué, après autorisation du directeur de l'ARH, par :

- des établissements publics de santé (le SIH doit au minimum comprendre un établissement public de santé)
- des établissements de santé privés à but non lucratif participant au service public
- d'autres organismes concourant aux soins ainsi que par des institutions sociales ou des maisons d'accueil spécialisées (depuis la loi du 27 juillet 1999).

Le SIH n'a pas de capital social. Ses membres peuvent néanmoins faire apport de tout ou partie de leurs équipements, de leurs installations, de contrats, etc.... après autorisation et arrêté du directeur de l'ARH.

L'organe principal du SIH est le conseil d'administration. Il est composé de représentants de chacun des établissements qui font partie du syndicat, compte tenu de l'importance de ces établissements. Les droits des membres seront donc fonction de l'importance de chaque établissement. Rien n'interdit les membres du SIH d'adopter des règles plus simples. En outre, chaque président de chaque Commission médicale d'établissement (CME) des établissements sont membres de droit. Enfin, un représentant des pharmaciens de l'ensemble des établissements est également membre de droit. Le Conseil d'Administration dispose des mêmes compétences que celui d'un établissement public de santé (article 714-4 du CSP)

Le SIH est soumis aux règles de la comptabilité publique. Il est doté d'un comptable public. En matière de marchés publics, le SIH est un établissement public donc soumis au Code des marchés publics.

La responsabilité est identique à celle d'un établissement public administratif. En outre, ses membres sont responsables des dettes à proportion de leur participation.

Le retrait d'un membre d'un SIH répond à une procédure précise (article L 713-11 du CSP). Un établissement peut se retirer d'un SIH avec le consentement du Conseil d'administration du Syndicat. Ce dernier fixe les conditions dans lesquelles s'opère ce retrait. En outre, les conseils d'administration de tous les établissements qui composent le SIH sont consultés. Ce retrait fait l'objet d'un arrêté du directeur de l'ARH. La dissolution fait également l'objet d'une délibération du conseil d'administration. Elle fera l'objet d'un arrêté du directeur de l'ARH. Cet acte n'a pas à être motivé. Les biens du SIH sont dévolus à un ou plusieurs établissements publics de santé.

En matière de gestion des ressources humaines, il faut distinguer le personnel propre du personnel mis à disposition. Le personnel propre, employé du SIH, relève de la fonction publique hospitalière. Le SIH peut également recourir à l'embauche de contractuels de droit public. Le personnel peut également être mis à disposition ; c'est une solution qui consiste pour les membres à apporter aux SIH leurs moyens humains. Cette mise à disposition sera valorisée tant dans le budget du SIH ainsi que dans celui des établissements concernés. Le statut et le niveau de rémunération sont inchangés.

2.3.2 Le syndicat interhospitalier du Nord Icaunais Sens-Joigny

Le SIH Nord Icaunais a été constitué entre les Centres Hospitaliers de Sens et Joigny en date du 13 septembre 2000 après délibération des instances administratives et des instances médicales des deux établissements concernés. Le secrétariat général est assuré par le Directeur du Centre Hospitalier de Sens et son siège est dans cet établissement.

Cette création a été imposée par l'ARH de Bourgogne sur la base suivante : « Les données de l'environnement sanitaire et de la consommation des soins de santé par les usagers, la forte concurrence des structures privées de Sens et Auxerre, la contrainte tant institutionnelle que réglementaire, forcent les hôpitaux de Joigny et de Sens à lier leur avenir par des projets communs. La communauté d'établissement Joigny/Sens devait se développer autour d'activités autonomes et d'activités liées. Les activités liées se développeront à partir d'un SIH incluant les urgences, la chirurgie, l'anesthésie ambulatoire et le département d'informations médicales. Selon la loi à propos des SIH, les postes médicaux temps plein sont transférés sur le site détenteur des postes budgétaires, les postes médicaux temps partiel font l'objet d'une démission-nomination et transfert, les postes non médicaux correspondant aux activités du SIH sont mis à disposition. Chaque établissement de soins garde son autonomie juridique et financière. L'ARH de Bourgogne réaffirme sa garantie de maintien de l'emploi sur le site de Joigny. »

Ce point s'appuie sur le constat des tutelles que la chirurgie traditionnelle n'est plus envisageable du moins dans sa forme classique au Centre Hospitalier de Joigny même si le savoir existe. Le réalisme doit ainsi permettre aux nombreux projets en souffrance tant à Joigny (moyen séjour, long séjour, hospitalisation à domicile (HAD) en obstétrique, médecine active, consultations avancées de spécialités, etc...) qu'à Sens (restructuration des services, dégagement sur le moyen séjour, bloc opératoire, etc...) de voir le jour.

Les médecins des hôpitaux de Joigny et de Sens ont alors élaboré un protocole commun servant d'accord cadre et de base de dialogue avec l'ARH. Après avoir énoncé les points essentiels de ce protocole d'accord, un état de lieux est proposé tant du point de vue de la gestion administrative que de celui de l'activité incluse dans cette structure.

2.3.2.1. Un protocole d'accord

Ce protocole concerne exclusivement l'activité médicale puisque l'aspect administratif et financier est encadré réglementairement.

Les communautés médicales avaient donc trouvé un accord sur les points suivants :

- **ACCUEIL ET TRAITEMENT DES URGENCES/SMUR :**
 - le maintien d'une UPATOU à Joigny
 - la création d'une fédération de service des urgences intégrant le Service d'Aide Médicale Urgence (SAMU) et le Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR) Joigny/Sens avec élection d'un coordonnateur selon les termes du Code de la Santé Publique (CSP),
 - le poste de médecin attribué au Centre Hospitalier de Sens doit servir à nommer un chef de service pour le site de Joigny,
 - le respect des décrets et règlements régissant les SAU et UPATOU
 - l'obligation dans le cadre de la fédération d'assumer des protocoles communs et d'échange entre urgentistes permettant la formation continue indispensable des urgentistes de Joigny pour participer sur des périodes données au SAU de Sens,
 - les plannings des présences et affectation s'établissent en concertation au sein de la Fédération et sont mise en application par le coordonnateur.

Egalement, le protocole prévoit que l'ARH Bourgogne apportera son appui et favorisera toute facilitation et innovation pour le transport médicalisé des patients de Joigny à Sens. Une convention pourrait être signée entre les ambulances privées, les taxis et l'assurance Maladie d'Auxerre afin d'assurer le remboursement intégral et au mieux pratiquer le tiers payant des patients qui sur ordre médical auraient à se déplacer.

- **L'ACTIVITE DE CHIRURGIE AMBULATOIRE - ANESTHESIE**
 - La création d'une unité d'anesthésie ambulatoire permettant la pratique de la chirurgie et de l'endoscopie de jour. La chirurgie ambulatoire s'entend selon la définition de l'Association Française de Chirurgie Ambulatoire (AFCA)
 - le transfert des postes budgétaires d'anesthésistes (2.5) et de chirurgiens (2.5) de Joigny vers Sens

- le service d'anesthésie garantit sa pratique sur le site de Joigny dès l'instant où il dispose physiquement d'au moins 6.5 Equivalent Temps Plein ou ETP (actuellement 4 sont affectés au bloc et 2 en réanimation à Sens)
- l'organisation autant que nécessaire, mais au minimum deux journées par semaine, d'un programme opératoire d'anesthésie et chirurgie ambulatoire organisé à partir de Sens et de ses activités sur les attentes du bassin de recrutement de Joigny. Tous les actes proposés (si les critères sont respectés) suivant un mode de prise en charge ambulatoire par le site de Joigny doivent être réalisés sur le site de Joigny. L'estimation actuelle est de 400 patients. Le nombre de matinée est lié au nombre de malades à traiter : une vacation pour 200 patients. La réalisation d'actes simples recrutés par les urgences et entrant dans la définition de la chirurgie ambulatoire est envisageable mais selon des critères précis et après en avoir décidé et débattu au sein de la Fédération des urgences. Tous les actes sous anesthésie locale sont réalisables.
- Toutes les dispositions et règles de fonctionnement doivent être inscrites dans un Règlement intérieur. L'unité d'anesthésie et chirurgie ambulatoire comporte 10 places.
- Il n'y a ni garde, ni astreinte en anesthésie ou chirurgie sur le site de Joigny,
- L'organisation de consultations avancées de spécialités en urologie, orthopédie, anesthésie, chirurgie viscérale, chirurgie digestive voire en ORL indépendamment de la présence au bloc ambulatoire des chirurgiens. Ainsi un avis chirurgical sera possible tous les jours.
- L'organisation de cette chirurgie ambulatoire se fait à partir des programmes opératoires de ce qui est possible de transférer en chirurgie de jour selon les pratiques et l'activité de chaque opérateur de l'hôpital de Sens,
- La possibilité de pratiquer les endoscopies émanant des services de médecine.

- **INCLUSION DE L'ACTIVITE D'INFORMATIONS MEDICALES DANS LE SIH NORD ICAUNAIS**

En terme d'informations médicales, dès lors qu'un rapprochement fort était envisagé entre les deux établissements, l'ambition de disposer d'un système d'informations commun a été ressentie. Celui-ci devait permettre la circulation des

informations médicales et administratives et ainsi faciliter un travail de connaissance mutuelle.

2.3.2.2. Fonctionnement du syndicat interhospitalier

Les conditions de fonctionnement devaient être fixées dans un règlement intérieur qui n'est pas rédigé à ce jour. Le secrétariat général est assuré par le directeur du Centre Hospitalier de Sens. Le SIH Nord Icaunais dispose d'un budget propre pour gérer les moyens qui lui sont directement affectés.

2.3.2.2.1. *Le régime financier*

Les ressources du SIH Nord Icaunais sont constituées par une dotation globale qui lui est affectée, calculée sur la base d'une activité prévisionnelle. Selon l'accord initial, il était prévu que deux journées de chirurgie ambulatoire seraient assurées sur le site jovinien par les opérateurs sénonais.

L'activité prévisionnelle calculée sur cette base est estimée à 825 patients par an, soit un prix de journée de 555,68 euros en 2003 (Dotation globale de 467 141,98 euros). En réalité, une seule journée est assurée ce qui conduit à un coût élevé de la chirurgie ambulatoire. Le prix de journée en 2002, établi sur l'activité réelle, est de 1 619,95 euros donc supérieur au prix de journée prévisionnel établi à 540,17 euros.

Pour exemple, les dotations globales sur les deux derniers exercices ont été les suivantes :

Exercice 2001 : 478 369,77 euros (tarif chirurgie ambulatoire : 579,84 euros)

Exercice 2002 : 471 408 euros (tarif chirurgie ambulatoire : 540,17 euros)

Le budget est attribué exclusivement à l'activité de chirurgie ambulatoire. Les autres activités (fédération des urgences, DIM, unité mobile d'hygiène) sont financées via la dotation globale allouée au Centre Hospitalier de Sens sans contrepartie de remboursement par le Centre Hospitalier de Joigny.

Le budget comprend essentiellement des dépenses au groupe 3 puisque le SH Nord Icaunais ne gère pas de personnel. Les seules dépenses directes sont les assurances et la contribution au Comité Régional d'Informations Hospitalières (CRIH) de DIJON. Les autres dépenses sont des remboursements en faveur de l'un ou l'autre des

établissements de dépenses de personnel, de fournitures médicales et pharmaceutiques, de frais généraux et d'amortissements comme l'indique le tableau ci-après.

Syndicat Interhospitalier Nord icaunais

REMBOURSEMENTS AUX ETABLISSEMENTS

Exercice 2002 (montant annuel)

	CH SENS	CH JOIGNY
Dépenses de personnel (G1)	77 000 euros	125 000 euros
Dépenses de fournitures médicales et médicaments, maintenance de matériel médical (G2)		115 000 euros
Frais de fonctionnement incluant eau, électricité, téléphone, maintenance de matériel (G3)		15 000 euros
Amortissements (G4)		110 000 euros
TOTAL	77 000 euros	432 000 euros

2.3.2.2.2. Le régime de responsabilités

Les malades admis en chirurgie ambulatoire sont placés sous la responsabilité du Centre Hospitalier de Joigny qui se couvrira contre les risques encourus en concertation avec le Secrétaire Général du SIH Nord Icaunais, détenteur de l'autorisation d'activité de chirurgie ambulatoire.

En janvier 2001, le SIH Nord Icaunais par l'intermédiaire de son secrétaire général a souscrit un contrat en responsabilité hospitalière pour l'activité de chirurgie ambulatoire dont l'activité prévisionnelle était fixée à 825 entrées par an.

2.3.2.2.3. Les instances

La présidence du Conseil d'Administration du SIH Nord Icaunais est assurée dans les conditions prévues à l'article L 713-6 du CSP. Le Conseil d'Administration se réunit alternativement aux Centres Hospitaliers de Sens et de Joigny. La présidence est assurée depuis la création du SIH par le Maire de Joigny.

Il en est de même de l'organisation de la Commission Médicale d'Etablissement (CME).

2.3.2.2.4. Le personnel affecté aux activités du SIH

La mise en œuvre du SIH Nord Icaunais n'a pas donné lieu à la création de postes de personnels médicaux ou paramédicaux au sein du SIH Nord Icaunais comme dans les deux établissements de santé concernés.

Seuls des transferts de personnel au profit du Centre Hospitalier de Sens ont été effectués dans le cadre de la fermeture du bloc opératoire et du service maternité de l'hôpital de Joigny. Les moyens suivants ont été redistribués :

Spécialités	Equivalent Temps Plein	Date du transfert	Budget
Anesthésie	1.5	01.01.2001	976 500 F
Chirurgie	0.5	01.01.2001	342 000 F
Maternité	0.5	01.01.2001	342 000 F

De plus, un poste de médecin urgentiste a été transféré administrativement du Centre Hospitalier de Joigny vers le Centre Hospitalier de Sens dans le cadre de l'organisation de la Fédération des Urgences. Le poste est inclus au tableau des effectifs médicaux de l'établissement, donc financé par la dotation globale, mais le médecin exerce son activité à temps plein sur le site jovinien. Depuis peu, le poste a été transformé en poste de Chefferie de service. Ceci pose des problèmes administratifs d'une part notamment au regard de la représentativité à la CME et du tableau des effectifs médicaux où figurent deux postes de chef de service pour un seul service, et des problèmes organisationnels d'autre part.

La mise en commun du département d'information médicale n'a pas donnée lieu à l'allocation de moyens supplémentaires tant financier qu'humain. Le médecin DIM du Centre Hospitalier est mis gracieusement à la disposition du Centre Hospitalier de Joigny.

La fermeture du bloc opératoire a été négociée en contrepartie de la création d'une unité de chirurgie ambulatoire sur le site jovinien. Ainsi, la tutelle a maintenu les moyens en personnel paramédical, soit : 2 postes d'Infirmière Anesthésiste Diplômée d'Etat (IADE), 1 poste d'Infirmier de Bloc Opératoire Diplômé d'Etat (IBODE) dont la participation à l'activité de chirurgie ambulatoire est remboursée par le SIH Nord Icaunais sous la forme d'une recette au groupe III.

Récemment, une des deux IADE a demandé sa mutation au Centre Hospitalier de Sens. Elle ne devrait pas intervenir avant la fin de l'année 2003 faute de candidats pour la remplacer. Ce métier souffre de pénurie et l'activité proposée sur le site jovinien n'est pas attractive.

Ainsi, le SIH Nord Icaunais ne gère pas de personnel. Son budget ne fait donc apparaître aucune dépense au groupe 1. La participation des personnels médicaux et paramédicaux de chacun des établissements fait l'objet de remboursement des traitements prorata temporis et ne concerne que l'activité de chirurgie ambulatoire.

En effet, le Centre Hospitalier de Sens se fait rembourser, à la demi-journée, la participation des opérateurs (chirurgiens et anesthésistes) sur la base d'un coût moyen Médecins/demi-journée³². Ce remboursement représente environ 77 000 euros par an de recettes sur le groupe 3.

En ce qui concerne le Centre Hospitalier de Joigny, le remboursement concerne la participation des personnels para-médicaux à cette même activité. L'unité d'œuvre est identique par contre le coût/demi-journée est calculé pour chacun des agents concernés. Ceci représente la somme de 125 000 euros par an.

Les seules dépenses directes sont les assurances et la contribution au CRIH de DIJON.

³² Ce coût moyen est le rapport des frais de personnels des médecins (traitement et frais de déplacement) sur l'effectif. Il est réévalué annuellement.

2.3.2.3. Etat des lieux des activités confiées

Les activités structurées dans le cadre du SIH Nord Icaunais sont au nombre de quatre :

- l'organisation d'une activité de chirurgie et d'anesthésie ambulatoire sur le site de Joigny par la mise en place d'une équipe commune de personnel médical et de personnel non médical spécialisé mais à la disposition du SIH par les établissements membres.
- La mise en place d'une coordination médicale des deux services d'urgences par le biais de la création et de l'organisation en commun d'une fédération interhospitalière d'urgences-SMUR,
- La mise en place d'un département d'informations médicales (DIM) commun aux deux sites et la mise en cohérence éventuelle de systèmes d'information,
- La mise en place d'une unité d'hygiène hospitalier visant à organiser et coordonner la surveillance continue des infections nosocomiales par la mise à disposition de praticien hygiéniste du Centre Hospitalier de Sens.

2.3.2.3.1. La chirurgie ambulatoire

La chirurgie ambulatoire est une discipline soumise à autorisation et aux contraintes organisationnelles réglementées.³³

Elle est subordonnée à la présence d'anesthésistes. Par conséquent, la présentation liera les deux disciplines.

Le SIH Nord Icaunais a obtenu une autorisation pour une unité de 5 places située sur le site jovinien. Des locaux dédiés ont été aménagés et ont fait l'objet de visites de conformité. Cette unité d'anesthésie et de chirurgie ambulatoire, située à un niveau différent du bloc opératoire, comprend 4 chambres à 1 lit et 2 chambres équipées d'un fauteuil. Les chambres sont spacieuses, bien aménagées, offrant tout le confort aux

³³ Art. L6121.2 du CSP – références réglementaires rappelées en annexe 4

patients. L'unité comprend également un secrétariat, une salle de détente, une salle de soins et un cabinet médical. La signalisation extérieure permet un accès facile.

Le fonctionnement est assuré chaque mardi de 8 h à 18 heures. La coordination médicale est assurée par le médecin chef de service d'anesthésiste-réanimation du Centre Hospitalier de Sens, et 3 anesthésistes assurent la prise en charge anesthésique.

Les interventions en chirurgie orthopédique et chirurgie viscérale sont programmées. Des examens d'endoscopie digestive, en cardiologie et en pneumologie sont assurés. Enfin, des consultations avancées en Oto-rhino-laryngologie, urologie et proctologie sont assurées.

L'organisation de la prise en charge des patients a été reprise lors de la création de cette unité (protocoles de consentement d'admission, dossier du patient) à partir des modèles sénonais. Il y a donc une uniformité des documents et des organisations facilitant la prise en charge des patients par les professionnels de santé.

Sur la base des besoins de la population et du fonctionnement retenu, l'activité prévisionnelle annuelle de la chirurgie ambulatoire/anesthésie a été évaluée à 825 journées. Mais, le fonctionnement initialement prévu sur la base de deux journées par semaine ne s'est pas réalisé. Aujourd'hui, seule une journée par semaine voire plus souvent une matinée est programmée. Il faut même dénombrer 5 jours en 2001, 6 jours en 2002³⁴ de fermeture totale par l'impossibilité de détacher des personnels médicaux, anesthésistes et/ou chirurgiens (congrés annuels, problème d'effectif en anesthésie, grève).

L'activité est, malgré une évolution qui peut paraître importante, en deçà des prévisions tel que l'indique le tableau ci-dessous.

³⁴ la tendance sur le 1^{er} semestre 2003 est identique.

ACTIVITE DE CHIRURGIE AMBULATOIRE SIH Nord Icaunais

	Estimation annuelle	Réalisations	Ecart P/R *	Evolution Ex02/Ex01
EXERCICE 2001	825	291	-64,73	
EXERCICE 2002	825	361	-56,24	24,05

* nombre de journées

Au regard de cette activité et des ressources, la valeur du point ISA ou Indice Synthétique d'activité de l'unité d'anesthésie³⁵ et de chirurgie ambulatoire est de 8,20 euros pour l'exercice 2002.

Pour comparaison, la valeur moyenne régionale du point ISA est proche de 2 euros et celle du Centre Hospitalier de Sens est de 1,85 euros³⁶ pour cette même discipline.

Comme nous l'avons déjà vu le prix de journée en 2002, établi sur l'activité réelle, est de 1619,95 euros donc supérieur au prix de journée prévisionnel (540,17 euros).

2.3.2.3.2. La Fédération des urgences

La Fédération des Urgences Sens-Joigny n'est pas unique dans la région Bourgogne. En effet, il existe une fédération urgences Côte d'Or qui elle n'a pas de statut juridique ni de moyens propres mais repose sur l'adhésion de la volonté de coopérer des établissements concernés³⁷. Cette adhésion est matérialisée par une charte constitutive approuvée par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation. Celle-ci ne se substitue pas aux autorisations urgences préexistantes SAU et UPATOU ni aux accords inter-établissements concernant les urgences : contrat relais, convention....

L'établissement de Sens est SAU donc site pivot comme son homologue auxerrois. Le Centre Hospitalier de Joigny est UPATOU.

³⁵ Montant annuel de charges directes et indirectes de cette activité/nombre de point ISA produit annuellement de cette même activité.

³⁶ Année 2002

³⁷ CHU DIJON – Centre Hospitalier Montbard-Chatillon

La Fédération organise les liens entre les deux établissements. Le SIH Nord Icaunais assure la gestion administrative et surtout financière via les remboursements effectués. Des contrats relais par discipline devraient prochainement être finalisés. Ils ont fait l'objet d'une année de consultation et de discussion.

L'organisation, établie sur la base du protocole d'accord, a eu pour effet de nommer un chef de service des Urgences-SMUR de Joigny, médecin nommé au Centre Hospitalier de Sens. Cette situation est quelque peu particulière et est la source de conflits. Elle traduit néanmoins la volonté absolue de maintenir une activité d'accueil et de traitement des urgences-SMUR sur le site jovinien.

L'activité SMUR est importante. 1200 sorties sont effectuées à partir du Centre Hospitalier de Sens et 800 à partir du Centre Hospitalier de Joigny. Cette activité se structure entre les deux acteurs mais surtout à partir du Centre 15 ou du SAMU.

Cette Fédération aurait dû permettre un renforcement de la place et du rôle des sites pivots que sont Sens et Auxerre. Or, la pratique est différente.

2.3.2.3.3. Les autres activités

En sus de ces deux activités médicales, le partage des compétences dans le cadre d'une équipe mobile d'hygiène hospitalière et DIM est inclus dans le SIH

En matière d'hygiène hospitalière, chaque pôle sanitaire est organisée de cette façon.

3. ANALYSE ET PERSPECTIVES D'AVENIR DU SIH NORD ICAUNAIS SENS-JOIGNY

Mis en œuvre dans un contexte défavorable et sous une forme juridique spécifique, le syndicat interhospitalier Nord Icaunais présente un bilan contrasté. Les perspectives d'avenir de la chirurgie ambulatoire sont réduites et l'activité de la fédération des urgences appelle à des aménagements.

L'analyse conduite présente certaines limites. Les éléments de diagnostic et les diverses informations internes et externes rassemblés, la prospective faite et les alternatives étudiées ont fait apparaître deux difficultés importantes, d'une part la masse d'informations à structurer, manipuler et interpréter et d'autre part le choix des critères permettant de cheminer vers des choix cohérents. Pour se faire, je me suis inspirée d'un outil intitulé «matrices de portefeuille d'activité ». Cet outil de diagnostic a parfois été

utilisé en hôpital du fait de son caractère synthétique et permettant un travail participatif des acteurs. Des adaptations ou versions existent. Faute d'une maîtrise parfaite de cet outil, je me suis surtout inspirée de sa philosophie afin d'appréhender de façon la plus objective possible la problématique posée.

La méthode des matrices dites de « portefeuille d'activités » est une des approches permettant d'aborder la phase importante d'élaboration des choix stratégiques pour un segment d'activités. D'une manière générale, par cette méthode, on cherche à positionner des produits, lignes de produits, prestations les uns par rapport aux autres et par rapport à leur environnement de façon synthétique. Leur but est bien évidemment de fournir des éléments d'aide à la décision.

Les matrices de portefeuille d'activités ont fait leur apparition, dans leurs applications à l'entreprise, au début des années 70 pour les premières d'entre elles. Leur caractère visuel et synthétique, la simplicité de certaines d'entre elles, ont contribué à en faire des instruments de choix dans le cadre d'une activité de conseil. Le principe général de toutes les matrices de portefeuille est simple : définir d'une part la position concurrentielle de l'activité concernée par le degré de maîtrise des facteurs clés de succès de celle-ci et d'autre part la valeur de l'activité pour l'établissement par un ensemble de critères qualitatifs comme quantitatifs.

Ainsi j'ai tenté d'analyser la position concurrentielle et la valeur de chacune des activités médicales développées par le SIH Nord Icaunais soit la chirurgie ambulatoire et, l'accueil et le traitement des urgences via la fédération pour chacun des deux établissements. Cette position concurrentielle et la valeur des activités s'apprécient à l'instant présent.

Or, le syndicat interhospitalier ayant été mis en place courant 2000, le contexte, le vécu des acteurs, la présentation de la coopération et sa mise en œuvre constituent l'historique du SIH dont les impacts positifs et négatifs sont ressentis encore aujourd'hui. Par conséquent, préalablement à cette analyse de la position concurrentielle et la valeur des activités en question, une référence historique sera présentée.

Enfin, j'ai étendu également cette analyse à la pertinence de la forme juridique retenue soit le syndicat interhospitalier au regard d'autres formes de coopération notamment la convention.

Il faut noter que sont exclues de cette méthodologie les activités liées à l'hygiène hospitalière et au département d'informations médicales. La mise à disposition du médecin hygiéniste par le Centre Hospitalier de Sens est antérieure à la création du syndicat interhospitalier. Cette activité a été ajoutée au moment de la création de celui-ci pour, semble-t-il, lui donner davantage de substance.

3.1. DES CAUSES MULTIPLES POUR UN BILAN CONTRASTE

Le SIH Nord Icaunais a été souhaité par l'ARH Bourgogne tant dans son contenu que dans sa forme juridique. Les centres hospitaliers de Sens et Joigny n'avaient pas ou peu de liens.

Ce partenariat imposé a été mis en œuvre dans un contexte défavorable à plusieurs titres : l'absence de liens de coopération, une restructuration jovinienne douloureuse et inachevée, et des trajectoires de patients bien ancrées. Également, on peut se demander si la forme juridique retenue était adaptée.

3.1.1. L'absence de liens entre les deux établissements

Les établissements de santé de SENS et de JOIGNY n'avaient aucune pratique de travail en commun, arguant de spécificités propres. Il n'existait en effet pas de protocoles d'accord de prise en charge des patients et ceci quelle que soit la discipline. Les communautés médicales des deux établissements s'ignoraient.

Le Centre Hospitalier de Joigny vivait en autarcie et n'avait pas développé, à l'époque, de relations de collaboration ou de partage de moyens avec d'autres établissements du département. Les termes de coopération, mise en commun de moyens, collaboration, fusion étaient exclus de la culture jovinienne. Ceci peut s'expliquer en outre par le « protectionnisme » ressenti par les professionnels de santé du Président du conseil d'administration, maire de la ville de Joigny depuis 1977, ancien vice-président du Conseil Général et député depuis bientôt 20 ans mais aussi par la conviction que le moindre début d'une collaboration pouvait être l'annonce d'une perte plus grande.

A contrario le Centre Hospitalier de Sens avait et, ceci depuis de plusieurs années, développé cette culture de collaboration, de coopération et de mise en commun de moyens notamment avec des établissements de santé parisiens (pour précision 95 % des membres de la communauté médicale ont été formés en Ile de France et ceci influence considérablement les réseaux de relation et d'adressage) mais aussi avec des établissements du département de l'Yonne.

Si une tentative d'intégration des médecins hospitaliers joviniens avait été tentée, par la mise à disposition de plages horaires, lors de la mise en place du scanner dans les locaux du Centre Hospitalier de Sens, elle a avorté faute d'une activité.

La première coopération, aujourd'hui intégrée dans les activités du SIH Nord Icaunais mais à l'origine totalement indépendante, concerne l'hygiène hospitalière. En effet, en 1999, la création d'un poste de médecin hygiéniste au Centre Hospitalier de Sens a été conditionnée par la mise en commun de cette compétence avec le Centre Hospitalier de Joigny. On peut supposer que l'ARH avait peut-être vu là, au-delà de toutes préoccupations financières, le moyen de tisser des liens. Mais, cette mise en commun n'a pas donné lieu à un remboursement par le Centre Hospitalier de Joigny. Dans les esprits des uns et des autres, le sentiment d'une forme « assistanat » émerge.

3.1.2. Une restructuration jovinienne conflictuelle

Après la fermeture du service de maternité, mal vécue par les professionnels de santé qui avaient alors même créé une association de soutien en faveur du Centre Hospitalier de Joigny, l'ARH Bourgogne impose la fermeture du service de chirurgie (et par conséquent celle du bloc opératoire) et crée en contrepartie une unité de chirurgie ambulatoire dans le cadre d'un syndicat interhospitalier avec le Centre Hospitalier de Sens. Cette décision intervient alors que le bloc opératoire de l'établissement vient de faire l'objet d'un programme de travaux et d'investissement conséquent.

La création du SIH Nord Icaunais s'est alors déroulée dans un climat conflictuel préexistant.

Le Centre Hospitalier de Joigny se voit dépouillé au profit son voisin de ses chirurgiens (spécialités vasculaire et orthopédie-traumatologie) qui faisaient la renommée de l'établissement, ainsi que de certains moyens associés (dont un prélèvement de 7 millions de francs sur leur dotation globale).

L'ensemble des professionnels ressent ces départs comme un "kidnapping". Les relations entre les deux établissements deviennent alors rapidement conflictuelles alors qu'auparavant chacun les qualifiait volontiers de satisfaisante.

Les tentatives de sauvegarde du service de maternité et de chirurgie (manifestations, grèves, tracts, association de soutien, etc....) ayant avorté, c'est du point de vue du droit que l'établissement jovinien tente de résister. En effet, un praticien hospitalier ne peut muter qu'au terme des trois années de son contrat. Or, un des chirurgiens n'était pas arrivé au terme de son contrat. De ce fait, le Tribunal Administratif a annulé le transfert du chirurgien en question et en conséquence annulé la décision administrative de l'ARH Bourgogne.

Le Centre Hospitalier de Joigny a ainsi conservé un poste de chirurgien qui exerce encore à ce jour dans le cadre de l'activité de chirurgie ambulatoire soit une journée par semaine.

La restructuration d'une activité est un projet complexe. La fermeture des services de chirurgie et de maternité était une des étapes de ce projet. L'annonce et la mise en place du SIH Nord Icaunais avec les conséquences que l'on a vu pour l'établissement jovinien étaient la suivante. La situation était délicate et conflictuelle mais pour autant il apparaissait souhaitable de poursuivre le projet.

3.1.3. Les trajectoires des patients n'ont pas été modifiées

En 1996, une étude menée conjointement par la Caisse Régionale d'Assurance Maladie et l'ARH Bourgogne et intitulée «Flux des patients bourguignons hospitalisés dans les services de court séjour des établissements de soins publics et privés » indique que la Bourgogne est une région qui « exporte » plus de patients qu'elle n'en "importe" ; elle se caractérise par des fuites plus importantes que son pouvoir d'attraction. Ce phénomène concerne l'ensemble des disciplines, et plus particulièrement celle de la

chirurgie. Ces fuites³⁸ sont encore plus importantes dans le secteur public (18,5 % contre 13,4% pour le secteur privé)³⁹.

Dans toutes les disciplines de court séjour, les fuites de patients s'effectuent essentiellement en direction de trois régions limitrophes, à savoir l'Île de France, la région Rhône-Alpes et la Franche-Comté.

A l'inverse, la Médecine et la Gynécologie-obstétrique se caractérisent par des taux d'autarcie⁴⁰ relativement élevés (supérieur à 89%).

Des disparités intra-régionales existent également en matière de taux d'attraction et de taux de fuite. Le département de l'Yonne et plus spécifiquement les Centres hospitaliers de Sens et de Joigny se distinguent par :

- En Médecine, le recrutement est essentiellement local ; des fuites de l'ordre de 24 % essentiellement en faveur de l'Île de France ;
- En chirurgie, Centre Hospitalier d'Auxerre exerce une zone d'attraction assez large ; il faut noter des fuites importantes vers les établissements d'Île de France pour le canton de Pont-sur-Yonne (bassin de vie du Centre Hospitalier de Sens) ;
- En gynécologie-obstétrique, le Centre Hospitalier de Sens exerce une attraction importante avec très peu de fuite vers des structures hors département ou hors région ; des fuites importantes du secteur jovinien en faveur d'Auxerre ;
- Pour l'ensemble de ces disciplines, le CHU de Dijon a une attraction très faible sur les patients du département de l'Yonne (5% en chirurgie, 6% en médecine).

Ainsi, cette étude permet de montrer que :

- 13,6% et 12,8% des habitants de Sens se dirigent respectivement vers l'Île de France pour la médecine et pour la chirurgie,
- 15,8 % des habitants de Joigny préfèrent le Centre Hospitalier de Sens pour la médecine,
- 22,4% des habitants de Joigny préfèrent la Clinique Paul Picquet pour la chirurgie,

³⁸ Définition : nombre de journées consommées par les patients originaires du département et hospitalisés dans un autre département, rapporté au nombre total de journées consommées par les patients originaires de ce département.

³⁹ Etude CRAM-ARH « Flux des patients bourguignons hospitalisés dans les services de court séjour des établissements de soins publics et privés »-1996

⁴⁰ Définition : part de la production d'un département ou d'une région, consommée par les ressortissants de ce département ou de cette région.

- 14,1 % des habitants de Joigny préfèrent le Centre Hospitalier d'Auxerre pour la gynécologie-obstétrique.

Il s'avère que les fuites extra-départementales en médecine sont imputables à la faiblesse du taux d'équipement de l'Yonne (0.0019 lits/habitants). Egalement, en l'absence de destinations précises vers les établissements d'Ile de France, il est difficile de faire un rapprochement avec la qualité des établissements de ces régions. Il faut noter que le facteur proximité (exprimé en kilomètres ou en temps) est certainement un élément important dans une région où le CHU est très excentré.

Ainsi deux établissements, donc deux cultures différentes, deux communautés médicales, doivent s'entendre autour d'une coopération que ni les uns ni les autres n'ont demandé et souhaité. Les difficultés rencontrées, les résistances au changement ne sont pas propres à cet exemple de restructuration mais se retrouvent dans la majorité d'entre elles. Cette méconnaissance des acteurs, des cultures de chacun est un frein considérable à toute démarche de coopération. Ici, ce phénomène a été accentué par l'absence de liens préalables, la situation de crise, et la non justification au regard de la trajectoire des patients. En effet, il n'y a pas deux établissements identiques. Chaque hôpital a sa culture, son histoire, son territoire. Il a aussi une organisation et ses professionnels le façonnent chacun à leur manière.

Pourtant des similitudes existent : ce sont les valeurs que les professionnels partagent d'un établissement à l'autre. Dans le cas présent, elles n'ont pu fédérer les acteurs centrés exclusivement sur la valorisation des différences de chacun car les réorganisations ont eu lieu au cœur de la crise et alors même que la restructuration jovinienne était inachevée. La pression budgétaire et le changement de management ont été vécus concomitamment et ont rendu encore plus difficile la collaboration. Cela a été un véritable choc culturel.

La coopération et donc les restructurations associées ont été, comme une fusion, ressenties comme une nouvelle naissance, un nouvel ordre alors même que les bases de l'ancien sont encore là. Les diverses fusions, coopérations, etc.... malheureuses ou heureuses menées sur le territoire métropolitain ou sur le territoire nord américain ⁴¹ permettent de dégager des convergences dans les situations et d'en conclure qu'elles nécessitent une phase de transition et d'apprentissage et que dans ce domaine, comme dans d'autres, « donner du temps au temps » est indispensable.

⁴¹ MORDELET P. « Les restructurations hospitalières française à la lumière de l'expérience nord-américaine » - Gestions Hospitalières, novembre 2002, n°420

Dans ce cas précis, s'il y avait eu des coopérations préalables alors, sans éviter la crise, il est possible que la situation ait été différente. Certes les patients n'auraient pas d'eux même modifié leur trajectoire mais les professionnels, notamment sénonais, auraient pu les influencer en réadressant les patients de Joigny sur le site jovinien.

3.1.4. Une forme juridique inadaptée

Après 1996, la politique nationale de santé avait pour objectif clairement affiché la coopération interhospitalière. A l'époque, un seul outil juridique existait, le syndicat interhospitalier, lorsqu'il s'agissait d'initier des rapprochements entre établissements.

En 2000, environ les 3/4 des hôpitaux étaient concernés par un ou plusieurs projets de restructurations internes et/ou externes. Les recompositions externes se sont faites plus par regroupement que par fusion, donc avec un maintien de la structure juridique, sans doute parce qu'elles concernent majoritairement des établissements publics entre eux. La modalité juridique la plus fréquemment retenue est celle du syndicat interhospitalier surtout dans les petits et moyens établissements.

L'ARH Bourgogne, depuis 1997, et dans le cadre de sa politique de planification régionale, a ainsi été à l'origine de la création de 13 SIH. Aujourd'hui, elle s'accorde à dire que cet outil manque de souplesse et limite la réactivité. En effet, le SIH est une structure assez lourde qui impose de multiplier les instances (Conseil d'Administration, Commission Médicale d'Etablissement) et qui n'entraîne pas de fait l'adhésion des acteurs. De plus, il est fort difficile d'en apprécier les avantages notamment en terme d'amélioration de la qualité de la prise en charge et des économies potentielles.

Ainsi, une évaluation dont les résultats ne sont pas encore connus est en cours par les services de la Caisse Régionale de l'Assurance Maladie et de la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales. Aujourd'hui, dans un souci de simplification administrative du législateur⁴², le groupement de coopération sanitaire (GCS) devrait être la forme juridique des prochaines coopérations.

⁴² Loi 2003-591 du 2 juillet 2003 portant simplification administrative - article 21- paragraphe 5.

3.2. ANALYSE DE LA COMPÉTITIVITÉ ET DE LA VALEUR DES DISCIPLINES DEVELOPPEES DANS LE CADRE DU SIH NORD ICAUNAIS

Préalablement à l'exposé de cette analyse, il faut signaler un contexte de démographie médicale défavorable dans les disciplines notamment de l'anesthésie et des urgentistes sur l'ensemble du territoire métropolitain, et des chirurgiens sur la région bourguignonne notamment.

3.2.1. Un contexte défavorable de démographie médicale

Les principales professions de santé exercées à titre libéral telles que le médecin généraliste, l'infirmier et le pharmacien, sont répandues sur l'ensemble du territoire bourguignon (implantation sur 240 communes) même si le niveau de couverture est plus faible que celle de l'ensemble de la France métropolitaine. Ainsi en 1998, les médecins généralistes et les infirmiers sont présents dans près de 20 % des communes de la région (contre 30 % pour l'ensemble des communes françaises) et les pharmaciens dans 14 % (contre 23 %). Cette situation globalement satisfaisante cache cependant des disparités fortes. Le pays du nord icaunais semble être épargné.

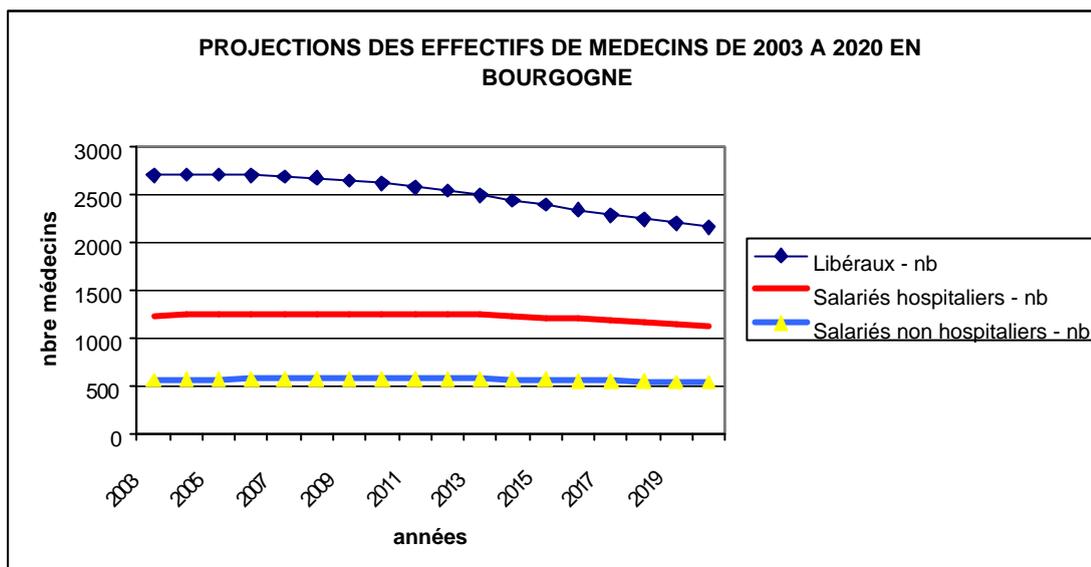
Cependant, et à l'opposé des activités médicales ou paramédicales libérales, les établissements de santé (publics et privés) sont des équipements rares (seules 3,5 % des communes bourguignonnes en possèdent un en 1998) et concentrés en zone urbaine. 81 % des lits de court séjour (médecine, chirurgie et obstétrique) sont concentrés dans les pôles urbains et, dans une moindre mesure, dans les pôles péri-urbains (15%). Ils sont par contre quasiment absents dans les communes périurbaines à l'espace à dominante rurale⁴³ hors pôles. De plus, depuis 1988 et sous l'influence des restructurations et fermetures de lits de court séjour au profit d'équipements de long séjour, le nombre de lits de court séjour a diminué de 14,7 % entre 1988 et 1998. Cette diminution touche plus fortement les pôles ruraux (- 27 %).

Face à cette situation défavorable, l'attractivité de la région Bourgogne est faible et ceci malgré la proximité de la région parisienne pour le pays du nord icaunais plus

⁴³ L'espace à dominante rurale rassemble les communes sous faible influence urbaine, les pôles ruraux, les communes périphériques et le rural isolé.

spécifiquement. C'est ainsi que 20 % des postes autorisés en chirurgie polyvalente, 32 % en chirurgie orthopédique et 14 % en anesthésie-réanimation sont vacants.

Les projections⁴⁴ à 2020 sur la région Bourgogne indiquent une diminution importante des effectifs des médecins qui, conjuguée à la mise en place de l'aménagement et la réduction du temps de travail médical, ne sera pas sans poser des problèmes importants de prise en charge.



Cette situation n'est pas spécifique à la région Bourgogne. Les projections renouvelées par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques – DREES - (hypothèses modifiées sur les âges de départ en retraite et actualisation du numerus clausus) indiquent que le nombre de médecins devrait diminuer régulièrement dès 2004 (193 000 en 2010 et 161 000 en 2020).

Aujourd'hui, et plus encore avec la mise en œuvre de l'aménagement et la réduction du temps de travail médical, la pérennité des activités prévue dans le cadre du SIH nord icaunais est mise en péril.

Au Centre Hospitalier Sens, le nombre de postes de médecins anesthésiste pourvus est déjà insuffisant pour assurer l'activité propre de l'établissement et donc ne permettra pas d'assurer dans l'avenir l'activité de chirurgie ambulatoire au Centre Hospitalier Joigny, assurée aujourd'hui à raison d'une journée par semaine alors que le protocole d'accord

⁴⁴ Projections des nombres de médecins selon le mode d'exercice libéral ou salarié (ceux qui exercent exclusivement en tant que salariés) – ORS Bourgogne

en prévoyait deux. Actuellement, et sans tenir compte de l'Aménagement et la Réduction du Temps de Travail médicale, des fermetures sont réalisées faute de médecins anesthésistes lorsque les remplacements par des médecins d'agence de travail temporaire ne sont pas possibles.

Il en est de même de l'activité des Urgences au Centre Hospitalier Joigny.

Ce bilan n'est pas seulement défavorable à l'organisation hospitalière. La médecine de ville est également concernée. La région Bourgogne étant très étendue, la question de l'accessibilité aux soins se posera.

3.2.2. L'avenir de l'activité de chirurgie ambulatoire

La mise en place d'une unité de 5 places de chirurgie ambulatoire sur le site jovinien, si elle répond à un besoin puisque la région Bourgogne est sous-dotée en la matière, a été proposée par la tutelle en contrepartie de la fermeture du service de chirurgie.

Initialement prévue deux jours par semaine, elle n'est assurée qu'une seule journée et rencontre des difficultés d'organisation et de recrutement.

Les raisons sont multiples : activité peu élevée, absence de motivation des opérateurs sénonais à se rendre sur le site de Joigny et à faire vivre cette activité, querelles des acteurs qui nuisent profondément à toutes tentatives d'amélioration, tri encore plus sélectif des indications permettant une prise en charge en ambulatoire du fait de l'absence en aval de service de chirurgie, etc.....

L'avenir de cette activité est incertain et la question de son maintien se pose.

En effet, comme il a été démontré que :

- l'activité est inférieure de moitié aux prévisions : en 2002, 361 journées ont été réalisées au lieu des 825 initialement prévues ; l'activité au cours du premier semestre 2003 est en légère hausse avec 220 journées réalisées ;
- le prix de journée réel est trois fois plus élevé que les estimations : 1 619,95 euros pour l'année 2002 alors que le prix de journée prévisionnel était fixé à 540,17 euros ;

- la valeur du point ISA de cette activité est de 8,20 euros. Pour comparaison, celle du Centre Hospitalier de Sens est de 1,75 euros et la moyenne régionale proche de 2 euros⁴⁵ ;
- pour des raisons de sécurité, les chirurgiens déplacent certaines interventions chirurgicales en ambulatoire sur le site de Sens. De ce fait, l'activité de Joigny est diminuée d'autant ;
- l'activité de consultations de spécialités et de chirurgie ambulatoire est réalisée essentiellement par les opérateurs sénonais ;
- l'attractivité des établissements de santé de Sens et Auxerre est importante sur la population jovinienne dans les disciplines chirurgicales tout du moins ;
- la pénurie de personnel médical dans les disciplines médicales d'anesthésie et de chirurgie générale ou de spécialités rend difficile les recrutements. Des postes ne sont pas pourvus au Centre Hospitalier de Sens ce qui entraîne une surcharge de travail du personnel médical et limite leur disponibilité sur le site de Joigny.

Ce constat ne plaide pas en faveur de l'ouverture d'une deuxième journée de chirurgie ambulatoire (prévue dans le protocole initial) demandée par la direction et le président du Conseil d'Administration du Centre Hospitalier de Joigny. Cette ouverture nécessite des moyens supplémentaires en personnel paramédical dont les deux établissements concernés ne disposent pas. Elle suppose donc des créations.

La mise en place de cette deuxième journée suppose également :

- une disponibilité des médecins anesthésistes et des chirurgiens de Sens qui, comme nous l'avons vu, est déjà réduite,
- des demandes de créations de postes médicaux dont les chances d'être pourvus sont aléatoires,
- de réfléchir à de nouvelles orientations chirurgicales notamment ORL et OPH afin de répondre à un besoin non satisfait sur le secteur de Joigny ; l'éventualité d'une ouverture du plateau technique à des médecins spécialistes libéraux (le secteur public ne disposant pas de ces compétences sur le territoire en question) a été évoquée. Mais elle se révèle inexploitable car le système de rémunération n'est pas attractif. Exerçant dans le cadre de vacation, les professionnels libéraux souhaiteraient une

⁴⁵ Ce chiffre est approximatif car l'exploitation des données de la DDASS n'est pas stabilisée à ce jour.

rémunération à l'acte comme cela était possible dans le cadre des « cliniques ouvertes ».

Le développement de l'activité de chirurgie ambulatoire sur le site de Joigny dans le cadre du SIH Nord Icaunais est conditionné par des éléments dont les évolutions ne semblent pas favorables à celui-ci. Il semble donc raisonnable dans un premier temps de ne pas mettre en place cette deuxième journée et, dans un second temps, d'envisager l'arrêt de l'activité de chirurgie ambulatoire sur le site de Joigny dans la mesure où les patients sont déjà pris en charge ailleurs (Centres Hospitaliers de Sens et Auxerre, Cliniques de Sens et Auxerre) et ont fait le choix de cette prise en charge.

Les impacts de cette suppression d'activité sont multiples : sur les budgets, sur l'image, sur l'activité, sur le climat social des deux établissements concernés.

Les conséquences à court terme sont présentées ci-après pour chacun des deux établissements concernés :

- *Conséquences financières*

- CH SENS : Sans incidence**

Le montant du budget serait identique. La ventilation sera différente : diminution des recettes du groupe 3 à hauteur des remboursements réalisés aujourd'hui soit environ 77 000 euros compensée par une augmentation de la dotation globale.

- CH JOIGNY : Incidences sensibles**

Le montant des moyens serait probablement diminué en conséquence. En effet, la diminution voire la suppression des recettes du groupe 3 ne serait pas, sans aucun doute, compensée par une hausse de la dotation globale. En effet, celle-ci serait même certainement diminuée (groupe 1) du fait de la suppression des postes des personnels paramédicaux (IBODE et IADE) et du chirurgien. Par contre, le Centre Hospitalier pourrait négocier le maintien des postes d'IDE et aide-soignant par redéploiement sur les activités de gériatrie qui sont très souvent en souffrance d'effectif. Les frais d'amortissements, de maintenance du bloc opératoire seraient des points à négocier avec la tutelle.

- *Conséquences sur l'image des établissements*

- CH SENS : Sans incidence**

- CH JOIGNY : incidences contrastées**

La population joviniennne s'est très naturellement tournée vers d'autres offreurs de soins qu'ils soient publics ou privés, sénonais ou auxerrois, depuis la fermeture de la chirurgie et de la maternité. Par conséquent, la suppression de cette activité ambulatoire n'aurait qu'un impact marginal.

A contrario, et sous les lumières des projecteurs médiatiques, l'on peut craindre quelques mouvements de contestations menés notamment par les élus locaux qui auront à cœur de défendre « leur » hôpital. Cependant, ce phénomène peut être atténué par un dialogue anticipé.

- *Conséquences sur l'activité*

- CH SENS : incidences marginales

Un rapatriement de l'activité réalisée à Joigny sur le site de Sens dans la mesure où les opérateurs exerçant sont sénonais et, une éventuelle légère hausse par redistribution naturelle de l'activité réalisée par les opérateurs joviniens qui peut s'orienter en faveur du Centre Hospitalier de Sens et/ou de la Clinique Paul Picquet.

- CH JOIGNY : incidences problématiques

Les activités médico-techniques de laboratoire et de radiologie seront inévitablement touchées par cette suppression mais dans une mesure toute relative au regard du faible niveau de l'activité. Par contre, cette absence pose le problème de la réalisation des examens de coloscopie, de gastroscopie, de fibroscopie nécessaires dans la prise en charge des patients en médecine. Il est possible matériellement d'externaliser ces examens par transport des patients vers d'autres structures mais ceci suppose une prise en charge des transports. Aussi, dans la mesure où le poste de médecin anesthésiste nouvellement attribué au Centre Hospitalier de Joigny serait pourvu, ces examens pourraient être assurés in situ dans le bloc opératoire actuel.

- *le climat social*

CH SENS : incidences favorables

La communauté médicale serait favorable à cette suppression de l'activité de la chirurgie ambulatoire pour des motifs de confort personnel certes mais également de concentration de leurs efforts sur un seul site et d'une prise en charge des patients de meilleure qualité. Toutefois, cet impact positif serait relatif car les relations avec le Centre Hospitalier de Joigny ne se limitent pas à l'activité de chirurgie ambulatoire mais également à celle de l'accueil et du traitement des urgences dans le cadre de la

Fédération. Pour autant, aujourd'hui face à une situation dégradée, toutes améliorations des relations aussi réduites soient-elles seraient les bienvenues et pourraient par ailleurs favoriser l'activité de la Fédération des Urgences.

CH JOIGNY : incidences sensibles

Alors que la grande majorité du personnel verrait dans ce scénario un signe supplémentaire d'agression et de dépouillement, la direction de l'établissement serait soulagée et la communauté médicale serait partagée.

Certes la vision de ce scénario est ici à court terme voire moyen terme. Une vision à plus long terme peut faire craindre au Centre Hospitalier de Joigny une activité proche de celle d'un hôpital local. Mais l'analyse des besoins de la population en matière de prise en charge des personnes âgées, de promotion de la santé et notamment en addictologie, indique un avenir plus valorisant pour l'établissement jovinien si celui-ci se restructure.

Ainsi, au vu de cette analyse, l'arrêt de la chirurgie ambulatoire sur le site jovinien est possible et même souhaitable pour la sécurité des patients tout d'abord, pour les raisons financières exposées ensuite et enfin pour les conditions futures d'un développement positif des relations entre les deux établissements.

A l'évidence, l'arrêt de l'activité ambulatoire signifie la suppression du Syndicat Interhospitalier Nord Icaunais. Comme cela a été présenté, celui-ci n'a d'existence que du seul fait de l'activité de chirurgie ambulatoire compte tenu des transferts financiers opérés. Les autres activités relevant du SIH Nord Icaunais étant indépendantes de l'activité de chirurgie ambulatoire, elles ne seraient pas modifiées.

3.2.3 Les scénarii possibles en faveur du maintien de l'accueil et du traitement des urgences pour la population jovinienne

L'activité d'accueil et de traitement des Urgences est organisée entre les deux établissements sénonais et jovinien via une Fédération. Le Centre Hospitalier de Joigny assure une activité d'UPATOU subordonnée à une convention relais avec l'établissement de Sens de statut SAU.

L'accueil des urgences sur le site de Joigny ne saurait être remis en cause, le bassin de population pris en charge le justifiant. Cependant, une réflexion peut être menée sur la

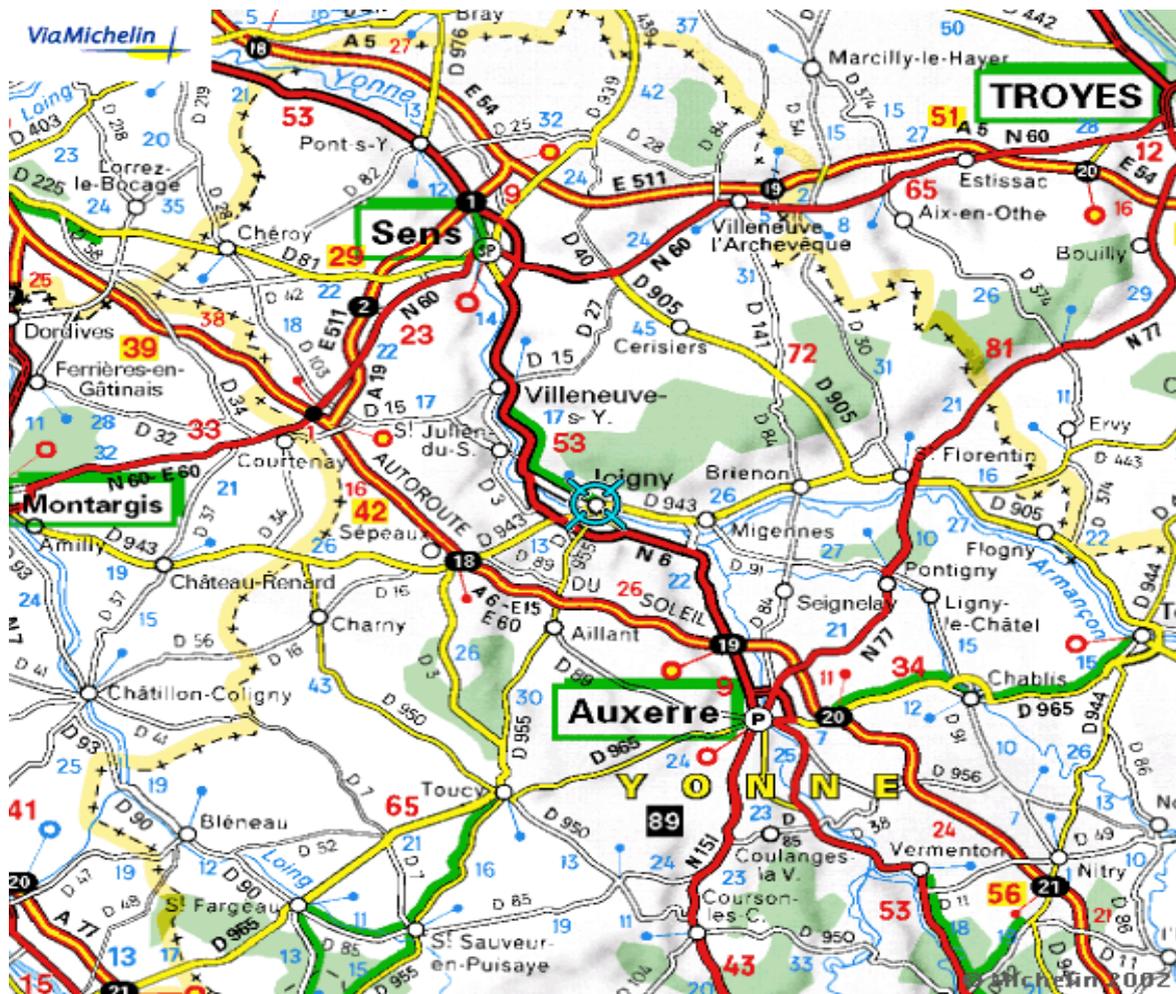
fermeture de nuit de certains services d'Urgences dont Joigny. Egalement, l'activité de SMUR tant en SMUR 1 qu'en SMUR 2 est plus discutable.

Plusieurs scénarii sont alors possibles pris isolément ou combinés:

- le maintien de l'organisation actuelle sur la base de la Fédération des urgences
- le maintien de l'accueil des urgences de jour et la fermeture de nuit du service de Joigny
- le maintien de l'activité de SMUR 1 et la suppression des transferts secondaires à partir de Joigny
- la suppression totale de l'activité de SMUR à partir de Joigny.

Ces propositions prendront en considération le territoire concerné notamment en matière de géographie, de voies d'accès et de délais d'intervention. L'activité d'urgence est sans aucun doute celle qui nécessite un maillage scrupuleux du territoire et dont le lien avec l'aménagement du territoire est le moins discutable.

Le territoire concernant le SIH porte sur le Nord Icaunais donc la zone nord au dessus de Joigny et, toute modification des lieux d'accueil et de traitement des urgences et des SMUR a des conséquences sur les organisations des autres établissements SAU et UPATOU. Ainsi, la réflexion et l'analyse doivent être élargies à un territoire plus vaste.



Scénario 1 : Maintien de l'organisation actuelle dans le cadre de la Fédération des Urgences

Il suppose la poursuite et le renforcement du dialogue aboutissant à la définition de la convention relais. Certes si les deux chefs de service des Urgences s'entendent en ce sens et tentent de valoriser cette collaboration, les deux communautés médicales s'épient et pointent les défauts de prise en charge des uns et des autres. Au final, le patient est au cœur d'un conflit non ouvert mais très présent néanmoins.

Il est aujourd'hui tout à fait envisageable de poursuivre cette collaboration sous condition d'un soutien multiforme dont les deux axes prioritaires seraient la reconnaissance réciproque des difficultés rencontrées par la communauté médicale et leur discussion, et la démonstration d'une cohésion directoriale.

Scénario 2 : Maintien de l'accueil des urgences de jour et fermeture de nuit du service des Urgences de Joigny

Ce scénario s'appuie sur la réflexion d'un groupe de travail dans le cadre de la révision du SROS Urgences en Bourgogne.

Actuellement la réglementation en vigueur ne prévoit pas pour les établissements assurant les urgences de fonctionnement uniquement diurne. Cette possibilité de fermeture de nuit pourrait pourtant concerner à priori les établissements connaissant une activité réduite la nuit et donc les établissements les plus petits faisant partie de la catégorie des UPATOU. Ce scénario appelle soit un changement de la réglementation soit un raisonnement nouveau sur la base d'une structuration graduée des services d'urgences intégrant des concepts variés de maisons médicales liées aux hôpitaux, d'antennes SMUR sans accueil hospitalier, d'UPATOU fermées la nuit, de réseau interSAMU, de télé médecine, des Nouvelles Technologies d'Informations et de Communication.

Ce scénario de fermeture possible doit être mis en perspective avec les ressources humaines nécessaires pour faire fonctionner à la fois l'accueil et le traitement des urgences de l'activité SMUR. En raison des contraintes concernant le personnel médical (réduction du temps de travail et repos compensateur) une équipe de 14 médecins semble nécessaire pour faire fonctionner un service sur ces deux points : Urgences et SMUR. Actuellement un grand nombre de structures d'urgences/SMUR ne dispose pas de cet effectif et globalement la région Bourgogne souffre d'une pénurie de personnel médical. Pour exemple, le Centre Hospitalier de Joigny dispose de 6,5 ETP d'effectif médical affecté aux Urgences/SMUR.

Egalement, la baisse de la démographie médicale notamment en zone rurale doit être mise en perspective à cette fermeture. Fermer une activité d'accueil d'urgences la nuit sur des zones, où le nombre de médecins généralistes décroît et où il n'existe pas une coordination de la médecine libérale pour une permanence des soins, est un risque qu'il ne faut pas négliger.

La décision de fermeture de nuit aurait également les conséquences suivantes. Elle

- reporterait les patients sur des établissements pivots qui eux-mêmes connaissent une activité déjà soutenue mais dont on peut envisager un renforcement dans le cadre du Plan Hôpital 2007
- augmenterait la distance et les temps de déplacements des SMUR la nuit uniquement

- augmenterait les coûts de transports des patients mais à contrario diminuerait les coûts de traitement des gardes
- occasionnerait une gêne pour les médecins généralistes ne disposant plus d'établissement de recours à proximité,
- priverait la prise en charge des urgences en interne de l'hôpital même si celle-ci à priori ne relève pas du service des urgences et doit être assurée par une garde de médecins hospitaliers,
- Renforcerait le manque d'attractivité du Centre Hospitalier de Joigny éprouvant déjà des difficultés à recruter du personnel médical et paramédical. A moyen terme, elle pourrait conduire l'établissement sur la voie d'un hôpital local.

Cependant, ces conséquences doivent être relativisées et corrélées à l'activité diurne du service des urgences de Joigny.

Scénario 3 : Maintien de l'activité de SMUR 1 et Suppression des transferts secondaires à partir de Joigny

Le département de l'Yonne présente en effet la particularité suivante : les transferts secondaires ne sont ni organisés ni assurés à partir du Centre 15 ou d'un ou plusieurs établissements références (ici Auxerre et Sens).

Cette activité de SMUR 2 nécessite une 2ème ligne de garde et donc des équipes médicales et paramédicales en conséquence. Ce besoin est aujourd'hui incompatible avec les effectifs médicaux de la région Bourgogne déjà insuffisants, et avec les contraintes concernant le personnel médical (réduction du temps de travail et repos compensateur).

Envisager la suppression des transferts secondaires à partir de Joigny est sans incidence sur l'activité d'accueil et de traitement de l'urgence et sur le SMUR dont il faut noter l'activité réduite et la possibilité de penser à un concept novateur combinant maison médicale et site d'urgence.

En effet, l'implantation d'une maison médicale sur le site Jovinien, à proximité du service des Urgences, permettrait un fonctionnement avec une ligne commune SMUR/Urgences. Cette maison médicale combinée à un site d'urgences permettrait de maintenir la prise en charge des urgences sur Joigny mais aussi de recentrer le service

sur une activité d'urgence⁴⁶ (les consultations de médecine générale et de spécialités étant assurées par la maison médicale).

Ce scénario aurait les conséquences suivantes. Il :

- Assurerait un lieu d'accueil, de tri et d'orientation des patients ;
- recentrerait les sites pivots sur l'urgence et ainsi désengorgerait certains services embolisés par l'urgence de « confort »⁴⁷ ;
- nécessiterait une organisation des transferts secondaires à partir des sites pivots que sont Sens et Auxerre ;
- associerait les médecins généralistes à cette prise en charge. Ce point serait relatif car d'une part les médecins généralistes intéressés par ce type d'activité sont peu nombreux et d'autre part, leur densité est déjà faible en comparaison avec la densité sur le territoire métropolitain ;
- Renforcerait le rôle promotion de la santé de l'hôpital ;
- priverait la prise en charge des urgences en interne de l'hôpital même si celle-ci à priori ne relève pas du service des urgences et doit être assurée par une garde de médecins hospitaliers ;
- renforcerait mais dans une moindre mesure que d'autres scénarii le manque d'attractivité d'un bon nombre de petits établissements hospitaliers éprouvant déjà des difficultés à recruter du personnel médical et paramédical.

Scénario 4 : Suppression de l'activité SMUR (1 et 2) à partir du Centre Hospitalier de Joigny

Ce scénario concerne uniquement l'activité de SMUR, le service des urgences est quant à lui maintenu.

Il implique une réflexion à l'échelle du département pour un nouveau maillage territorial (compte tenu des contraintes sur les ressources humaines médicales) et le développement de la mise en réseau des professionnels de l'urgence sous des formes existantes (Fédérations, conventions, groupements de coopération sanitaire - GCS) ou à inventer. Ce scénario se heurte à une difficulté de délai d'accès à l'urgence. Il est convenu que ce temps ne doit pas dépasser 30 minutes. Or, à la frontière du département de

⁴⁶ Urgences vitales, urgences qui peuvent supporter un délai de réponse voire une mise en observation

⁴⁷ Ouverture en dehors des heures de travail, examens complémentaires effectués sur place.

l'Yonne et du Loiret, certains territoires sont trop éloignés des sites pivots (Montargis dans le Loiret, Auxerre et Sens dans l'Yonne) et leur temps d'accès est supérieur (environ 40 minutes). Certes, des moyens hélicoptérés existent mais ils sont mobilisés pour des interventions et/ou de transferts dont le pronostic vital est autre.

En revanche, ce scénario ainsi que le précédent permet de renforcer la place et le rôle des sites pivots. Formalisé dans une charte et des conventions relais, leur fonctionnement serait connu de tous. Ainsi, un patient de Joigny serait pris en charge par le SMUR de Joigny et admis en priorité sur le site pivot de Sens lorsqu'il a besoin d'un plateau technique étoffé. A l'inverse, le retour de patients traités sur le site pivot plus près de son domicile serait également prioritaire afin de ne pas engorger les capacités d'hébergement du site pivot. Ceci nécessite pour chaque discipline, un contrat relais prévoyant les modalités pratiques tant médicales, soignantes qu'administratives, de ces flux de patients. Il est important que les données médicales concernant le patient circulent aisément. L'intérêt d'un système d'information compatible dans le domaine de la santé prend ici tout son sens. Il en est de même de la télé médecine.

Entre les établissements de Sens et de Joigny, les systèmes d'information commencent à être compatibles du fait d'un investissement de part et d'autre. Le transfert des images radiologiques entre les deux sites fonctionne. Il reste encore des domaines notamment sur la gestion administrative du patient (admission, facturation) qu'il faut améliorer.

En matière d'élaboration de contrat-relais par discipline, c'est le statut quo. La possibilité d'une restructuration de l'accueil des urgences sur Joigny ayant pour conséquence de placer l'établissement sénonais comme site pivot pourrait relancer les discussions en ce sens. Les autres conséquences de ce scénario sont quasiment identiques à celle du scénario 2.

Nous reviendrons sur le bilan du SIH Nord Icaunais en conclusion.

Les quatre scénarii proposés représentent des alternatives hiérarchisées. En effet, l'implantation d'un service d'accueil et de traitement des urgences n'est en aucune façon remise en cause. Elle est, à contrario, rendue nécessaire par l'absence de coordination de la médecine libérale en matière de permanence des soins et par la géographie particulière du secteur (notions de distance et d'accessibilité). Par contre, de nouvelles organisations peuvent être adaptées à l'activité réelle de ce service et aux difficultés rencontrées.

Sans prioriser l'un ou l'autre des scénarii, la réalité a rattrapé la fiction puisque dès le 1^{er} octobre 2003 l'activité de SMUR 2 à partir du Centre Hospitalier de Joigny (scénario

3) est arrêtée faute de personnel médical suffisant compte tenu de l'application de la réglementation en matière d'aménagement du temps de travail médical.

CONCLUSION

Jusqu'à une date très récente, l'hôpital était absent du débat sur l'aménagement du territoire comme si les établissements de santé ne contribuaient pas fortement à l'organisation de l'espace. Or en matière d'offre hospitalière, les inégalités ne sont pas moins importantes que dans le domaine de l'industrie ou des infrastructures de transports ou de tourisme. L'hôpital, du fait de son rôle structurant, s'affirme donc comme un élément important de l'aménagement du territoire. Souvent premier employeur et parfois dernier, il participe au développement économique et social de sa zone d'influence.

La région Bourgogne présente des caractéristiques géographiques, démographiques et sanitaires particulières dont le schéma régional de l'organisation sanitaire 1999-2004 a pris toute la mesure. Un maillage du territoire en neuf pôles de coopération sanitaire a permis de définir un territoire d'analyse pour une politique de recomposition hospitalière visant à la réduction des inégalités infra-régionales et la satisfaction des besoins de la population présents et à venir.

Le syndicat interhospitalier Nord Icaunais, unissant les établissements publics de santé de SENS et JOIGNY autour d'une unité de chirurgie ambulatoire et une fédération des urgences, a été impulsé par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation dans un contexte défavorable à plusieurs titres : absence de liens de coopération, restructuration jovinienne douloureuse et inachevée avec la fermeture des services maternité et chirurgie, attractivité réduite du site de Joigny, pénurie de compétences médicales.

Il présente un premier bilan contrasté qui appelle à des aménagements dont certains sont d'ores et déjà en cours de réalisation.

L'avenir de la fédération des urgences est moins compromis mais la conjoncture actuelle en matière de démographie médicale fragilise les organisations en place et présage de nouveaux scénarii. Ceux-ci ne remettent nullement en cause la coopération des deux établissements sur le champ de la prise en charge des urgences car celle-ci répond à un

besoin de la population. Mais, dès le 1er octobre 2003, le Centre Hospitalier de Joigny est dans l'obligation d'arrêter le SMUR 2 assurant les transferts du fait de l'impossibilité de maintenir la ligne de garde au regard des effectifs médicaux et l'application des mesures sur la réduction du temps de travail médical.

Le bilan de la chirurgie ambulatoire est à contrario plus morose. L'activité réduite (trois fois moins élevée que les prévisions), le coût élevé (point ISA à 8,20 euros) et la désaffection des patients, les difficultés d'organisation conduisent à envisager l'arrêt de l'unité de chirurgie ambulatoire sur le site jovinien. De plus, l'éventualité d'une ouverture de ce plateau technique aux médecins libéraux ne s'est pas confirmée faute d'un cadre juridique leur assurant la rémunération souhaitée.

Si tout le monde s'accorde à dire qu'il est indispensable de réduire les inégalités régionales et infra-régionales, ce bilan révèle la complexité et la difficulté de définition et de mise en oeuvre des projets de recomposition de l'offre hospitalière en particulier et, de soins en général. Il confirme l'importance de la délimitation du territoire retenu pour terrain d'analyse et l'existence de multiples terrains de mise en oeuvre (bassin de santé, zone d'emploi, zones d'attractivité différentes selon les disciplines, territoire d'organisation, etc...). Le bassin de santé, territoire de recherche des synergies et des complémentarités entre établissements, présente le biais d'une approche centrée sur les comportements des patients et non pas sur la connaissance de leurs besoins de santé. Ce premier bilan pourrait être complété par une étude des besoins de santé et de la consommation des patients du bassin de santé nord icaunais.

Egalement, ce bilan rappelle qu'anticiper les changements, informer les acteurs de toutes origines (élus, médecins libéraux, ...), communiquer sur de tels projets, facilite les actions de coopération. Mais surtout, il réaffirme d'une part qu'en l'absence d'objectifs clairs et partagés de tous, une restructuration est vaine, virtuelle et parfois avec des effets contraires aux principes de qualité, sécurité et accessibilité de soins. D'autre part il confirme l'importance d'intégrer au projet d'établissement une vision centrée sur les besoins de la population et leurs habitudes de consommation sur la base d'une analyse par discipline médicales, voire par pathologies (filière cancéro...).

Bibliographie

1- les ouvrages

- BAILLY A. – PERIAT M. *Médicométrie, une nouvelle approche de la santé*, Edition ECONOMICA, 1995
- MONOD J. DE CASTELBAJAC P. *L'aménagement du territoire*, Edition PUF, Collection « Que sais-je », n°987, avril 2002
- TONNELIER F. VIGNERON E. *Géographie de la santé en France*, Edition PUF, Collection « Que sais-je », 1999
- VIGNERON E. *Distance et Santé, la question de la proximité des soins*, Edition PUF, Collection « Médecine et société ». 2001

2- les articles

- BUSSIERE A. *La régulation de l'installation des médecins – à quoi rêvent les internes*, Le quotidien du Médecin, n°7354, 17 juin 2003
- FORCIOLI P. *Analyse sociale d'une fusion d'hôpitaux*. Gestions Hospitalières, juin/juillet 2003, n°427, pp.468-472
- LAVAUX B. – LIMPENS J.M. *La coopération transfrontalière sanitaire : bilan et perspectives*. Gestions Hospitalières, juin/juillet 2003, n°427, pp.447-450
- MORDELET P. *Les restructurations hospitalières françaises à la lumière de l'expérience nord-américaine*. Gestions Hospitalières, novembre 2002, n°420, pp.695-705

- PICHERAL H. *Les influences réciproques dans le domaine hospitalier entre démographie et géographie*, Revue Hospitalière de France, n°485, Mars-avril 2002
- QUEYROUX C. *Comment l'hôpital public voit-il les élus ?*. Revue Hospitalière de France, janvier-février 2000, n°1 – pp.6-11
- RAIKOVIC M. *Du pôle hospitalier au bassin hospitalier*. Décision Santé, juin-juillet 2002, n°186, pp.29-31
- VIGNERON E. – CORVEZ A. *Santé publique et aménagement du territoire*. Actualité et dossier en santé publique, décembre 1999, n°29, numéro spécial dédié à ce thème incluant notamment les articles suivants :
 - VIGNERON E. Les bassins de santé, concept et construction. P38
 - CORVEZ A. Les outils. P33
 - CORVEZ A. La chirurgie ambulatoire et sa contribution à une amélioration de l'aménagement du territoire. P 52
 - DAURES JP. Qualité et proximité des soins. P30
 - POLTON D. Une réflexion prospective sur le système de santé. P62
- *Santé et territoires*. Technologie santé, décembre 2001, n°45, numéro spécial dédié à ce thème

3- les thèses, dossiers et rapports

- *Schéma des services collectifs sanitaires*, Edition des Journaux Officiels, DATAR, n°1755, 2002
- *Atlas de la Recomposition de l'offre de soins*, Ministère de la santé, 1999
- *Santé et territoire ; réalité et utilité de l'approche géographique en santé*. Mémoire interprofessionnel, ENSP 2001. Animateur Freund Robert J.
- *Etude comparative des consommations de soins et des coûts unitaires par département en Bourgogne*, URCAM Bourgogne, n°10, avril 1999

- *Attraction des établissements hospitaliers en Bourgogne, proximité et/ou qualité ?*, URCAM Bourgogne, n°5, novembre 1998
- *Conférence régionale de santé du 12 décembre 2000, La coordination des soins et des réseaux de soins en Bourgogne*, URCAM Bourgogne

4- les sites Internet

www.sante.gouv.fr/

www.orsbourgogne.org

www.insee.fr

www.arh.bourgogne.fr

www.afca.iass.fr

www.credes.fr

Liste des annexes

- ANNEXE 1** **Liste des personnes interrogées**
- ANNEXE 2** **Cartographie des 9 pôles sanitaires bourguignons**
- ANNEXE 3** **Circulaire du 26 mars 1998**
- ANNEXE 4** **Références réglementaires de la discipline de chirurgie ambulatoire**

LISTE DES PERSONNES INTERROGÉES

Lors d'un entretien individuel

C. GEX	Directeur du Centre Hospitalier de Sens et Secrétaire Général du SIH Nord Icaunais
O. BRASSEUR	Directeur du Centre Hospitalier de Joigny
B. MOLINIER	Directeur adjoint chargé des Finances du Centre Hospitalier de Sens
MP. BONGIOVANNI	Directeur adjoint chargé de la Clientèle, de la Communication et des Affaires médicales, chargée de la rédaction du projet d'établissement
Dr FOURRE	Médecin DIM, président de la CME au Centre Hospitalier de Sens
Dr RUSSIN	Chef de Service d'anesthésie du Centre Hospitalier de Sens
Dr COCQUEMPOT	Chef de service des Urgences/SMUR du Centre Hospitalier de Sens
Mr DEVEVEY	DATAR, ancien secrétaire général de l'ARH Bourgogne
F. TONNELIER	Directeur de recherche au CREDES
Mr AUBERGER	Président du Conseil d'Administration du SIH Nord Icaunais, Député - Maire de Joigny

Par l'intermédiaire d'un questionnaire écrit

Mme ARNOULD	Chargé de mission à l'ARH Bourgogne
-------------	-------------------------------------

Lors d'un entretien téléphonique

Dr FRIGUI	Chef de service des Urgences/SMUR du Centre Hospitalier de Joigny
-----------	---



Loi N° 86-11 du 6 janvier 1986
relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires
Aide médicale urgente

L'Assemblée nationale et le Sénat ont délibéré,
L'Assemblée nationale a adopté,
Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

TITRE Ier COMITÉ DÉPARTEMENTAL DE L'AIDE MÉDICALE URGENTE ET DES TRANSPORTS SANITAIRES

Article 1er

Il est créé dans chaque département un comité de l'aide médicale urgente et des transports sanitaires, présidé par le représentant de l'Etat dans le département et comprenant notamment des représentants des collectivités territoriales ; la composition et le fonctionnement de ce comité sont déterminés par décret en Conseil d'Etat. Ce comité a pour mission de veiller à la qualité de la distribution de l'aide médicale urgente et à son ajustement aux besoins de la population. Il doit s'assurer en conséquence de la coopération des personnes physiques et morales participant à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires.

TITRE II AIDE MÉDICALE URGENTE

Article 2

L'aide médicale urgente a pour objet, en relation notamment avec les dispositifs communaux et départementaux d'organisation des secours, de faire assurer aux malades, blessés et parturientes, en quelque endroit qu'ils se trouvent, les soins d'urgence appropriés à leur état.

Article 3

Après le cinquième alinéa de l'article 2 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

" Concourt conjointement avec les professionnels de santé et les autres personnes et services concernés à l'aide médicale urgente. "

Article 4

Avant le dernier alinéa du 1° de l'article 4 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 précitée, sont insérés les alinéas suivants :

" e) Eventuellement, des unités participant au service d'aide médicale urgente appelées S.A.M.U., dont les missions et l'organisation sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

" Ces unités comportent un centre de réception et de régulation des appels.

" Le fonctionnement de ces centres est assuré avec les praticiens représentés par les instances départementales des organisations représentatives nationales, ou les organisations ou associations représentatives au plan départemental, dans la mesure où elles en font la demande, et conformément à des conventions approuvées par le représentant de l'Etat dans le département.

" Les centres de réception et de régulation des appels sont interconnectés dans le respect du secret médical avec les dispositifs de réception des appels destinés aux services de police et aux services d'incendie et de secours. "

Article 5

L'article 53 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 précitée est complété par un alinéa ainsi rédigé :

" Les dépenses des centres de réception et de régulation des appels sont financées par des contributions qui peuvent notamment provenir des régimes obligatoires d'assurance maladie, de l'Etat et des collectivités territoriales. "

TITRE III TRANSPORTS SANITAIRES

Article 6

Le titre 1er bis du livre 1er du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :

" TITRE 1er bis

" Transports sanitaires

" Art. L. 51-1. - Constitue un transport sanitaire, au sens du présent code, tout transport d'une personne malade, blessée ou parturiente, pour des raisons de soins ou de diagnostic, sur prescription médicale ou en cas d'urgence médicale, effectué à l'aide de moyens de transports terrestres, aériens ou maritimes, spécialement adaptés à cet effet.

" Les transports des personnels de défense effectués à l'aide des moyens propres aux armées ne constituent pas des transports sanitaires au sens du présent code. " Art. L. 51-2. – Toute personne effectuant un transport sanitaire doit avoir été préalablement agréée par l'autorité administrative dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat. Le refus d'agrément doit être motivé.

" Art. L. 51-3. - Un décret en Conseil d'Etat détermine :

" - les catégories de moyens de transport affectés aux transports sanitaires ;

" - les catégories de personnes habilitées à effectuer des transports sanitaires, leurs missions respectives ainsi que la qualification et la composition des équipages ; " - les modalités de délivrance par le représentant de l'Etat dans le département aux personnes visées à l'article précédent de l'agrément pour effectuer des transports sanitaires ainsi que les modalités de son retrait ;

- les obligations de ces personnes à l'égard du service de garde organisé par le représentant de l'Etat dans le département et à l'égard des centres de réception et de régulation des appels visés à l'article 4 de la loi n° 86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires.

" Art. L. 51-4. - La législation en vigueur sur les prix s'applique aux tarifs des transports sanitaires. Ceux-ci sont établis par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget, de la concurrence et de la consommation.

" L'inobservation de ces tarifs peut entraîner le retrait de l'agrément.

" Art. L. 51-5. - Toute personne qui aura effectué un transport sanitaire sans agrément ou malgré le retrait d'agrément sera punie d'une peine de 2 000 F à 20 000 F. " En cas de condamnation par application de l'alinéa précédent et de commission du même délit dans un délai de cinq ans après l'expiration ou la prescription de la peine, l'amende encourue sera portée au double. En outre, le tribunal pourra interdire au condamné d'effectuer des transports sanitaires pendant un an au plus. "

Article 7

Les personnes assurant des transports sanitaires à la date de promulgation de la présente loi doivent, à l'expiration d'une période de deux ans à compter de la date de publication du décret prévu à l'article L. 51-3 du titre 1er bis du livre 1er du code de la santé publique, se conformer aux dispositions du présent titre de la présente loi.

TITRE IV PRISE EN CHARGE DES FRAIS DE TRANSPORT PAR L'ASSURANCE MALADIE

Article 8

Dans l'article L. 283 du code de la sécurité sociale :

1° Dans le a, les mots : " et des frais de transport " sont abrogés ;

2° Il est ajouté, après le a-II, un a-III ainsi rédigé : " a-III) La couverture des frais de transport de l'assuré ou des ayants droit se trouvant dans l'obligation de se déplacer pour recevoir les soins ou subir les examens appropriés à leur état ainsi que pour se soumettre à un contrôle prescrit en application de la législation de sécurité sociale, dans des conditions et limites tenant compte de l'état du malade et du coût du transport fixées par décret en Conseil d'Etat.

" Les frais de transport sont pris en charge sur la base du trajet et du mode de transport les moins onéreux compatibles avec l'état du bénéficiaire.

" Les tarifs de responsabilité des caisses pour la prise en charge des frais de transport sont fixés par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget. " Les conditions dans lesquelles l'assuré peut être dispensé de l'avance des frais sont déterminées par des conventions conclues entre les organismes d'assurance maladie et les entreprises de transports sanitaires, conformément à une convention type fixée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. "

Article 9

L'article L. 295 du code de la sécurité sociale est abrogé.

Article 10

Le deuxième alinéa de l'article L.435 du code de la sécurité sociale est complété par les mots :

", dans les conditions prévues par le a-III de l'article L. 283 ".

Article 11

Les quatrième à dixième alinéas du paragraphe I de l'article 8 de la loi n° 66-509 du 12 juillet 1966 relative à l'assurance maladie et à l'assurance maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles sont remplacés par les dispositions suivantes : " Les prestations de base comportent en outre la couverture des frais de transport dans les conditions prévues au a-III de l'article L. 283 du code de la sécurité sociale. "

Article 12

I. - Dans le premier alinéa du 1° de l'article 1038 du code rural, les mots :

" et des frais de transport " sont abrogés.

II. - Il est ajouté après le paragraphe II du 1° du même article un paragraphe III ainsi rédigé :

" III. - La couverture des frais de transport dans les conditions prévues au a-III de l'article L. 283 du code de la sécurité sociale. "

Article 13

Le deuxième alinéa de l'article 8 de la loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées est ainsi rédigé :

" Les frais de transport des enfants et adolescents handicapés accueillis dans les établissements d'éducation visés au a-I de l'article L. 283 du code de la sécurité sociale sont inclus dans les dépenses d'exploitation desdits établissements.

" La présente loi sera exécutée comme loi de l'Etat.

REFERENCES REGLEMENTAIRES DE LA CHIRURGIE AMBULATOIRE

- Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. (Acte de naissance des soins « avec ou sans hébergement »).
- Décret n° 92-1100 du 2 octobre 1992 portant application de l'article L. 712-10 du CSP. JO du 8 octobre 1992. (Structures de soins alternatives à l'hospitalisation : de la réduction des moyens d'hospitalisation excédentaires dans la discipline en cause, lors de la création ou de l'extension).
- Décret n° 92-1101 du 2 octobre 1992 relatif aux structures de soins alternatives à l'hospitalisation mentionnées à l'article L. 712-2 du CSP. JO du 8 octobre 1992. (Prise en compte dans la carte sanitaire et déclaration au préfet de région).
- Décret n° 92-1102 du 2 octobre 1992 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les structures de soins alternatives à l'hospitalisation mentionnées à l'article L. 712-2 du CSP en application de l'article L. 712-9 (3°) de ce même code. JO du 8 octobre 1992.
- Arrêté du 7 janvier 1993 relatif aux caractéristiques du secteur opératoire mentionné à l'article D. 712-31 du CSP pour les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire visées à l'article R. 712-2-1 (b) de ce même code. JO du 15 janvier 1993.
- Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. JO du 25 avril 1996. (Contrats d'objectifs et de moyens).
- Décret n° 97-1165 du 16 décembre 1997 relatif aux conditions de réalisation de l'évaluation prévue à l'article L. 712-12-1 du CSP et modifiant ce code. JO du 23 décembre 1997.
- Circulaire DGS-SP1-VS1/DSS-1A/DH-EO-AF2/97-790 du 16 décembre 1997 relative à la campagne budgétaire pour 1998 des établissements sanitaires financés par dotation globale (Priorité de santé publique du développement de l'ambulatoire).

- Avenant n° 1 au contrat prévu par l'article 7 du contrat national tripartite (Etat, CNAM, établissements privés). JO du 3 avril 1998. (Forfait d'activité non programmé (FANP) pour un séjour d'une durée de 6 à 24 heures).
- Décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994. JO du 8 décembre 1994. Dit « Décret sécurité de l'anesthésie ».
- Arrêté du 3 octobre 1995. JO du 13 octobre 1995. (Utilisation et contrôle des DM de l'anesthésie).
- Loi n° 98-535 du 1^{er} juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme. JO du 2 juillet 1998.
- Nouveau code de déontologie. CNOM. 6 septembre 1995. Règles de pratique médicale courante.
- Nouveau code pénal. 1^{er} mars 1994. Sanctions appliquées au préjudice causé par le manquement à l'obligation de sécurité ou de prudence.
- Code civil (articles 1382-1384 sur la responsabilité)