



HAL
open science

Synthèse de l'évaluation de l'axe 2 du Projet régional de santé - les plateaux médicotechniques.

Régine Bercot, Julia Legrand, Antoine Claval, Louise Lemaire, Lucille Reynaud, Daniel Benamouzig

► To cite this version:

Régine Bercot, Julia Legrand, Antoine Claval, Louise Lemaire, Lucille Reynaud, et al.. Synthèse de l'évaluation de l'axe 2 du Projet régional de santé - les plateaux médicotechniques.. Chaire santé de Sciences Po Paris. 2023. hal-04786798

HAL Id: hal-04786798

<https://hal.science/hal-04786798v1>

Submitted on 16 Nov 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**EVALUATION
PROJET
REGIONAL
DE SANTE**

**SYNTHESE DE L'AXE 2
PLATEAUX
MEDICO-TECHNIQUES**

**VOLET
QUALITATIF**

Enquête 2020-2022

Régine Bercot (chercheuse émérite)

Collaboration Julia Legrand (chercheuse post-doctorale), Antoine Claval, Clémentine Guériaux, Louise Lemaire, Lucille Reynaud (étudiants, Ecole Urbaine de Sciences Po)

Direction Daniel Benamouzig (titulaire de la Chaire santé)

Les plateaux médico-techniques en Île-de-France

Nous avons souhaité mettre à disposition dans HAL le travail d'enquête de terrain et d'analyse qui a été effectué sur les Plateaux médicaux techniques en région Ile de France¹. Ce travail collectif s'est déroulé dans le cadre de la chaire santé sciences Po Paris, pour répondre à la demande d'évaluation du PRS 2 par l'ARS. Il s'inscrit dans un projet plus vaste d'évaluation de différentes dimensions de l'offre de santé en Ile de France et sous la direction de Daniel Benamouzig². Il associe des titulaires professeurs de sociologie, des post doctorants ainsi que des étudiants, tous nommés ci-après.

Le présent document est structuré en 3 grandes parties.

- 1) Une synthèse générale, rédigée par Régine Bercot.
- 2) Le rapport de recherche concernant les plateaux médico techniques autour de l'endoscopie, rédigé par Julia Legrand.
- 3) L'offre et l'organisation des plateaux techniques autour de la cardiologie.

Pour des compléments, se reporter au site de la chaire de santé de sciences Po Paris.

Nous présentons dans ce document une synthèse des principaux résultats de trois documents ; pour des détails sur la méthodologie et sur les résultats, on se reportera aux documents eux-mêmes :

- *Plateaux médicaux techniques* par Julia Legrand, en collaboration avec Régine Bercot et Daniel Benamouzig. Pour la version détaillée voir ici : <https://hal.science/hal-04752308>
- « *Etat des lieux de la chirurgie robotique en Ile-de-France* », Martin Reiser et Manon Pathier ;
- « *La cardiologie et la chirurgie cardiaque* », Antoine Clavel, Clémentine Gueriaux, Louise Lemaire, Lucille Reynaud sous la direction de R. Bercot et D. Benamouzig. Pour la version détaillée voir ici : <https://hal.science/hal-04752380>

Cette synthèse concerne à la fois des établissements publics (CHU, hôpitaux publics) et des établissements privés (cliniques et hôpitaux privés). Cependant les établissements privés concernés par l'enquête sur la spécialité cardiologie sont des établissements à caractère non lucratif (Lannelongue, Saint Joseph mais aussi la clinique du CCN à Saint-Denis qui se situe dans le secteur 1).

¹ Il s'agit d'une photographie à un moment donné. Les descriptions peuvent bien évidemment avoir changé à la date des publications. Mais nous pensons que ces rapports donnent une vision assez réaliste de la situation.

² On pourra aussi se reporter au site de la chaire santé afin de mieux comprendre la diversité des dimensions abordées par le consortium de recherche. Le présent document, en effet, ne traite que des plateaux techniques :

<https://www.sciencespo.fr/chaire-sante/content/publications-depuis-2020.html>

L'objectif du travail de nos équipes était d'évaluer l'influence du Projet régional de santé (PRS) sur les interventions des plateaux techniques de la région Île-de-France. Celle-ci présente la spécificité d'être particulièrement dotée en équipement hospitalier, en raison de la concentration de la population et de la forte représentation des établissements de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris, les Centres hospitaliers universitaires (25 CHU de l'AP-HP, alors que certaines grandes villes, on le sait, ne comptent qu'un seul CHU). Ceci établit *a priori* un contraste avec d'autres régions que l'on caractérise par leurs « déserts médicaux ». Améliorer le maillage des soins en IDF consiste-t-il principalement à identifier et supprimer les redondances de l'offre de santé ? (Par exemple, dans le contexte de développement de la chirurgie ambulatoire, un des objectifs serait de n'avoir qu'un bloc de garde par département : cf. le rapport sur l'endoscopie). Le PRS en se donnant comme objectif la réduction des inégalités de santé ne postule pas que le service soit satisfaisant sur l'ensemble de la région. Ceci nous a amené à nous intéresser à la répartition de l'offre mais aussi à l'articulation des différents types d'offre ; pour cela nous ferons une restitution en mettant au centre la question du territoire (comme un espace construit à la fois par l'offre de soin et les populations y résidant ou susceptibles de s'y rendre). Ceci, nous le rappelons, en nous centrant sur les plateaux hospitaliers, leur articulation à l'offre de ville du point de vue de la trajectoire du patient. Comment ces différentes offres convergent-elles ou non ?

Cet axe 2 contribue à l'évaluation des politiques de l'ARS en axant l'analyse sur l'évolution des plateaux médico-techniques (PMT). Les PMT sont souvent définis en partant du terrain et recouvrent parfois des réalités diverses selon les configurations d'installation. Nous retiendrons qu'ils constituent un ensemble de lieux, de services sur un ou plusieurs établissements regroupés en GHU ou en GHT ; certaines coopérations se font selon d'autres modalités (conventions par exemple) établissements privés regroupés ou associés. Les services concernés mobilisent une pluralité de technologies : endoscopes, blocs chirurgicaux, salles de réanimations, imagerie, laboratoire de biologie médicale. Le spectre de l'offre d'un plateau technique varie suivant la spécialité. Par ailleurs, si certaines spécialités partagent un même plateau technique (ex. de la chirurgie en hôpital), d'autres spécialités s'appuient sur un plateau technique propre, ce qui est le cas de l'endoscopie.

La montée en puissance de ces PMT s'inscrit dans des enjeux politiques, sociaux et organisationnels qui traversent toutes les dimensions. Les enjeux politiques se situent à l'articulation du national et du régional et le régional tend à prendre des initiatives pour anticiper le calendrier national de mise en œuvre. Ces enjeux se logent dans les techniques avec le choix des investissements et leur répartition ; ils habitent bien évidemment l'attribution de ressources financières dévolues ou non à l'acquisition de certains outils, le choix de l'assurance maladie de ne pas coter différemment les actes effectués au moyen d'un robot. Les PMT s'inscrivent en outre, dans des systèmes organisationnels complexes au sein des établissements. Ils s'intègrent aussi dans des écologies locales.

Les investigations permettent de percevoir les débats au sein des professionnels dans différentes spécialités ainsi que les débats entre les professionnels et l'ARS autour du devenir technique des PMT. L'analyse des enjeux et des débats autour des robots concerne aussi un ensemble de spécialités étudiées dans leur articulation avec ces techniques.

Enfin le devenir des PMT se joue à différents niveaux : technologiques, politiques. Nous expliciterons différentes évolutions à l'œuvre ou en émergence et les enjeux qui se font jour dans la conjoncture actuelle ; ces enjeux s'organisent autour des évolutions technologiques, des décisions politiques concernant les remboursements des actes effectués par robots, les évolutions chirurgicales (cœlioscopie et cœlioscopie sous robot, chirurgie mini invasive...). Les décisions ne font pas l'unanimité des différents acteurs concernés. Il nous a semblé utile de ne pas gommer cette diversité des points de vue y compris dans cette synthèse dans la mesure où elle est révélatrice des tensions et des options, des incertitudes et des difficultés à statuer sur le bien-fondé d'une transformation ou d'une évolution technologique.

En l'absence de littérature sur les plateaux médico techniques des hôpitaux et cliniques et leur répartition, notre travail a consisté à mettre à jour des territoires concernant l'offre hospitalière en matière de PMT et à les décrire dans leurs dynamiques – dynamiques au sein ou entre des territoires, dynamiques entre cliniques privées et hôpitaux, dynamiques entre institutions et médecine de ville (cf. le rapport sur la cardiologie).

Nos travaux abordent les plateaux à partir de trois entrées : celles de deux spécialités, celle des évolutions technologiques et plus particulièrement le développement des robots, également une entrée monographique.

Une entrée par deux spécialités

Première entrée, celle de différentes spécialités (endoscopie, chirurgie digestive, cardiologie et chirurgie cardiaque). Ces spécialités sont intéressantes à rapprocher pour différentes raisons. Si l'organisation au sein de l'ARS dédie un référent à la cardiologie, à la chirurgie, un responsable aux plateaux techniques, il n'existe pas de référent en endoscopie. Or l'endoscopie est une des techniques d'investigation de plus en plus utilisée par nombre de spécialités. Les médecins spécialistes d'endoscopie voient aussi leur champ professionnel s'élargir puisque leurs investigations sont de plus en plus poussées, allant jusqu'à leur permettre d'intervenir sur les organes. **Ce rôle accru modifie les frontières** avec la chirurgie digestive dans la mesure où le médecin spécialisé en endoscopie effectue désormais des interventions. Nous avons également enquêté en cardiologie. L'ARS y a développé un fort investissement en lien avec l'importance de ces pathologies, leur risque vital, la nécessité de gérer les urgences. Comme pour l'endoscopie, il existe un déplacement des frontières entre médecine et chirurgie, entre cardiologie et chirurgie cardiaque³. Trois interventions sont faites désormais par les cardiologues :

- Ainsi, l'intervention sur la valve aortique située entre le ventricule gauche et l'aorte peut désormais être le fait du cardiologue et non plus seulement du chirurgien ; le TAVI (*Transcatheter Aortic Valve Implantation*) est l'implantation d'une valve aortique biologique par voie percutanée, c'est-à-dire sans ouvrir le thorax, mais en passant par l'aîne. Il est préconisé en cas de rétrécissement aortique calcifié très serré et pour des patients et patientes jugés inopérables ou à haut risque chirurgical. Ce type d'intervention modifie de manière significative les rapports entre les deux disciplines la cardiologie et la chirurgie, rapport déjà modifié antérieurement au niveau diagnostic puisque le cardiologue donne les indications d'intervention au malade (ce qui antérieurement était le fait du chirurgien).

- le MITRACLIP p 19 du rapport

- la fermeture percutanée

Une entrée par les évolutions techniques en mettant la focale sur les robots.

Le développement des techniques concerne particulièrement les robots ; la chirurgie mini-invasive est aussi au cœur des transformations. Les évolutions techniques participent de la concurrence et de la coopération entre établissements. Elle influe sur l'évolution des spécialités, l'ouverture des plateaux à d'autres segments. Les robots sont un marqueur important de l'évolution technologique et professionnelle de la chirurgie.

³ R. Bercot et J. Legrand *Réorganisation des territoires professionnels au sein des plateaux médicaux techniques : le cas de la cardiologie, de la chirurgie et de l'endoscopie*, in *Les coulisses de l'activité opératoire. Regards croisés sur les transformations contemporaines de l'activité opératoire*, éd. Presses des Mines, collection "Libres opinions", 19 septembre 2024.

Une entrée plus monographique prend en compte le fonctionnement des plateaux eux-mêmes resitués dans le cadre de leur établissement ainsi que leur environnement local (cf. aussi le résumé sous forme de tableaux ici en annexe 1)⁴.

LA SYNTHÈSE

- I. Les PMT, leur fonctionnement et les évolutions technologiques et organisationnelles
- II. Niveaux d'autorisation donnés aux établissements par le biais de la construction des gradients. Après avoir défini la notion de gradient, nous dirons comment elle nous permet de rendre compte de l'offre en endoscopie et en cardiologie les deux spécialités que nous avons choisies pour nos investigations.
- III. Les coopérations et les formes de compétition entre établissements
 - 3-1 Coopérations intra institutionnelles
 - 3-2 Innovations organisationnelles et coopérations en réseau organisé
 - 3-3 Coopérations avec la ville
 - 3-4 Positionnement concurrentiel du privé et du public sur le marché
- IV. Les inégalités sur le territoire

+++++++

I- LES PMT : FONCTIONNEMENT ET EVOLUTIONS

Les techniques se transforment, modifiant la composition technique du plateau mais aussi les configurations professionnelles de l'intervention.

1) La transformation de certains modes d'intervention rend possible des interventions par des médecins spécialistes et non chirurgiens

Le déplacement des frontières entre chirurgie et médecine conduit dans certains cas à des tensions entre des spécialités proches (endoscopiste/chirurgien digestif ; cardiologue/chirurgien en cardiologie). Ainsi, l'avènement de la cardiologie interventionnelle (intervention percutanée) engendre de la concurrence et des tensions entre ces deux spécialités...

« C'est-à-dire que si vous retrouvez le chirurgien cardiaque qui a toujours eu le pouvoir, à qui on suppliait de bien vouloir opérer un malade, maintenant c'est un peu le contraire. Il supplie pour qu'on lui donne des malades. Ce renversement du pouvoir est assez difficile à vivre dans certaines spécialités ». (Dr C cardiologue)

Cependant il existe plusieurs solutions travaillées tant par les professionnels que par les organisations pour surmonter ces oppositions dont nous faisons état plus loin et créer des synergies favorables aux patients. Des alternatives naissent.

L'apaisement des tensions prend des formes différentes :

⁴ Nous avons notamment fait une analyse développée sur le fonctionnement formel et plus informel de certains des territoires en cardiologie.

- Un nouveau lexique émerge autour de la notion d'interventionnel dans l'objectif de rassembler : on parle de "Salle interventionnelle protégée" (Haute Autorité de Santé) au lieu de "bloc opératoire" ou d'"Acte interventionnel" (Académie de Médecine)
- Les chef.fe.s de pôles jouent un rôle également pour promouvoir une culture de "cohabitation" entre les spécialités.
- Certains valorisent également la proximité des parcours pour tenter des rapprochements entre spécialistes.
- Au niveau organisationnel, les professionnels ont l'occasion de travailler ensemble lors de réunions de concertation et de décision autour du patient :

Les *Heart Team*, les Staffs médico-chirurgicaux - réunions de concertations entre les différentes disciplines, prise en charge personnalisée du/de la patient.e - favorisent la créativité et l'hybridation des connaissances : *"mélanger les cardiologues interventionnels, cardiologues normaux, des anesthésistes et chirurgiens cardiaques pour discuter au mieux du patient."* (Dr Deleuze ML).

Une des intégrations la plus aboutie (à la fois organisationnelle et professionnelle) parmi celles que nous avons rencontrées consiste en un choix effectué par l'Hôpital Georges Pompidou. Les professionnels ont créé une Unité médico-chirurgicale de valves cardiaques. Elle rassemble dans une même unité les chirurgiens et les cardiologues interventionnistes. *"on a créé cette unité médico-chirurgicale qui commence à être dans les guidelines internationales pour que le patient arrive, qu'il soit bilanté, et qu'on décide à ce moment-là de ce qui est le meilleur pour lui entre la chirurgie ou la cardiologie interventionnelle."* Elle précise : *"on travaille ensemble dans l'intelligence, on bilante les patients, et on leur donne leur chance en fonction de leur profil de risque et de ce qui semble plus adapté à son cas"* (DR X).

2) Les plateaux techniques évoluent et se reconfigurent

⇒ **En endoscopie et chirurgie digestive**

- Séparation des PMT par spécialité (pour des gains de ressources et de temps, (cf. CHU Avicenne)
- Création de salles hybrides de pointe permettant une double intervention (HEGP)
- Rapprochement avec d'autres services pour mutualiser les ressources (ex : CHIPS, partage de l'hygiène/anesthésistes/réveil avec obstétrique)
- Création de PMT en étoile autour d'un axe central pour compenser le manque d'anesthésistes (HEGP). Le public semble plus souffrir du manque d'anesthésiste que le privé.
- Le secteur public est caractérisé par un objectif de mutualisation des salles de réveil et des services d'hygiène entre endoscopie et autres services

⇒ **En cardiologie,**

L'Organisation spatiale des PMT dans des bâtiments plus anciens se traduit par un éloignement et une autonomie des différentes salles d'intervention. La salle hybride est symptomatique de la dynamique de fusion des rôles et compétences entre chirurgien.ne.s cardiaques et cardiologues interventionnel.le.s.

les projets privilégient

- La construction de salles communes radiologiques et interventionnelles
- Le rapprochement des services de cardiologie et ceux liés à l'intervention chirurgicale.

3) Les innovations en cours sont susceptibles de transformer un certain nombre d'éléments.

L'ARS anime des réflexions avec les professionnels sur l'évolution des plateaux techniques. Elle apparaît comme force d'échange et de coopération pour le développement des projets de modernisation ou le repositionnement de certaines interventions de gradient de niveau 1 vers la ville. Cela s'est révélé notamment dans l'organisation de présentation d'innovations et d'échanges au travers de webinaires avec les professionnels de l'Île de France, par exemple sur la microchirurgie en cabinet comme innovation organisationnelle mais aussi comme modification des pratiques professionnelles. Les réussites, les difficultés, les obstacles à lever pour l'extension des pratiques y sont abordés. En parallèle, l'ARS favorise le développement d'une chirurgie mini-invasive assistée par robot – cette innovation technique permettant l'émergence d'autres pratiques médicales : les consultations d'anesthésie préopératoires à distance, et les interventions en ambulatoire. L'ARS soutient également le regroupement de certains plateaux, la mutualisation d'acquisition et d'usage de robots ou de plateaux.

Les transformations technologiques (par ex. les robots, la consultation à distance, l'usage de plus en plus intégré de la radio dans le fonctionnement des plateaux) modifient à la fois les organisations et les pratiques. Plus fondamentalement et au niveau médical, on assiste à une transformation des techniques d'intervention.

1) La **chirurgie mini invasive** pourra se faire en cabinet à condition d'avoir la possibilité d'un recours à l'anesthésie et réanimation si besoin. Cela suppose des accords entre cabinets et une structure hospitalière possédant un bloc avec anesthésiste.

2) Certains **plateaux se mutualisent** pour réduire le nombre d'anesthésistes nécessaire (par exemple en ophtalmologie) ;

3) le **développement des robots au sein des PMT**

Si la décision d'investir dans l'achat d'un robot peut être le fait d'une unité et de quelques acteurs décidés à promouvoir cette technologie, la diffusion des informations concernant les robots, les débats qui entourent son développement, les types de formation à mettre en place, sont le fait des sociétés savantes, de réseaux et collectifs de chirurgiens, de l'ARS. Leur rôle est essentiel pour mesurer l'impact et le bien-fondé de l'usage des robots en tenant compte du service rendu à l'équipe chirurgicale, des difficultés d'implantation et d'entretien, des coûts. Le robot n'apparaît pas toujours -et ceci varie selon la spécialité- d'un réel apport (une grande majorité des centres de chirurgie cardiaque ont abandonné par exemple les télémanipulateurs robotiques du fait de leur coût, de l'allongement des durées d'interventions, des difficultés à effectuer la microchirurgie). Insistons sur le fait que la vente des robots est le fait d'un monopole qui rend les acquéreurs captifs d'un marché dans lequel l'offreur fait sa loi en termes de tarif et de service de maintenance. Ceci est à considérer au niveau politique puisque la question essentielle en amont est celle de la diversité de conception des robots et par des partenaires français afin de conquérir une certaine indépendance. Leur mise en place, concerne certes, les chirurgiens mais également différents autres professionnels du bloc tant l'introduction du robot modifie méthodes et protocoles (il est par exemple nécessaire de revoir les protocoles d'anesthésie). L'implantation modifie également le travail des équipes qui entourent et servent le bloc, les équipes techniques qui devront ménager l'implantation, les équipes s'occupant du nettoyage des outils et de leur stérilisation...Les robots font l'objet d'une politique de mutualisation au sein des GHT⁵ ou entre les cliniques. Ils se développent plus facilement dans certaines spécialités chirurgicales (cf. tableau ci-dessous). Il n'existe pas de canal officiel pour informer l'ARS de l'acquisition d'un robot ; la circulation de l'information suit des circuits de communication informels

Les enjeux autour des robots sont récapitulés dans le tableau ci-dessous.

⁵ GHT Groupements Hospitaliers de Territoire

Effets pour l'équipe d'intervention

- Meilleure ergonomie de l'intervention, facilité du geste (comparé à la coelioscopie sans robot); précision.
- Réduction du temps d'intervention
- Prisé par certaines spécialités (urologie) et peu dans d'autres (cardiologie)
- Nécessité de formations spécifiques
- Déstabilisation du chirurgien (rapport à distance, représentation en 3D) ; disparition du toucher
- Meilleure ergonomie pour le chirurgien qui intervient.
- Eloignement du corps du patient
- Pour les professionnels : accès à la technique ; attractivité pour les jeunes professionnels

Coûts et intérêts thérapeutiques

- Investissements importants (non rentables)
- Le fonctionnement lui-même coûte cher (Chaque intervention 2000 environ) et la maintenance suppose aussi un back office dédié.
- Non pris en compte dans la nomenclature des actes remboursés par l'assurance maladie
- Mais permet le développement de l'ambulatoire
- Pour le malade : apport non complètement prouvé pour actes mini invasifs avec et sans robot
- Attractivité pour la patientèle ;

II- Les niveaux d'autorisations donnés aux établissements par l'ARS reposent sur la notion de gradient.

La mise en place au niveau national de la politique de gradation des soins a comme objectif d'éclairer les exigences pour un certain niveau de soins. Elle est en émergence depuis 2019 et peu finalisée au niveau national pour différentes raisons (notamment la crise de la COVID).

La construction repose sur une Commission d'Autorisation composée de Conseils nationaux professionnels. Ils travaillent à définir des critères, sortes de références pour la construction des offres en fonction de la complexité des problèmes de soin et d'intervention. Ceci afin de permettre une offre de base au plus près des usagers sur les territoires et afin de permettre à tous l'accessibilité à des niveaux complexes. Hormis les spécialités dont les actes sont déjà structurés et en quelque sorte « gradés » par d'autres cadres réglementaires, l'ARS doit établir, à quel gradient, correspondent les actes médicaux. Pour ce faire, elle a défini des critères opérationnels et elle a sélectionné des établissements candidats volontaires pour participer à cette démarche de « labellisation », en lien direct avec les médecins spécialistes. Le processus de repérage et de labellisation des établissements par l'ARS s'est fait en lien avec les équipes volontaires. Concrètement, deux modalités ont été définies pour rendre le projet de gradation opérationnel : sur la base du volontariat, des établissements ont été invités à participer au processus, et à se positionner sur un type de gradient. Une partie des professionnels médicaux investis s'est ensuite constituée en association afin de poursuivre cette dynamique ; de leur côté, les professionnels de l'ARS ont proposé de mettre en place une structure avec une triple mission : formation, évaluation, puis accompagnement des établissements.

L'ARS intervient dans le respect et l'application de la législation imposée par le ministère (lois, décrets, arrêtés, circulaires). Il existe selon les spécialités une réglementation plus ou moins précisée. Ainsi dans le domaine du cancer, le cadre élaboré est celui des plans INCa. La cardiologie interventionnelle et l'USIC (Groupes d'Urgence et Soins Intensifs de Cardiologie) est encadrée par une circulaire spécifique⁶. L'infarctus du myocarde est cité dans cette circulaire comme « devant être traité de manière spécifique car la prise en charge médicalisée précoce conditionne le pronostic. Dans cette perspective, il est indispensable d'identifier les centres possédant un plateau technique adapté pour les explorations coronaires 24H/24, d'en examiner leur implantation en fonction du volume d'actes et des équipes de plateaux techniques ». La circulaire insiste sur « la nécessité de renforcer les transports sanitaires et organiser des filières directes pour transférer les patients, ceci en concertation avec les SAMU et les transports sanitaires ». Il existe une logique organisationnelle à lier les unités de soins intensifs de cardiologie (USIC) et les plateaux de cardiologie interventionnelle. C'est la principale justification de l'individualisation d'un SROS de cardiologie. En outre, les données PMSI confirment que l'activité cardiologique hospitalière est concentrée à 93 % dans les établissements disposant d'une USIC.⁷ En conséquence, les centres se limitant actuellement à la coronarographie doivent modifier leur activité en fonction de leur capacité d'accueil des urgences cardiologiques et selon leur implantation dans des sites d'accueils d'urgence. Pour d'autres spécialités un tel cadre n'existe pas.

L'axe du projet régional de santé s'organise autour d'une gradation des soins. Celle-ci est définie pour une spécialité donnée. La construction des gradients est un instrument de politique publique, un outil pour situer le niveau de complexité des interventions dans les spécialités et orienter la politique de l'ARS. L'ARS investit différemment les spécialités ; l'existence d'un référent reflète la priorité accordée par l'ARS à une spécialité donnée.

Il est utile (a) de revenir sur cette définition des gradients ; ainsi que sur la manière dont ils sont perçus par les professionnels des spécialités rencontrés (b) ; la manière inégale dont ces gradients sont utiles pour la politique régionale (c).

a) Construction et définition des gradients,

La gradation est une représentation qui peut devenir un outil de politique publique car elle permet de repérer la répartition des actes entre les structures et les zones géographiques (territoires) et organiser dans un deuxième temps une orientation des prises en charge des patients selon les pathologies entre différentes structures de soin. Particulièrement pour les urgences. Cette typologie de gradation des soins est beaucoup plus élaborée pour certaines spécialités chirurgicales que pour d'autres. La cardiologie fait l'objet d'une politique très avancée et structurée tant au niveau national qu'au niveau de l'ARS⁸. Cela tient en partie à la plus grande facilité de classer les actes dans certaines disciplines (comme la cardiologie). C'est aussi lié, sans doute, aux types de dynamiques privilégiées par l'ARS.

Ainsi au moment de notre enquête, il existe un référent chirurgie à l'ARS pour la cardiologie (Mme Bataille), pour les plateaux techniques (Mr. Ferrain), pour la chirurgie (Mr. Philippe) mais il n'y en a pas pour une des spécialités que nous avons investiguées : l'endoscopie.

Julia Legrand a effectué une reconstitution des gradients en partant de ce qui lui avait été dit par les acteurs de l'ARS (Mr Ferrain et Mr Philippe) ainsi que les professionnels en exercice

⁶ Circulaire n° 101/DHOS/O/2004 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de 3^{ème} génération. « L'ouverture de nouveaux centres ne réalisant que des actes diagnostiques n'a plus de justification compte tenu du développement depuis le SROS II des centres de cardiologie interventionnelle et de celui à venir de la coronarographie non invasive par scanner et IRM qui viendra probablement concurrencer à moyen terme la technique actuelle »

⁷ Note SMAMIF - MESPES - Objectifs quantifiés - Cardiologie interventionnelle - février 2005

⁸ A contrario, les gradients sont peu utilisés pour la politique concernant l'endoscopie

rencontrés. C'est une sorte de proposition de synthèse des niveaux pour les différentes spécialités (cf. tableau ci-dessous).

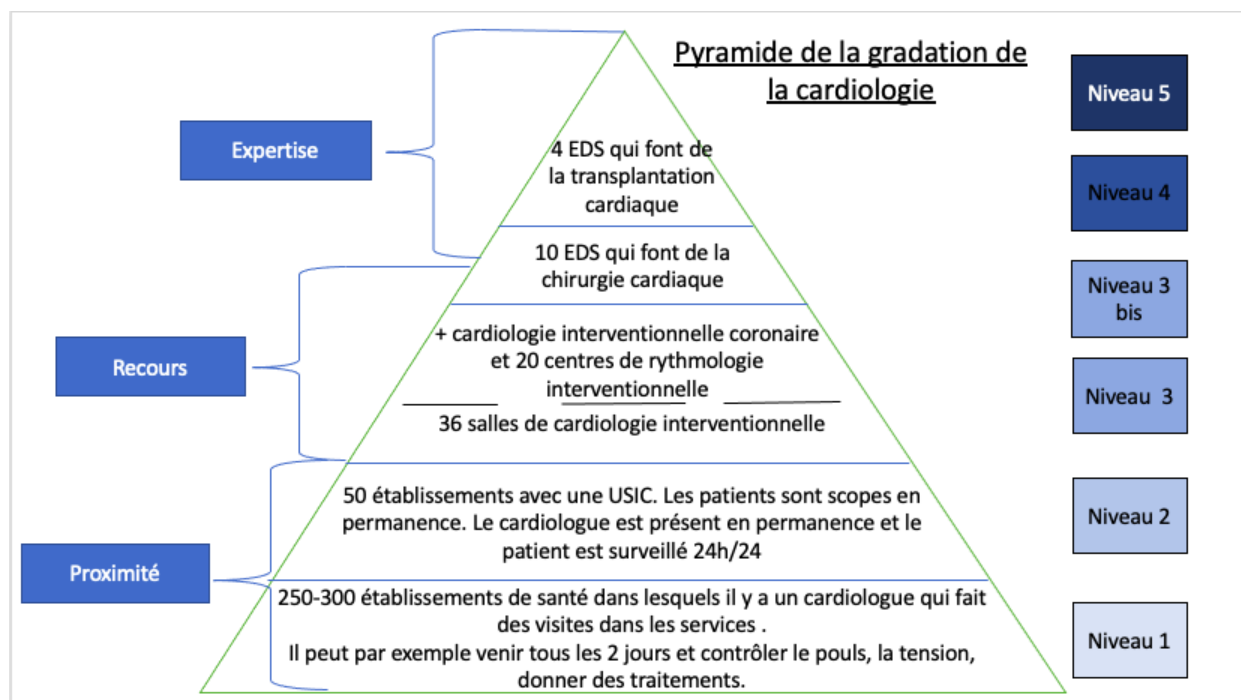
Ces critères qualifiant le gradient des plateaux médico techniques sont relatifs aux patients qui y sont dirigés (pathologies et profils individuels) et aux médecins qui les opèrent (spécialité, technicité du geste). Ainsi, l'âge et la maladie apparaissent comme des critères décisifs pour juger le gradient d'une spécialité - en raison notamment de la complexité des interventions et des risques qu'elles représentent selon la fragilité du public.

Pour ce qui concerne l'endoscopie la gradation des soins repose donc sur la prise en compte de plusieurs dimensions : 1) la fréquence des soins (actes courants ou rares), 2) la complexité de l'intervention et son degré d'urgence (coût/sophistication matérielle et technicité du geste), 3) les modalités post-opératoires (hospitalisation ou ambulatoire).

Le premier niveau est celui où l'intervention se compose d'actes courants, jugés techniquement simple à réaliser, comportant peu de risques pour les patients, qui peuvent rentrer chez eux directement après une intervention (ex : chirurgie de la cataracte). A un niveau intermédiaire, certaines opérations comportent des risques rarement vitaux et nécessitent une surveillance de quelques heures (ex : chirurgie post-traumatique). Au niveau le plus complexe, des opérations nécessitent des gestes hautement techniques et un matériel de pointe, maîtrisé par peu de professionnels, et comportent des risques vitaux importants (ex : chirurgie infantile, chirurgie cardiaque).

	Gradient 1 proximité	Gradient 2 recours	Gradient 3 expertise	
Chirurgie (source ARS)	Chirurgie en cabinet Actes courants avec équipement usuels Urgences courantes	Chirurgie complexe avec pluridisciplinarité Chirurgie avec nécessité d'équipement plus lourd (robot, navigation, réalité augmentée, salle hybride), radiothérapie per- opératoire... Chirurgie nécessitant un encadrement médical (anesthésie et/ou réanimation) péri-opératoire plus lourd (explorations, technique d'anesthésie, modalités de surveillance per- opératoire et modalités de surveillance post- opératoire)	Chirurgie fœtale Chirurgie au cours de la grossesse Ostéosarcome Greffe Tumeur cérébrale	PMT chirurgie : Bloc opératoire Salle de naissance Cabinets chirurgicaux Bloc robotisé Bloc avec navigation Bloc avec réalité augmentée Imagerie per- opératoire et post- opératoire Salle hybride Laboratoire Système d'information
Endoscopie (d'après les entretiens)	diagnostic	Interventionnelle	Salle hybride	

La construction d'une représentation des actes par niveau de gradient en cardiologie a été construite et exposée par la *référente* cardiologie de l'ARS Mme Bataille. Elle la présente sous forme d'une pyramide très élaborée et détaille 5 niveaux, présentés ici en ligne ; le niveau 5 est celui qui englobe tous les autres. Pour chacun des niveaux, les établissements qui figurent dans ce niveau intègrent aussi chacun des autres niveaux. Le travail de terrain a néanmoins révélé l'existence d'exceptions.



Niveaux	Leur contenu	Nombre
5	Expertise : Transplantation cardiaque. Pompidou, La Pitié Salpêtrière, Bichat, Marie Lannelongue (ESPIC),	4
4	Recours pour l'expertise : Chirurgie cardiaque,	
3	Recours : USIC et cardiologie interventionnelle. Angioplastie coronaire, rythmologie interventionnelle, cardiologie congénitale (malformation cardiaque des enfants) <ul style="list-style-type: none"> 3 bis : salles de cardiologie interventionnelle coronaire (angioplastie coronaire pour éviter de perdre trop de temps) et 20 centres de rythmologie interventionnelle avec des opérations programmées 	36
2	Proximité : <i>USIC (unité de soins intensifs en cardiologie)</i>	50
1	Etablissement de santé dans lesquels il y a un cardiologue mais pas en permanence	250/300

Pour la cardiologie, on se situe dans des gradients très élevés puisque pour maintenir la spécialité cardiologique, les structures hospitalières devaient s'organiser pour toutes pouvoir intervenir en niveau 2. Sur le terrain, les gradients font partie du fonctionnement courant en cardiologie et sont bien connus des établissements. Les professionnels ont une représentation assez proche de cette pyramide bien que moins précise.

En revanche, on constate un certain flou quant à la définition des niveaux de gradient en endoscopie. Des gradients n'y ont pas été formalisés à ce stade, et la plupart des professionnels de terrain ignorent l'existence de cette politique. Aucun professionnel du public n'a déclaré connaître le gradient auquel son service pourrait appartenir, dans le privé, en revanche, nos interlocuteurs connaissaient la notion de gradation.

Si les chirurgiens digestifs ont intégré la notion de gradient, celle-ci en revanche est inconnue des médecins d'endoscopie digestive. Il s'agit ici de représentations diverses d'une même réalité. En effet, il n'y a pas de connaissance d'une définition des gradients, mais les professionnels opèrent clairement une distinction entre endoscopie exploratoire ou diagnostic et endoscopie interventionnelle.

b) Perception des gradients par les acteurs de terrain

Les autorisations accordées par l'ARS suscitent des controverses. Les professionnels du privé et du public n'ont pas le même point de vue concernant les autorisations ARS ; en endoscopie les professionnels du secteur privé critiquent les seuils d'autorisation les jugeant trop haut tandis que ceux du secteur public les considèrent comme trop bas. En cardiologie, certains professionnels du privé souhaiteraient pouvoir intervenir sur les interventions les plus difficiles – y compris dans le cadre privé- lorsqu'ils sont qualifiés pour le faire.

L'enquête sur les établissements publics montre également que les médecins craignent que la gradation des soins ne contraigne leur activité, soit en réduisant l'éventail de leurs actes, soit en les sur-spécialisant, ou encore en n'autorisant que les interventions les plus courantes. Ils craignent que la concentration des actes complexes sur certains sites signifie une perte des actes plus simples (par exemple dans d'autres disciplines telle la chirurgie orthopédique ou l'ophtalmologie) alors qu'ils sont nécessaires pour équilibrer l'activité et permettre l'enseignement.

c) Ces gradients sont plus utiles pour la politique régionale pour certaines spécialités

En cardiologie, les gradients apparaissent très utiles et mobilisés par l'ARS ; ils s'articulent aux autorisations concernant le niveau d'intervention pour l'établissement. Et en cardiologie, les spécialités soumises à autorisation sont la **rythmologie, chirurgie cardiaque, transplantation cardiaque** Les gradients sont utilisés en cardiologie pour organiser les prises en charge **notamment en** urgence ou pour des interventions de niveau 2 ou 3. En effet, après avoir défini des gradients, situé les différents établissements selon ces gradients, le secours dans l'urgence est rendu plus aisé. Ce dispositif de classement est opérationnel, il est utilisé par les services d'orientation des soins et des secours d'urgence. En cardiologie, l'urgence nécessite un plateau technique et le patient est orienté vers les lieux où les plateaux sont disponibles pour une intervention en urgence – certains établissements ont des salles dédiées à l'urgence (ex. La Pitié Salpêtrière) – (cf. entretien ARS). L'accueil de l'urgence en fonction d'un premier diagnostic est très renseigné ce qui facilite l'accueil et la rapidité. Les secours savent en effet quels sont les lieux d'accueil disponibles selon le cas patient et l'éventuelle complexité de gradient concerné. Le 15 peut ainsi orienter les personnes en fonction du diagnostic porté sur leur état. Cette mise en œuvre des gradients est particulièrement aboutie pour le segment de la cardiologie. En effet, le 15 dispose des répartitions des établissements par gradients sur les territoires, ce qui facilite l'orientation et la prise en charge rapide des patients.

Notons, cependant, que l'organisation des filières d'acheminement des patients est essentielle mais ne suffit pas. En effet, le public, et aussi parfois les généralistes, ne sont pas toujours bien informés sur les bonnes procédures et les bonnes trajectoires pour être secouru rapidement. Le registre E-must tenu par les SAMU sur la prise en charge des syndromes coronaires aigus (créé dans le cadre du SROS II), révèle que 50 % des patients n'empruntent pas la filière idéale lors d'un infarctus. Ils vont à l'hôpital par leurs propres moyens, ce qui nécessite ensuite un transfert inter hospitalier⁹. 76 % des patients admis aux urgences étaient arrivés par leurs propres moyens. Les conclusions sont la nécessité d'une revalorisation d'information concernant le 15.

⁹ Etude du Registre e-MUST diffusée en juin 2019

[http://www.cardio-](http://www.cardio-arsif.org/Downloads/SFMU2019/7.%20Filiere%20soin%20secondaire.pdf)

[arsif.org/Downloads/SFMU2019/7.%20Filiere%20soin%20secondaire.pdf](http://www.cardio-arsif.org/Downloads/SFMU2019/7.%20Filiere%20soin%20secondaire.pdf)

En conclusion. La mise en place des gradients permet d'avoir une photographie plus précise de l'offre selon les territoires. Elle permet de ce fait d'organiser l'action publique tant au niveau des autorisations, des aides financières. L'organisation des trajectoires pour les urgences tient compte aussi de l'offre par gradient et son implantation sur le territoire. Cela existe déjà pour la cardiologie et l'organisation de ces trajectoires d'urgence était en train de voir le jour pour la chirurgie infantile au moment de notre enquête.

III- Coopérations et compétitions entre établissements.

Quel est le rôle joué par les différents établissements en fonction de leur statut et de leur politique sur le territoire ? Comment les charges de soin se répartissent-elles entre les différents établissements en fonction de leur statut (privé, public, CHU ou CH) ? Où se situent les concurrences ?

3.1 Coopérations intra institutionnelles

La constitution des GHT ou GHU, s'est traduite par un resserrement des liens et des coopérations au sein de ces périmètres ; ce qui a supposé souvent un gros travail de la part des différents professionnels notamment cadres de santé pour articuler des mondes professionnels différents. Ainsi, La Pitié envoie ses patients thoraciques à Tenon (ils font partie du même DMU¹⁰).

Les services travaillent plus ensemble qu'antérieurement car l'orientation du patient se fait en privilégiant le groupement. La politique institutionnelle en lien avec les regroupements en GHT et GHU s'est traduite par une possibilité nouvelle de partage des informations concernant les malades. De plus, entre ces établissements participant au même GHT, on peut voir s'organiser des divisions du travail spécifique entre un PMT spécialisé dans les interventions complexes et un autre spécialisé dans des interventions simples dans un autre établissement appartenant au même groupe. Les intervenants sont alors susceptibles d'intervenir sur les deux plateaux et circulent entre établissements (endoscopie Saint- Germain-en-Laye). Le travail inter service est d'ailleurs facilité par la mise en place de dossiers patients partagés accessibles aux différents services. En intégrant par exemple des soins de suite dans le GHT Pitié, il a été plus facile d'orienter les malades à la sortie de l'hospitalisation.

Mais les formes organisationnelles prévues ne permettent pas de donner vie à toutes les coopérations souhaitées par les professionnels. L'enquête sur la cardiologie montre que les coopérations au sein du GHT ne sont pas toujours prioritaires par les acteurs (cf. le 77). Dans tous les cas, les établissements coopèrent à l'extérieur du périmètre institutionnel. Cela s'explique par plusieurs types de raisons.

Le périmètre d'un groupement GHT ou GHU ne correspond pas toujours à des habitudes et pratiques de collaboration qui concernent parfois des établissements hors du groupement. Ex : la cardiologie de l'HEGP collabore avec des établissements privés, (clinique Bizet) ; il existe également des liens historiques liés ils ont des liens historiques liés aux parcours des PU-PH¹¹ (par exemple entre l'HEGP collabore et La Pitié) ; en outre, lorsqu'un spécialiste se trouve hors du périmètre du GHU et qu'il est le meilleur spécialiste sur une intervention, il est sollicité pour intervenir sur le patient.

Enfin, on note que des organisations spécifiques se sont mis en place pour mieux quadriller le territoire ; ainsi, entre Tenon et Saint Antoine une organisation spécifique s'est mise en place. En effet, il est important d'effectuer des diagnostics en cardiologie et d'offrir en proximité la possibilité de consulter. Afin de quadriller le territoire au plus près, l'équipe de Saint Antoine assure une antenne de cardiologie sur Tenon. Cela permet de faciliter l'accès à une entrée dans les soins en proximité, entre deux offres celle du CCN et celle de Saint Antoine un peu plus éloignée.

¹⁰ Département médico universitaire (remplace le pôle)

¹¹ PU-PH Professeur des universités- praticien hospitalier

La coopération s'effectue aussi en extérieur des périmètres institutionnels dans un contexte de recherche. Tel est le cas de La Pitié, établissement de plus haut gradient, amené à intervenir pour des patients venant de structures de la petite couronne qui ne disposent pas de capacité d'intervention chirurgicale : Jossigny, Corbeil, le Centre Hospitalier Sud Francilien (CHSF), Ambroise Paré, Poissy... D'autre part La Pitié développe un travail clinique avec l'hôpital Mondor. La trajectoire des patients s'organise entre Mondor et La Pitié. Mondor qui a une bonne équipe de cardio, accueille et diagnostique les patients. La partie technique de la transplantation des malades de Mondor et le post opératoire se font à La Pitié. Les malades ensuite repartent pour leur suivi à Mondor. Ceci suppose des coopérations étroites et chaque semaine des échanges et discussions à propos des patients à transplanter. La Pitié collabore également avec Marie Lannelongue de manière plus ponctuelle. (Ceux-ci ont développé une expertise sur des cœurs pulmonaires chroniques post-emboliques). D'autre part les services de cardiologie et de chirurgie cardiaque de La Pitié entretiennent des liens très informels avec L'Institut Gustave Roussy pour des problématiques de cardio-oncologie.

Il existe une volonté également de coopérer avec des établissements en lien avec des interconnaissances et des réseaux bâtis par les professionnels, en dehors des institutions (en lien avec les trajectoires personnelles par exemple).

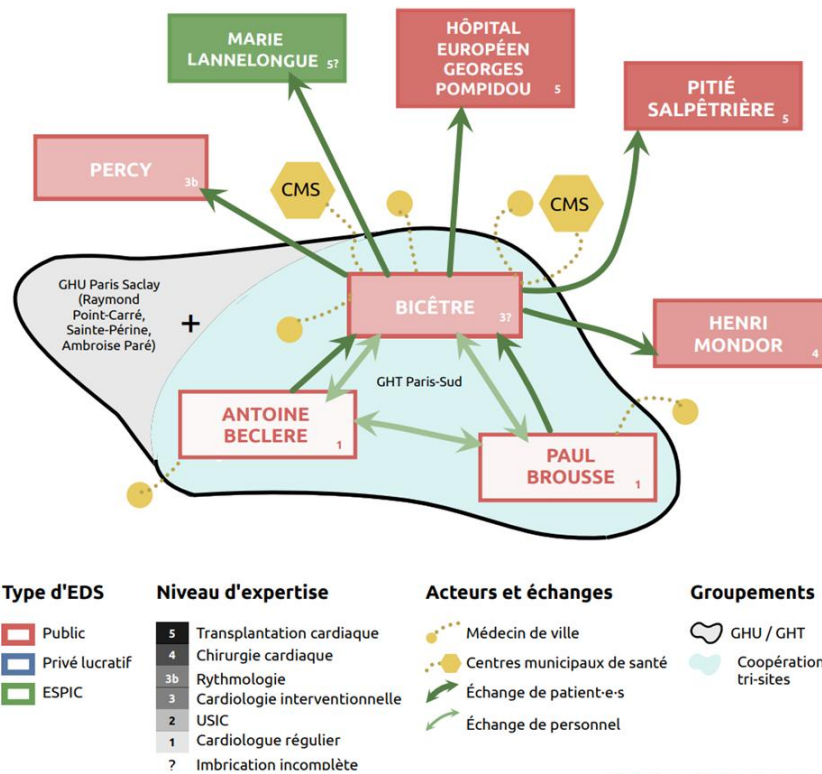
Précisons, que la coopération en cardiologie prend du sens et s'établit souvent entre des niveaux de gradients différents et donc des pratiques complémentaires. Or certains GHT regroupent des établissements de gradients de même niveau, ce qui ne permet pas des coopérations en complémentarité. Des conventions peuvent alors être signées avec des établissements ; c'est le cas de conventions signées entre La Pitié et le Kremlin-Bicêtre pour prendre les patients de ce dernier en urgence ou entre Pontoise et La Pitié... Des conventions ont également été construites entre La Pitié, Rouen, ce qui conduit parfois à recruter des patients en provenance du Havre. Les patients de La Pitié proviennent aussi de différentes villes de province telles que Chartres, Orléans, Troie, Bourges, Valenciennes, Saint-Brieuc. Dans la mesure où les chirurgiens et cardiologues interventionnistes de La Pitié sont extrêmement spécialisés, on leur adresse des malades de différentes origines du fait de leur excellence.

3.2 Différentes innovations organisationnelles et des coopérations en réseau

Les initiatives sont prises à la fois par les directions mais aussi par les professionnels des structures concernées. Le GHU Paris Saclay s'étend sur la petite couronne de l'ouest Parisien est composé de 6 établissements de santé. Le directeur a créé un poste de directeur de territorialité afin de connecter les établissements au territoire sur lesquels ils sont localisés. A Paris-Sud, l'hôpital de Bicêtre (AP- HP GHU de Paris-Saclay¹²) se positionne en relai des autres hôpitaux.

¹² Ce GHU Paris Saclay se compose des établissements Raymond Point-Carré, Sainte-Périne, l'hôpital Ambroise Paré

PARIS-SUD : L'HOPITAL "HORS-LES-MURS"



La spécificité des coopérations du Sud-Est de la petite couronne est que ces établissements sont ouverts aux structures extérieures de proximité. Bicêtre s'est inscrit dans un système tri-site avec l'hôpital de Béclère et l'hôpital Brousse. L'hôpital était un plateau d'hébergement qui hébergeait tout sauf la cardio. Il s'est transformé pour devenir un plateau technique et désormais, il constitue un plateau de service. L'établissement assure une fonction de recours, il propose des services en cardiologie sans tous les assurer lui-même. On se reporter à la carte Paris-Sud ci-dessus : l'hôpital or les murs témoignent de cette fonction de recours assurée par Bicêtre.

- Tout d'abord, Bicêtre **joue le rôle d'intermédiaire** au sens où il reçoit des malades de Antoine Béclère (AP-HP Clamart) et Paul Brousse (AP-HP) et les oriente vers la chirurgie de Mondor, La Pitié, L'HEGP ou Lannelongue. Bicêtre en effet ne fait pas de cardiologie interventionnelle mais est un USIC faisant de la rythmologie de niveau 1.
- Ensuite, **un projet innovant en cours est de construire un « hôpital or les murs »** ; des cardiologues de Bicêtre viendraient assurer des vacations à Béclère et Brousse pour lutter contre les problèmes d'hypertension mal contrôlés sur le territoire. L'échange concerne à la fois les patients mais aussi les médecins qui iront travailler hors de Bicêtre (2 à temps plein à Béclère, deux à Paul Brousse et le reste de l'équipe sur Bicêtre). Cette stratégie a comme objectif également de mutualiser les PMT. La coopération s'organise également avec les CMS et la ville pour atteindre un bon maillage de soin en cardiologie sur tout le territoire.

Si les GHT et GHU ont renforcé les liens hospitaliers. Qu'en est-il des liens avec la ville ?

3.3 Coopérations avec la ville et flux des malades vers les PMT des établissements (hôpitaux ou cliniques)

La nécessité de recevoir un flux suffisant de malades :

Pour bien fonctionner dans des conditions d'efficacité satisfaisante, un plateau technique doit « tourner », c'est-à-dire recevoir des malades pour un volume satisfaisant. C'est à cette seule condition que l'activité peut atteindre une certaine rentabilité qui permette outre le fonctionnement quotidien, le renouvellement des installations, leur amélioration en introduisant les innovations technologiques favorables à des interventions plus fiables et un soin de meilleure qualité. Abonder le plateau en malades est donc essentiel, vital pour le devenir des installations et des établissements. Le lien ville –hôpital est également nécessaire pour articuler au mieux le dépistage et le suivi lors de la trajectoire des malades.

Les PMT ne peuvent bien servir la population que dans la mesure où il existe un travail de passage de relai entre la ville et les PMT. La médecine de ville oriente les malades vers les PMT et accompagne après l'intervention les malades dans leurs soins et leur trajectoire. Les enjeux de la coopération entre établissements abritant les PMT et la médecine de ville¹³ sont pluriels.

- Les médecins de ville effectuent un travail de prévention, de suivi, de diagnostic important pour améliorer la santé des populations et réduire les pathologies aiguës et les crises.
- L'articulation ville hôpital permet en amont une meilleure orientation des malades : les liens de proximité sont parfois directs entre les malades et l'hôpital *via* les urgences ou *via* les services spécialisés de l'hôpital. Mais les services de l'hôpital préfèrent que les malades soient orientés par les médecins de ville qui effectuent un pré diagnostic et ainsi peuvent juger de l'indication et de la spécialité concernée. En l'absence d'indication, les services hospitaliers effectuent une visite d'orientation qui est souvent vécue comme une perte de temps par les spécialistes (comme en endoscopie).
- En aval, l'articulation permet des sorties de l'hôpital dans de bonnes conditions et aussi des sorties avec des durées d'hospitalisation plus courtes.

Comment se construisent les coopérations ville/ PMT *via* les réseaux ou les institutions ?

- ⇒ Pour l'**endoscopie** on a constaté que les liens avec la ville sont peu organisés par les établissements publics mais ils se développent à l'initiative des professionnels *via* les réseaux informels, interpersonnels. L'adressage des patients pour l'endoscopie se fait parfois de manière formalisée *via* les médecins de ville puis *via* la prise de rendez-vous avec un gastro-entérologue. La reprogrammation liée à une mauvaise orientation est un enjeu essentiel pour les établissements. Mais le plus souvent les procédures sont informelles. Les spécialistes de ville appellent directement les médecins hospitaliers sur leur portable pour discuter d'un patient et d'une éventuelle prise en charge. La question du réseau apparaît donc essentielle ; il peut se construire sur la réputation, l'interconnaissance. Il peut être organisé par l'établissement mais nous n'avons

¹³ NB : Ici dans les rapports seules les structures médicales ont pu être prises en compte. Mais pour avoir une vision prospective de notre sujet (le rapport des PMT à la ville) on pourrait envisager d'analyser dans l'avenir un territoire particulier en définissant de manière plus large l'offre de soin sur le territoire. On parlerait ainsi non plus du lien entre les PMT et la médecine de ville mais entre les PMT et l'offre de soin de ville. Celle qui est au plus près de la population pour l'accompagner dans le diagnostic et dans le soin ne nécessitant pas des techniques intégrées sur des plateaux ; la médecine de ville, ce sont certes les médecins libéraux travaillant seuls ou en cabinet de groupe, les réseaux de santé, mais aussi les maisons de santé, les centres de rééducation ou de soin de suite, des associations d'acteurs de prévention et de soin (exemples : la Ligue contre le cancer, l'UNAFAM qui représente les usagers mais joue un rôle irremplaçable pour penser l'amélioration de l'offre de soin sur le territoire...).

rencontré qu'un établissement public ayant une démarche active vis-à-vis des collègues de ville (dans le 93).

. Les liens entre médecins de clinique et professionnels de ville sont plus fréquents et réguliers.

⇒ **En cardiologie**, les liens sont à la fois pris en charge par l'institution et par les professionnels.

Ces coopérations concernent l'adressage pour une prise en charge par le PMT ; le lien avec les malades potentiellement futurs clients des PMT se fait par plusieurs voies.

- Le réseau d'interconnaissance (celui des études mais aussi celui des rencontres postérieures dans différents cercles, notamment des séminaires de formation effectués par les GHU pour les spécialistes de ville¹⁴) : les médecins s'échangent des malades en lien avec une relation de confiance et des relations de dons contre dons. « Je t'envoie mon malade pour des actes complexes puis tu me le rends ». Ce qui n'est pas toujours le cas dans la relation avec les hôpitaux. Les médecins de ville ont alors peur de perdre leur clientèle. Cependant pour les cas les plus graves nécessitant des interventions difficiles, on peut noter que le réseau d'interconnaissance peut fonctionner vis-à-vis d'un ancien professeur. On constate pour Pompidou par exemple un flux de malades locaux. La Pitié a des relais vers l'ensemble des établissements et les services d'urgence, dessert également des hôpitaux de la région parisienne mais aussi d'autres régions, voire à l'international.
- Les vacances et les échanges de médecins : certains médecins vont dans les cliniques pour effectuer des vacances et dans ce cas des liens se créent alimentant également le flux de malade vers les PMT recommandant à leurs malades d'aller vers cette clinique pour des interventions sur le PMT. Par exemple, deux cardiologues de Montreuil vont faire des TAVI à Mondor, seul centre de chirurgie de la région. Ils reçoivent une grande partie de leurs malades qui y sont orientés. Les établissements envoyant leurs malades à Mondor, en envoient aussi à la Pitié. Mondor accueille aussi les cardiologues de Kremlin Bicêtre qui ont besoin du plateau. Un des projets de Mondor et de Bicêtre est d'obtenir des assistants partagés. Mondor et Villeneuve st Georges échangent également des praticiens ; s'il y a de la rythmologie à effectuer, les praticiens de Villeneuve viennent sur les plateaux de Mondor avec leurs malades.

Il existe aussi des politiques d'établissement qui favorisent les flux de malades vers les PMT. Dans le sud de Paris, des regroupements au 1er janvier 2020 ont permis la fusion entre l'Association Marie Lannelongue et la Fondation Hôpital Saint-Joseph. La mise en place de stratégies s'est incarnée dans les regroupements d'établissements. La Fondation Hôpital Saint-Joseph (FHSJ) gère le Groupe Hospitalier Paris Saint-Joseph et l'Association Marie-Thérèse gestionnaire des centres de santé¹⁵. Si on considère la partie cardiologique, on comprend que le rapprochement se fait dans une cohérence d'activité. Des choix ont été effectués par l'hôpital de Saint Joseph de s'associer à Lannelongue. Cela permet aux deux établissements de s'inscrire dans une division sociale du travail entre différents niveaux d'intervention, niveaux qui correspondent à une trajectoire-patient. Les maisons de santé orientent directement vers les spécialistes de cardiologie puis vers les plateaux techniques de Lannelongue pour les interventions. L'hôpital Saint Joseph se centre sur le diagnostic, les soins plus courants en cardiologie tandis que Lannelongue se spécialise dans des interventions de plus haut niveau.

¹⁴ Par exemple en cardiologie, enseignements post universitaires (EPU).

¹⁵ Ainsi qu'un Institut de Formation en Soins Infirmiers

En Seine Saint Denis, et on y reviendra quand on illustrera plus loin les inégalités de territoire, la clinique du Centre Cardiologique du Nord (CCN) tout en se situant dans les plus haut gradients d'intervention (4) accueille également à l'autre bout de la trajectoire patient les urgences et elle effectue du dépistage grâce à un accueil sans RDV des malades du territoire. Le lien avec la ville se fait donc par des consultations ouvertes.

3.4 Le positionnement concurrentiel du privé et du public sur le marché.

Les établissements se partagent le « marché » des interventions en fonction des autorisations qu'ils ont pu obtenir pour les interventions et du niveau de leurs plateaux techniques.

Les interventions complexes supposent des installations sophistiquées et une prise en charge par des équipes très qualifiées. Traditionnellement les CHU se positionnent sur ce créneau car ils possèdent l'expérience et les qualifications nécessaires à une intervention fiable et de qualité. Actuellement, le développement dans le privé de techniques sophistiquées en endoscopie permet à certains établissements de développer des offres sur ce gradient des interventions complexes. Certains professeurs de CHU contestent la qualification des équipes qui mettent en œuvre des opérations complexes dans le privé, contestant ainsi leur légitimité à se positionner sur les interventions complexes. Ceci constitue un enjeu de santé publique dans la mesure où certaines interventions délicates ne seraient pas assurées par des équipes fiables dans le privé. Si on se réfère au tableau des gradients, celui de l'expertise et de la transplantation, on voit que pour le gradient du plus haut niveau, celui de l'expertise, trois établissements sont publics et Marie Lannelongue est un ESPIC.

Les urgences sont le plus souvent orientées vers le public en endoscopie et en chirurgie. Cependant en cardiologie l'adressage construit par les services de secours s'organise en fonction des disponibilités et du niveau d'accueil des établissements.

La concurrence et le partage du marché

En endoscopie : l'Ile-de-France est un territoire particulier avec une « course » à l'équipement des PMT entre public et privé (selon un rapport de la cour des comptes) :

- Sur les actes simples, le privé est majoritairement présent. Le public renvoie les actes simples vers le privé. Volonté de l'AP-HP d'occuper davantage ce créneau.
 - Sur les actes complexes : les structures publiques sont très présentes ; certaines cliniques privées délèguent vers le public.
 - Concurrence de certaines structures privées sur les actes complexes.
- a) La répartition des interventions vs la concurrence entre public et privé se joue sur la capacité à intervenir sur un gradient ou un autre. Or, les CHU sont concurrencés sur leur créneau de prédilection, celui des gradients les plus élevés, alors qu'ils sont peu présents sur les gradients les moins élevés.
 - b) La répartition des interventions entre public et privé dépend de la capacité à créer un lien avec les médecins de ville ou d'établissements de proximité susceptibles d'alimenter les plateaux en malades.
 - c) La mise en concurrence repose aussi sur des délais d'intervention autrement dit du temps d'attente des patients pour accéder à une intervention. Ce temps d'attente peut être variable selon les périodes et la conjoncture. Certes, la période récente, période COVID, ne reflète pas le fonctionnement courant. Mais les récits faits par les acteurs des

CHU mettent en avant différents éléments qui expliquent des délais parfois longs pour le déclenchement des interventions :

- Les PMT du public manquent d’anesthésistes. Le phénomène a pris de l’ampleur. Aussi, certains plateaux pensent l’évolution de leur organisation spatiale afin de privilégier un regroupement des salles, ceci pour permettre la prise en charge de multiples interventions par un même anesthésiste.
- L’hôpital est relativement moins intégré au sein du territoire que ne le sont les cliniques en région parisienne. Par intégration, il faut comprendre ici le lien qui s’établit entre professionnels de santé de ville et établissements. En endoscopie, un seul médecin spécialiste a évoqué avec nous une action directe qu’il mène avec les professionnels de ville. Le lien peut se construire aussi sur une réputation, une légitimité visibilisée par les publications. Mais est-ce suffisant pour se faire connaître dans les termes de la concurrence actuelle avec les cliniques et hôpitaux privés ? Ce lien ville-établissement repose beaucoup sur les réseaux directs de coopération et il fonctionne pour les interventions de base plus directement entre ville et cliniques.

Ce lien est aussi celui des accords entre établissements. On notera que les accords des CHU reposent sur la construction des GHU. Ils fonctionnent relativement bien. Symétriquement, les accords entre établissements sont très forts dans le domaine privé. Outre l’existence de grands groupes, ils prennent la forme d’accords entre cliniques et hôpitaux privés autour de projets et d’actions, de pathologies. (Ainsi la fondation Saint Joseph regroupe et depuis 1977 2 hôpitaux, 4 centres de santé, 3 instituts de formation. Ils ont des accords avec Roussy...)

les établissements de l’AP-HP ne sont pas présents sur le gradient courant et ils sont fortement concurrencés sur les gradients les plus sophistiqués par les gros établissements privés.

Ceci conduit à s’interroger sur l’existence d’un handicap pour les CHU. Il peut paraître paradoxal de parler de handicap pour des établissements qui représentent un condensé de technologie et de qualification professionnelle individuelle et collective. Bien que relatif, il s’agit selon nous d’un handicap en développement.

Pour ce qui concerne la cardiologie, les établissements figurant dans le plus haut des gradients sont des établissements de l’AP-HP également, un seul hôpital privé y figure comme l’indique le tableau ci-dessous :

Tableau des 10 établissements autorisés à pratiquer la chirurgie cardiaque

<i>Nature des Établissements de Santé</i>	Assistance publique	ESPIC	Privé
<i>EdS accueillant un service de chirurgie cardiaque en IDF</i>	HEGP Bichat La Pitié-Salpêtrière Mondor	Marie-Lannelongue Ambroise Paré Institut Mutualiste Montsouris	CCN Ambroise Paré Jacques Cartier Parly II

Tableau des 4 établissements autorisés à pratiquer les transplantations cardiaques

Nature des établissements de santé	Assistance publique CHU	ESPIC	Privé
Etablissements accueillant un service de transplantation cardiaque en IDF	- HEGP - Bichat - La Pitié-Salpêtrière	- Marie-Lannelongue	

S'il existe une certaine concurrence des établissements privés et publics, des accords entre CHU et établissements privés se construisent. Les formes de coopération et de concurrence sont liées à l'offre sur un territoire donné. Nous y reviendrons plus précisément à propos des inégalités selon les territoires.

Les termes de la concurrence et de la coopération entre établissements privés et publics ont aussi évolué en lien avec la crise générée par le développement de la COVID. En effet, le public fortement mobilisé par les malades COVID a déprogrammé, notamment dans la première crise, un grand nombre d'interventions. Certaines ont été reportées, d'autres se sont réorientées vers le privé. En outre, des établissements du privé ont accueilli des malades COVID.

IV- Inégalités selon les territoires

En dépit de l'abondance de l'offre en région parisienne, il existe de fortes inégalités selon les territoires.

Si l'offre est globalement abondante dans la région, elle est inégalement répartie (selon le Schéma régional d'organisation sanitaire SROS). Paris intra-muros est très favorisé et l'accès aux plateaux techniques en fonction du lieu de résidence montre une opposition entre Paris intra-muros et la grande couronne. Les lieux qui possèdent une offre de haut gradient ne sont pas forcément bien accessibles en transport.

A cette inégale répartition des installations du fait d'une concentration à Paris intra-muros, s'ajoutent plusieurs sources d'inégalités qui souvent se cumulent pour une même population. Cela est particulièrement visible tant pour l'endoscopie que pour la cardiologie en Seine-Saint-Denis ; ce constat a été clairement fait aussi en ce qui concerne la cardiologie dans les départements du 94 et du 77. Plusieurs sources à cette inégalité :

- 1) La répartition des PMT sur le territoire est très inégalitaire. Cela pose problème en termes de prévention et de soin mais aussi en termes de secours en cas d'urgence.
- 2) Les territoires défavorisés sont aussi ceux où la médecine de ville (généralistes, comme spécialistes) est peu développée.
- 3) Les territoires défavorisés en termes d'offre PMT sont aussi ceux où la population possède un capital financier et un capital culturel peu élevé qui la fragilise.
- 4) La capacité à se déplacer pour aller vers des lieux de soin est hétérogène :
 - La population âgée est plus à risque tout en étant moins mobile. On sait que la proximité du lieu d'intervention est particulièrement importante pour les patients souvent âgés et ceux

de milieux modestes qui vont au plus proche et suivent le conseil de leur médecin¹⁶. De ce fait, dans les lieux où l'offre en plateau technique est de gradation moins élevée, ces populations en sont les premières affectées.

- Les consommateurs « éclairés » sont constitués des populations jeunes et de celles de milieux favorisés. Ils font des déplacements importants pour se soigner et effectuent des arbitrages entre distance et délai de rendez-vous. Leur critère de choix est plutôt celui de l'établissement que celui du médecin. Jeunes et cadres parcourent des distances plus élevées pour avoir un rendez-vous rapidement. Ils choisissent plutôt l'établissement et font donc plus confiance à l'organisation et au plateau technique. Ils utilisent moins souvent les conseils de leur médecin.

5) Un autre élément joue sur l'accès aux soins, il s'agit de la manière dont les territoires sont reliés par des lignes de transport (du temps nécessaire pour rejoindre le lieu de soin en fonction de son habitat). Durée des transports, absence de parking sont révélateurs des difficultés d'accès. Des lieux en Seine Saint-Denis, sont ainsi mal reliés avec des temps de transport importants. Le choix du lieu de déménagement de l'hôpital privé (à but non lucratif) de Lannelongue au Kremlin Bicêtre a tenu compte de l'emplacement de l'implantation en lien avec la desserte des transports.

6) Enfin, soulignons que les zones concernées par les inégalités sont des zones en expansion démographique ; à l'inverse, les zones fortement dotées sont en perte de population (Paris intramuros).

Il est utile de prendre en compte deux évolutions contraires : évolution de la démographie des populations, évolution des investissements et des développements d'institutions de soin en les articulant aux différents territoires. En lien avec l'héritage historique, la région Ile de France est dotée d'une offre importante. Mais à l'intérieur de cette région, il est nécessaire de distinguer différents territoires et de les analyser plus finement.

- En ce qui concerne Paris intra-muros, il existe une forte densité des établissements. Paris est excessivement bien dotée (offre abondante et diversifiée quelle que soit la spécialité : CHU, hôpitaux, cliniques). La petite couronne sud est bien dotée et collabore avec les établissements intra-muros situés en proximité. Si le 78 apparaît bien doté, certains des établissements sont assez mal desservis en termes de transport public et il est difficile d'y accéder en voiture car impossible de s'y garer. La Seine-Saint-Denis est mal dotée tant pour l'endoscopie que pour la cardiologie.
- En cardiologie nous avons également effectué une analyse sur deux autres territoires également très mal dotés : le Val de Marne, et la Seine et Marne.

Or, l'évolution démographique montre que le département de la Seine Saint Denis (1 619 120 habitants) et celui de la Seine et Marne (1 412 516 habitants) ont une population en expansion alors que Paris intramuros compte 2 165 000 habitants et donc 866 000 habitants de moins que ces deux départements.

La politique actuelle tend pour une grande part à renforcer les établissements fortement dotés sur le territoire parisien et à ne pas soutenir et doter d'autres établissements qui sont sur des territoires déjà peu dotés. Ceci nous apparaît comme un problème de taille car les populations de ces territoires ne sont pas suffisamment prises en compte dans les transformations à effectuer pour doter les établissements existant dans leur proximité alors que les établissements déjà dotés le sont toujours plus, créant ainsi, ce que certains responsables d'établissements qualifient de rente de situation.

Les inégalités du territoire de la région parisienne apparaissent également fortement si on considère la répartition des robots dans les établissements. Il n'en existe pas dans certains

¹⁶ Philippe Le Fur, Valérie Paris, Hervé Picard, Dominique Polton, *Bulletin d'Information en économie de la santé*, n°31, juillet 2000. Etude réalisée par le Centre de Recherche, d'Etude et de documentation.

départements. L'inégalité sociale dans l'accès aux robots ne serait pas géographique si on accepte l'idée que pour être opéré, on peut accepter de faire 45 minutes de transport. Les inégalités seraient plutôt liées à un capital culturel et social détenu par les patients. Celui-ci permet de rechercher les informations concernant les robots chirurgicaux (leurs localisations, leurs apports, les opérations pour lesquelles cela est pertinent, etc.). La localisation des robots est mal connue du public et suppose une recherche active d'information par le patient.

Le travail fait de terrain pour la chirurgie cardiaque et la cardiologie a permis de mettre en évidence les différences qui peuvent exister en matière d'offre mais aussi de lien entre établissements (de concurrence et de coopération) selon les territoires. L'offre, la compétition et la coopération diffèrent selon les territoires. Le travail de terrain a permis de construire par induction 6 territoires (cf. le rapport de cardiologie) :

- Le nord-est : une offre faible qui impose une coopération privée/public
- Un centre de Paris dominé par l'AP-HP : La pitié et Pitié-Salpêtrière, les deux cœurs parisiens
- Le Sud et Sud-Est de Paris des coopérations extra-muros et inter-établissements pour un territoire avec un unique centre d'expertise, Henri Mondor ; Paris Sud hôpital hors les murs p 87-89 ; Paris Sud-Est : l'hôpital Henri-Mondor, un ancrage fort pour 94 et le 77 : échange de personnel et recherche au premier plan.

Le Sud et le sud-Ouest : une absence de liens entre les établissements de proximité et le centre d'expertise du territoire qui conduit à des fuites vers Paris-GH Paris saint Joseph et Centre Hospitalier des Quatre villes (CH4V)

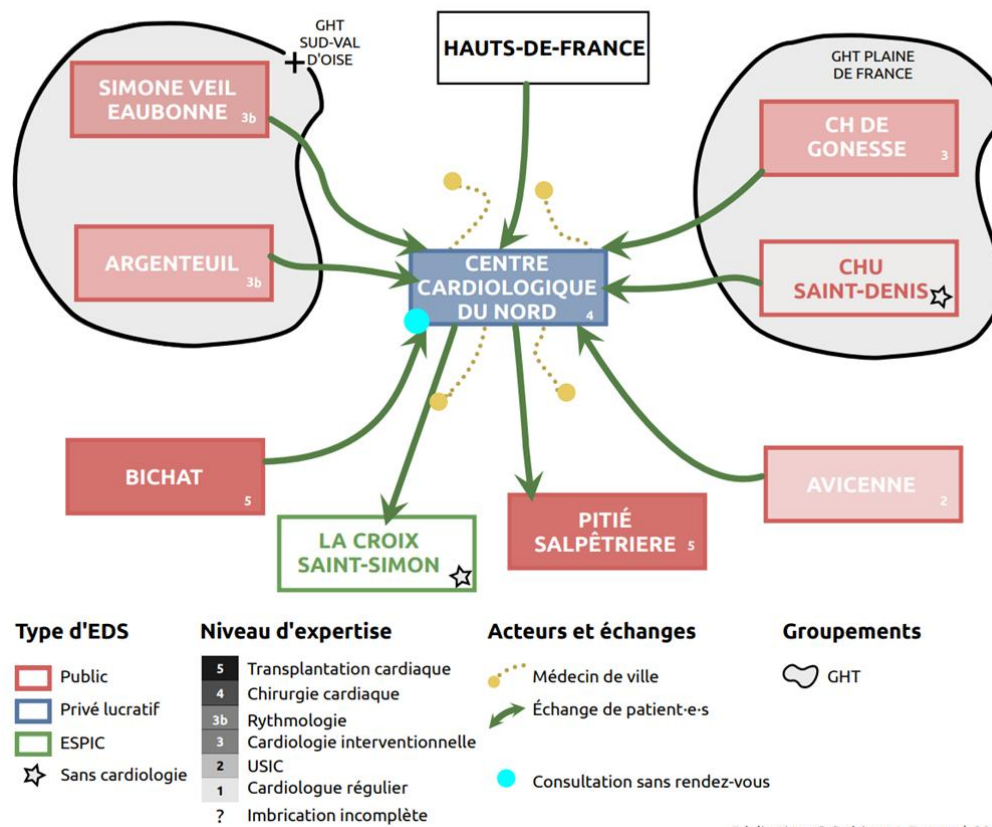
- La grande couronne Sud : des centres en expansion avec de vastes bassins de recrutement

Pour mettre en évidence l'offre et les modalités de la coopération, deux territoires souffrant de l'inégalité de l'offre et ayant une population en expansion sont repris ici celui de Seine Saint Denis (A) et le 77 (B). Pour connaître les analyses des différents territoires on peut se reporter au rapport sur la cardiologie.

A- Le Nord Est : Un triangle pointe en bas (St Denis), un des côtés en direction de Beauvais au Nord-Ouest et l'autre en direction de Compiègne au nord-est : une offre très faible qui impose une coopération public/ privé

Rappel : l'enquête a couvert les sites : hôpital Avicenne de Bobigny (chu AP-HP) ; l'hôpital André Grégoire de Montreuil (public), le Centre hospitalier de Saint-Denis (public) ainsi que le Centre Cardiologique du Nord (privé).

LE CENTRE CARDIOLOGIQUE DU NORD, UN ACTEUR CENTRAL EN SEINE-ST-DENIS



Réalisation : C.Guériaux, L.Reynaud, 2022.

La Seine-Saint-Denis est marquée par un fort besoin non satisfait de prise en charge cardiaque. L'offre n'y est pas suffisamment importante pour couvrir la demande comme le montre certains flux de malades vers Paris Centre (cf. la carte ci-dessus). Une seule autorisation de chirurgie cardiaque niveau le plus élevé de la prise en charge cardiaque existe sur ce territoire. La Seine-Saint-Denis avec seulement un quart de population en moins que Paris, le département frontalier, possède trois fois moins d'autorisations de chirurgie cardiaque.

Le CHU, hôpital d'Avicenne à Bobigny, dispose d'une USIC et effectue plutôt une prise en charge de proximité. Il ne fait pas d'interventionnel. Le niveau 2 de prise en charge des infarctus et la capacité de coronarographie concerne dans le public Gonesse, Aulnay, Montfermeil, Montreuil et dans le privé le CCN. La rythmologie de niveau 2 est faite par les établissements privés, celle de niveau 3 est assurée par le CCN. Le CCN est le seul à avoir l'autorisation de chirurgie cardiaque sur le territoire du nord-est de Paris. Il partage ce territoire dans les faits avec Bichat. C'est la raison pour laquelle la carte de l'offre le positionne au centre. Le CCN – clinique privée- constitue un centre local dans la mesure où il travaille avec le quart nord-ouest de Paris (son action ne se limite pas au 93 mais s'étend au-delà, jusqu'à une limite qui correspond à Beauvais). Et il a un recrutement qui s'étend jusque vers Compiègne au Nord-Est. Le CCN présente des caractéristiques originales. Tout d'abord, il s'agit d'une clinique largement ouverte à la population et accueillant en consultation sans rendez-vous avec une tarification en secteur 1. C'est le seul acteur sur la ville de Saint-Denis à offrir des services de cardiologie (l'hôpital de Saint-Denis n'a pas de service dans cette spécialité). Il existe des conventions entre l'hôpital de Saint-Denis et celui de Gonesse et la clinique du CCN. Ensuite le CCN se situe dans les hauts gradients de cardiologie, le plus haut degré d'expertise du département avec une autorisation de gradient 4. Il détient de ce fait une sorte de monopole sur le secteur géographique.

Un rapprochement pour une nouvelle coopération est à l'étude pour l'hôpital d'Avicenne et celui de Montreuil. Ces deux établissements travaillent déjà ensemble sur un certain nombre de dossiers, ils pourraient ainsi construire une offre territoriale pour la cardiologie. Ils souhaitent

demander une autorisation de coronographie pour Avicenne car actuellement tous les patients en ayant besoin sont envoyés sur Montreuil. Leur coopération n'apparaît pas évidente à construire car elle suppose un accord de l'AP-HP, de l'ARS et du GHT. En effet, elle ne pourrait pas s'inscrire dans le périmètre de l'AP-HP car elle ne se situe pas dans le périmètre du GHT auquel l'hôpital André Grégoire de Montreuil appartient (en association avec le centre hospitalier d'Aulnay-Sous-Bois et le GHI Le Raincy, Montfermeil). La solution serait la création d'un Groupement de Coopération Sanitaire (GCS). Obtenir l'accord de ce GHT semble poser problème, La crainte de perdre des parts de marché (Montfermeil) est présente même si actuellement l'enjeu est plutôt d'augmenter l'offre pour répondre aux besoins.

Ce territoire souffre en outre d'une absence de médecin cardiologue (par ex. absence de cardiologue à Bobigny, ville de 100 000 habitants). De ce fait, certaines personnes malades – 1500 malades environ selon un des médecins du public- ne seraient pas soignées.

On constate qu'en Seine-Saint-Denis, il y a une forte activité avec une offre territoriale bien moindre que dans le sud de Paris et sa proche banlieue. De ce fait la priorité est à la construction d'une coopération entre l'hôpital d'Avicenne et les cliniques et hôpitaux du territoire, parmi lesquels le CCN qui a un gradient très élevé. La coopération concerne tous les gradients et tous les types d'intervention : l'urgence, le soin, les interventions de haut gradient.

Une transformation à venir de l'offre en Seine- Saint-Denis

Face à ces grandes inégalités et distorsions territoriales, se pose clairement la question d'une redistribution de l'offre. La prise en compte de la redistribution de l'offre est visible au travers de l'implantation d'une structure hospitalière très importante à Saint-Ouen. Ce campus universitaire médical et dentaire correspond au déménagement et au regroupement des hôpitaux de Bichat et Beaujon. La construction de ce centre pourrait permettre de rééquilibrer le déficit de l'offre en Seine-Saint-Denis. Elle s'accompagnerait de l'implantation d'un hôtel pour accueillir les malades ne nécessitant pas d'hospitalisation, d'un campus universitaire.

Cette nouvelle implantation est marquée par de multiples débats. La fermeture des lits s'inscrit dans le développement de l'ambulatoire mais aussi dans la volonté de réduire les frais de fonctionnement. Le projet avait prévu la réduction de 389 lits de médecine, de chirurgie, et d'obstétrique sur les 1 049 d'aujourd'hui. Cette réduction a été contestée. Elle a fait l'objet d'une mobilisation et d'une expression des professionnels qui la jugent excessive et ne permettant pas de ménager une flexibilité pour accueillir les malades venus des urgences en cas de nécessité.¹⁷ Cette revendication s'inscrit dans une conjoncture qui met en évidence de manière exacerbée les tensions dans les établissements hospitaliers. Dans un deuxième temps, l'AP-HP avait obtenu du ministère une augmentation de 90 lits et une autorisation d'emprunt supplémentaire de 70 millions d'euros.

L'implantation de ce nouvel hôpital introduit une possibilité de modifier les inégalités Seine Saint Denis ; pour cet établissement cela supposera de tenir en même temps deux objectifs. Celui de s'organiser pour faire vivre et développer son haut niveau de soin et d'intervention en lien avec la recherche en tant que centre de référence. Celui de tenir une place qui s'articule à l'offre de proximité sur le territoire. L'enjeu repose sur l'orientation de cette articulation. L'offre médicale sur le territoire est très faible et elle va mécaniquement se réduire encore avec les départs en retraite si d'autres généralistes et spécialistes ne viennent pas s'y implanter. L'hôpital

¹⁷ Dans une tribune du journal Le Monde datée de Hôpital Grand Paris Nord : « Nous demandons au ministre de la santé d'intervenir afin que le projet soit à la mesure des besoins de la population » datée du 28 décembre 2020. Je mets le contenu de la tribune dans l'annexe 2 de ce texte.

à lui seul ne pourra répondre au déficit existant. Il est donc nécessaire de penser deux problèmes :

1) la possibilité d'allier les caractéristiques d'une structure de grande taille avec la possibilité d'une flexibilité dans le fonctionnement des services et à l'inter service (en lien avec les apports de nos travaux menés sur les PMT).

2) considérer les modalités de l'articulation avec la ville *via* une politique pour encourager l'installation des médecins et *via* la mobilisation de l'offre de soin sur le territoire (les maisons de santé existantes, les PMI, mais aussi les cliniques, particulièrement celles qui interviennent déjà sur le territoire pour soigner les populations dans la proximité).

Dans cette perspective, l'association de tous les acteurs est importante pour la réflexion et l'organisation. La clinique du CCN non associée jusqu'à la date de l'enquête pourrait l'être en amont de l'implantation du nouvel hôpital à Saint-Ouen, en Seine-Saint-Denis.

B) La Grande Couronne sud : des centres en expansion avec de vastes bassins de recrutement

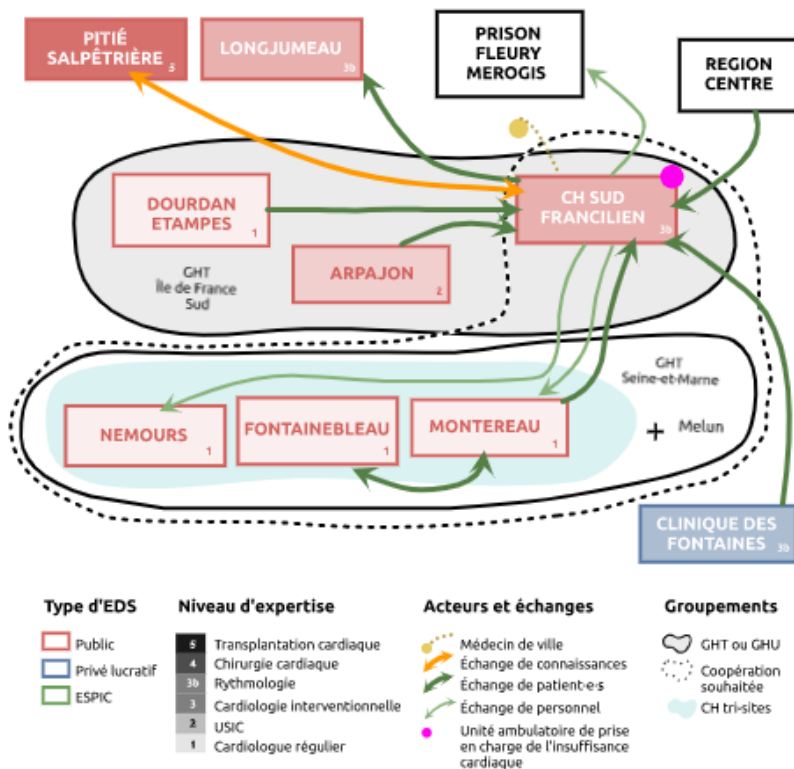
La grande couronne sud est intéressante à étudier car elle est éloignée du centre de Paris et des établissements de l'AP-HP. Deux gros centres hospitaliers étudiés se situent dans des zones mal pourvues

- Le Centre Hospitalier Sud-Francilien de Corbeil-Essonnes (CHSF) cardiologie gradient 3, grande activité de chirurgie interventionnelle mais pas de chirurgie cardiaque.
- et le groupe hospitalier Sud Ile-de-France Melun. Cardiologie Gradient 2. La cardiologie s'articule avec la cardiologie de la clinique Les Fontaines ; c'est elle qui dispose d'une autorisation de cardiologie interventionnelle

Ces deux établissements apparaissent comme des recours du fait de la conjoncture démographique et du fait de l'offre de soins dans les deux départements. Ni l'Essonne, ni la Seine-et-Marne ne possède de service de chirurgie cardiaque. Or ces deux départements ont une population qui croît depuis plusieurs décennies. La croissance de la population se concentre dans la zone de la ville nouvelle de Marne-la-Vallée et dans la ville nouvelle de Sénart. Les structures hospitalières mentionnées recrutent des patients bien au-delà de ces départements. Les hospitaliers considèrent le sud de la Seine et Marne comme un vrai désert médical. Ces zones manquent de lits de soins intensifs en cardiologie.

Ces établissements ont des difficultés de recrutement d'internes mais aussi de professionnels cardiologues. Les responsables plaident pour davantage d'intervention de l'ARS dans la régulation de la démographie médicale.

CHSF: UN EDS COUVRANT LES BESOINS D'UN LARGE TERRITOIRE



Réalisation : C. Guériaux, L. Reynaud, 2022

CONCLUSION

- Les inégalités de santé sont le produit d'un contexte social global et celles-ci doivent donc être une préoccupation centrale dans tous les domaines politiques (interministériel) et à toutes les échelles du pouvoir (du national au plus local).
- Nous rappelons que le cadre de notre étude concerne l'Île-de-France, un territoire bien doté en plateaux médico-techniques (PMT) par rapport aux autres régions de France, notamment en raison de la présence de l'AP-HP. La réponse aux déserts médicaux qui caractérisent certains territoires réside dans l'implantation de médecins spécialistes qualifiés et le développement de soins primaires en structures regroupées (maisons et centres de santé), susceptible d'accueillir des PMT de premiers recours (dentaire, imagerie, infirmerie, etc.) et des professionnels de première ligne qualifiés pour la prévention et le suivi des maladies (médecins généralistes avec un mandat spécialiste, infirmières de pratiques avancées, etc.)
- Lorsqu'elles sont justifiées par les besoins de la population – c'est-à-dire en fonction d'études *in situ* de ses caractéristiques socio-économiques¹⁸ et de la prévalence des troubles sur un territoire donné –, les suppressions de PMT complexes doivent impérativement s'accompagner du développement de transports de santé pour compenser l'éloignement de l'hôpital (ambulances, taxis certifiés, hélicoptères). En

¹⁸ Les études en sociologie de la santé et de la littérature récente en épidémiologie montrent que le capital économique et le capital culturel ont une incidence sur les chances de développer une maladie, sur la rapidité avec laquelle celle-ci est diagnostiquée, ainsi que sur sa gravité et sur son devenir.

effet, les travaux d'épidémiologie et de sociologie montrent que l'*onset-to-door time* (le temps d'arrivée à l'hôpital) est déterminant pour le pronostic vital d'un malade (Darmon, 2021 ; p.79-80). Le maillage territorial (notamment le fait d'habiter en ville) et l'accessibilité en transports sont donc des facteurs déterminants dans le gain ou la perte de chances d'un patient (*Ibid* ; p. 80-81). Pour certaines pathologies nécessitant une prise en charge immédiate¹⁹, tous les moyens de maintenir des services de proximité doivent être mis en œuvre.

- Recommandation de financer des PMT facilement modifiables en fonction des innovations d'une discipline, la durabilité architecturale se révélant être un frein aux évolutions des pratiques médicales.
- Recommandation de promouvoir la formation et la création de postes attractifs pour les anesthésistes et les manipulateurs radio, deux types de professionnels qui manquent pour le fonctionnement des PMT – ce qui constitue une perte financière (un PMT existant et non utilisé n'étant pas rentable) et de chance pour les patients qui n'ont pas accès à certains examens/soins.
- Recommandation de ne pas mutualiser les professionnels, la polyvalence exerçant une pression sur leur activité susceptible d'en amoindrir la qualité.

EVOLUTIONS des PMT

- Les PMT des établissements pourraient dans l'avenir être déchargées de certaines petites interventions qui se développeraient en cabinet de ville sous anesthésies locales « la micro chirurgie ».
- On constate un mouvement de regroupement des salles qui avait été amorcé avant l'épidémie COVID et dont l'objectif était la mutualisation des moyens. Avec l'épidémie on s'interroge sur la pérennité d'un tel choix.
- L'existence de robots est une transformation majeure.

Les robots modifient la manière d'opérer, la longueur des interventions. Non seulement les modes opératoires sont transformées mais également les modalités de communication au sein des équipes. Cela suppose une adaptation et une formation pour chaque métier. Cette formation prend des formes différentes selon les métiers.

Le robot pose des problèmes également en ce qui concerne la formation des assistants. La formation sur le robot ne peut remplacer une formation en coelioscopie sans robot. L'apprentissage mini invasif doit être autonomisé par rapport à l'apprentissage du mini invasif avec un robot.

L'apport pour le malade n'est pas complètement prouvé si on compare le mini invasif sans et avec robot. Il apporte néanmoins un certain confort au chirurgien.

Le développement des robots dans l'avenir est multifactoriel : il dépend du retour possible sur investissement, il est aussi un pari sur l'avenir.

¹⁹ Dans le cas de certaines pathologies comme les AVC, chaque heure de délai avant la prise en charge médicale fait perdre à un individu 60 millions de neurones, ce qui est corrélé aux chances de survie et de récupération d'une personne.

ANNEXE 1- Enquêtes

⇒ LES TERRAINS

Territoires et établissements

Les travaux prennent en compte la dimension territoriale tant dans les méthodes que dans l'analyse. Il était plus aisé de repérer le gradient des sites enquêtés en cardiologie car la nomenclature y est clairement construite et connue de tous les acteurs. Cela a été plus difficile pour l'endoscopie mais nous nous sommes efforcés de maintenir une diversité des plateaux techniques. Chacun de nos rapports précise les termes de cette diversité.

Il ne s'agissait pas toujours de prendre un établissement comme le reflet de ce qui se jouait dans les établissements de même statut mais aussi de mettre en exergue le côté *a typique* pour en tirer des enseignements²⁰.

Des situations géographiques différentes Seine Saint-Denis (93), Yvelines (78) et Paris (75) pour l'endoscopie ; Paris, 92, 93, 78 et pour la grande couronne 77 et 94) reflètent divers degrés de ressources humaines et matérielles et des différences populationnelles en termes de niveau de vie et d'âge.

L'exploration d'une pluralité de sites aux caractéristiques différentes permet de mettre en évidence, par comparaison, les caractéristiques propres de chacun d'entre eux en les liant, autant que faire se peut, à leurs spécificités.

Nous avons investigué des établissements du secteur public (CHU, Hôpitaux publics) et des établissements du privé (privé lucratif pour l'endoscopie, privé non lucratif pour la cardiologie). Nous avons tenu compte dans nos choix du niveau de gradient (investigations dans des établissements de gradients différents).

Tableau 1. Localisation et gradient des établissements enquêtés

Endoscopie digestive	Cardiologie et Chirurgie Cardiaque
93 – Avicenne AP-HP : <i>Gradient : simple et intermédiaire</i>	93- Avicenne AP-HP <i>Gradient : 2-3</i> 93- CCN (privé) <i>Gradient : 4</i> 93- Montreuil CHI <i>Gradient : 3 bis</i>
78 – CHI Poissy / Saint-Germain en Laye <i>Gradient : simple</i>	75- Paris Sud 92- Lannelongue (ESPIC) / 75- St Joseph <i>Gradient : 5/3-4</i> 75- Pompidou AP-HP <i>Gradient : 5</i> 75- La Pitié AP-HP <i>Gradient : 5</i>
75 – Hôpital Européen Georges Pompidou AP-HP : <i>Gradient : expert et de pointe</i>	92- CH4V Sèvres, Saint Cloud, Chaville, Ville d'Avray <i>G : 1</i> 94- Kremlin-Bicêtre AP-HP <i>G : 2-3</i>
78 – Clinique de l'Europe	91- Sud francilien Corbeil-Essonnes

²⁰ Par exemple, nous avons enquêté dans une clinique au PMT très technique, intervenant avec une technologie complexe sur un gradient de niveau élevé. Nous avons pu ainsi mettre en regard l'organisation de leur plateau endoscopique avec celui d'un établissement AP-HP.

<i>Gradient : simple</i>	<i>Gradient 3 bis</i> 77- CH Melun <i>Gradient : 3 bis</i> 94- Hôpital Henri Mondor AP-HP <i>Gradient : 4</i>
--------------------------	--

Tableau 2. Les professionnels rencontrés en fonction de leur métier et place

ARS (siège)	Endoscopie et chirurgie digestive	Cardiologie et chirurgie cardiaque	Enquête sur les robots chirurgicaux
	Observations : 4 demi-journées réparties dans les services	Observations : 6 demi-journées (interventions)	2 observations
M. Ferrain, M. Philippe, Mme Bataille. 1 chargé de projet 1 cadre retraité AP-HP	Entretiens : 48 Chefs de service Cadres de santé Programmistes Secrétaires de service Médecins endoscopistes Chirurgiens Hépto-gastro-entérologue Anesthésistes Directeur de clinique Directrice IDF de Vivalto santé (clinique de L'Europe)	Entretiens : 25 Responsable d'établissement, Dr général, Dr de la territorialité Chefs de service cardiologie, Cardiologues Chirurgiens cardiaques Chef de service réanimation, Anesthésiste Cadre de santé Ingénieur d'organisation	Entretiens : 32 Chirurgiens praticiens IBODE Anesthésistes Personnels de direction Représentante de FHP Directeur des ventes , Ingénieur biomédical Chercheuse ISIR ... Assistant personnel AP-HP

NB : Le détail concernant les acteurs rencontrés est repris dans chacun des trois rapports.

Pour étudier la question des robots, les entretiens ont concerné une diversité de métiers. Nous nous sommes intéressé à l'usage et l'intérêt des robots pour les différentes spécialités chirurgicales ainsi qu'à leur implantation sur le territoire. (les 32 entretiens concernent pour moitié environ des chirurgiens. En outre : ingénieur biomédical, personnels de direction, cadres ARS, IBODE...)²¹.

²¹ P 11-12 du rapport sur les robots

Tableau 2. Les choix de nos lieux d'enquête –leur positionnement sur l'échelle des gradients.

Endoscopie digestive	Cardiologie et Chirurgie Cardiaque (sources d'investigation)
Avicenne AP-HP : <i>Gradient : simple et intermédiaire</i>	93- Avicenne AP-HP <i>Gradient : 2-3</i> 93- CCN (privé) <i>Gradient : 4</i> 93- Montreuil CHI <i>Gradient : 3 bis</i>
CHI Poissy / Saint-Germain en Laye <i>Gradient : simple</i>	75- Paris Sud 92- Lannelongue (ESPIC) / 75- St Joseph <i>Gradient : 5/3-4</i> 75- Pompidou AP-HP <i>Gradient : 5</i> 75- La Pitié AP-HP <i>Gradient : 5</i>
Hôpital Européen Georges Pompidou AP-HP : <i>Gradient : expert et de pointe</i>	92- CH4V Sèvres, Saint Cloud, Chaville, Ville d'Avray <i>G : 1</i> 94- Kremlin-Bicêtre AP-HP <i>G : 2-3</i>
Clinique de l'Europe <i>Gradient : simple</i>	91- Sud francilien Corbeil-Essonnes <i>Gradient 3 bis</i> 77- CH Melun (à vérifier) <i>Gradient : 3 bis</i> 94- Hôpital Henri Mondor AP-HP <i>Gradient : 4</i>

-ANNEXE 2-

PROJET DE CAMPUS HOPITAL GRAND PARIS NORD

LETTRE OUVERTE AU MINISTRE DE LA SANTE publiée dans le journal Le Monde du 21/12/2020- https://www.lemonde.fr/idees/article/2020/12/28/hopital-grand-paris-nord-nous-demandons-au-ministre-de-la-sante-d-intervenir-afin-que-le-projet-soit-a-la-mesure-des-besoins-de-la-population_6064625_3232.html

Monsieur le ministre,

« Il faut totalement sortir du dogme de la réduction des lits dans les projets architecturaux des hôpitaux » avez-vous déclaré le 18 novembre 2020 lors du séminaire national des hospitaliers. Ces propos sont cohérents avec la suppression du COPERMO annoncé lors du Ségur de la santé.

Cependant, sur le terrain, les projets hospitaliers imposés par le COPERMO du « monde d'avant » se poursuivent à Caen, à Rennes, à Nantes, à La Réunion, à Nancy, à Paris...

Ainsi, le projet de Campus Hôpital Grand Paris Nord, qui prévoit la fusion de deux très grosses structures hospitalières, les Centres Hospitaliers Universitaires de Bichat (Paris 18eme) et Beaujon (Clichy 92), est toujours en cours avec une modification minimale. Un nouvel hôpital, attendant à la partie universitaire et de recherche, doit être construit à Saint-Ouen en Seine-Saint-Denis et le projet prévoit toujours la fermeture de plus de 300 lits d'hospitalisation complète en médecine, chirurgie et obstétrique, ce qui représente une baisse de près de 30% des capacités d'hospitalisation.

La logique qui préside à la suppression de ce très grand nombre de lits est clairement décrite dans les différents « projets médicaux ». Il découle de 2 objectifs comptables imposés par le COPERMO.

- un raccourcissement de la durée moyenne de séjour (DMS) est demandé sur Bichat-Beaujon, qui aboutirait à une durée d'hospitalisation de 30% inférieure à celle des autres hôpitaux français. Ainsi, pour une pathologie donnée, si la durée d'hospitalisation est, en moyenne, de 6 jours dans les hôpitaux français, elle devra être de 4 jours dans le nouvel hôpital. Cet objectif n'est justifié par aucune étude médicale ou scientifique. Au contraire, le développement de l'ambulatoire conduit à des projections de stabilité de la DMS au cours des prochaines années car l'hospitalisation complète sera réservée aux patients les plus lourds avec des DMS plus longues.

-un taux d'occupation des lits de plus de 95%. Pourtant, un taux d'occupation au-dessus de 85% ne permet pas d'accueillir les patients non programmés, c'est-à-dire les urgences adressées par les médecins de ville ainsi que les patients qui arrivent aux urgences et qui nécessitent une hospitalisation. Par exemple, un service de cardiologie de 20 lits qui aurait un taux d'occupation de ses lits de 95% n'aurait donc qu'un lit de libre en permanence. Il paraît difficile dans ces conditions de pouvoir accueillir des patients en urgence.

La surmortalité en Seine Saint Denis pendant la crise de la COVID19, a mis en lumière les inégalités sociales et territoriales de santé qui touchent ce département conduisant votre ministère à autoriser une augmentation de 84 lits dans le projet. Mais, il est toujours prévu de passer de 1049 lits d'hospitalisation complète actuellement disponibles à 744 lits dans le futur hôpital du Nord Parisien.

Et pourtant, comment justifier une telle amputation du capacitaire alors que, comme le précise le dossier de présentation du projet :

- la zone d'implantation du futur hôpital est déficitaire en médecins généralistes, en médecins spécialistes, en professions paramédicales et en lits d'hospitalisation,

-la population va croître de 9% à l'horizon 2030 dans la zone et que, d'ores et déjà, plus de 30% des patients qui consultent aux urgences de Bichat et qui nécessitent une hospitalisation sont transférés dans une autre structure, le plus souvent privée. Aux urgences de Beaujon, ce chiffre atteint 50%.

Monsieur le ministre, nous ne sommes en aucun cas opposés à la construction d'une nouvelle structure hospitalo-universitaire à Saint-Ouen et sommes partie prenante dans ce projet qui devra répondre à notre double mission de soins de proximités et de recours, mais nous refusons, comme vous, de « réduire le capacitaire pour réduire le capacitaire ». Nous ne pouvons nous satisfaire d'un projet reposant sur des projections dogmatiques et comptables et qui conduisent à des scénarii irréalisables avec la fermeture injustifiée et injustifiable de 30% des lits d'hospitalisation complète. Nous vous demandons instamment d'intervenir afin que le projet Campus Hôpital Grand Paris Nord devienne un projet à la mesure des besoins de la population mais également des filières d'excellence spécifiques de nos deux hôpitaux dont le recrutement dépasse la zone d'implantation du nouvel hôpital. Votre soutien suscitera l'engagement, indispensable, des personnels hospitaliers. Vous avez l'occasion de prouver que vous voulez effectivement sortir des dogmes pour améliorer l'offre et la qualité des soins en confortant le service public hospitalier.