



CRAM  
**Centre  
Ouest**

**Branche Assurance Maladie  
Service Gestion Des Risques**

Affaire suivie par **Philippe MARCOU**

Tél : 05 55 45 39 92

E : 25-3-2008\_4111

Objet : avis CROG

Limoges le 25 mars 2008

Madame le Directeur Départemental  
DIRECTION DEPARTEMENTALE DES AFFAIRES  
SANITAIRES ET SOCIALES DE LIMOGES  
24 rue Donzelot  
87031 LIMOGES CEDEX



Madame le Directeur Départemental,

Le service technique de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie du Centre-Ouest, contenant la demande d'autorisation pour exercer des activités interventionnelles sous imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie sur le site du Centre Hospitalier de Brive déposée par le Centre Hospitalier Universitaire de Limoges, émet un avis défavorable conformément à l'avis de la Direction Régionale du Service Médical

Je vous prie de croire, Madame le Directeur Départemental, à l'assurance de ma considération distinguée

Le responsable adjoint de la Gestion des Risques

Françoise Laguerre

**Cram Centre Ouest**

37 avenue du Président René Coty  
87048 LIMOGES CEDEX  
Tél : 05 55 45 38 00 - Fax : 05 55 45 39 99  
Site internet : [www.cram-centreouest.fr](http://www.cram-centreouest.fr)



DESTINATAIRES :

Date  
le 4 mars 2008  
Référence  
Dr G.A./Ch.A.  
n° 53

DIRECTEURS : ARH du LIMOUSIN  
DRASS du Limousin  
DDASS de la Haute-Vienne  
GRAMCO - BRANCHE SANTÉ  
ELSM de la Haute-Vienne

Objet : Avis CROS

- ☒ Avis du service médical de l'Assurance maladie sur la demande d'autorisation pour exercer des activités interventionnelles sous imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie sur le site du CH de Brive, déposée par le Centre Hospitalier Universitaire de Limoges.

Le projet d'ouvrir une salle d'angioplastie coronaire sur Brive n'est pas nouveau puisque un premier dossier avait été constitué en décembre 2004.

Les orientations du SROS 2006-2011 sont les suivantes :

*"sur le site de Brive, la possibilité de l'ouverture d'un centre de cathétérisme cardiaque devrait permettre après 3 ans d'existence, de réaliser au moins 250 cathétérismes thérapeutiques par an. L'objectif cible est de 400 cathétérismes thérapeutiques par an avec une borne haute de 550 angioplasties annuelles".*

Le SROS évoquait donc une possibilité mais n'indiquait pas une orientation ferme. Cependant, et avant d'obtenir une autorisation, le CH de Brive a procédé au recrutement de 2 médecins angioplasticiens.

Le dossier initial a alors subi bien des vicissitudes avec de très nombreuses rencontres entre les représentants (directeur, président CME, cardiologues) du CHU de Limoges et du CH de Brive sous l'égide de l'ARH.

Il avait finalement été évoqué la constitution d'une Fédération Médicale Inter Hospitalière de cardiologie entre les 2 établissements et le fait que, dans le cadre de cette FMIH, ce serait le CHU de Limoges, qui, déjà titulaire d'une autorisation d'exercer l'activité d'angioplastie coronaire, déposerait une demande d'extension de cette autorisation sur le site de Brive.

Il était apparu évident à tout le monde qu'une telle fédération ne se concevait que dans le cadre d'un climat de confiance et d'un véritable travail en commun entre les 2 équipes. Afin de développer ces préalables indispensables, une convention entre les 2 établissements a été signée début 2007 afin que les 2 angioplasticiens de Brive viennent travailler 1/2 journée par semaine au CHU de Limoges.

Au terme de plusieurs mois d'un tel fonctionnement, il faut se rendre à l'évidence que le projet de fédération initialement prévu apparaît comme totalement artificiel. Il faut bien reconnaître que le passage par Limoges de l'équipe briviste a été vécu – sans doute de part et d'autre – davantage comme une contrainte indispensable à l'obtention de l'autorisation sollicitée que comme une étape nécessaire à l'intégration des services.

Le CHU dépose malgré tout un dossier d'extension de son autorisation d'activité d'angioplastie sur le site de Brive. Ce projet est finalement vidé de sa substance puisque la FMIH n'étant mise en place, cela équivaut à une demande d'ouverture d'un centre autonome sur le site de Brive, qui n'aura plus aucune labellisation hospitalo-universitaire, comme cela était prévu au départ.

Bien sûr, est annexée au dossier la charte de fonctionnement d'un centre d'angioplastie, rédigée par le Professeur VIROT en juin 2007, à partir des dernières recommandations des sociétés savantes française et européenne. Elle ne résout pas pour autant le problème du travail en commun des 2 équipes.

Outre ces problèmes, n'est toujours pas résolu le problème du potentiel d'activité du CH de Brive en termes d'angioplastie coronaire.

L'activité d'angioplastie coronaire (en nombre de procédures) au profit des corréziens à partir des données PMSI est la suivante :

Année	Nombre	Lieux de réalisation					
		CHU Limoges	Ets toulousains	Ets clermontois	Ets bordelais	Ets région parisienne	Autres
2005	396	38,6%	43,7%	13,1%	2%	1,3%	1,3%
2006	414	48,6%	32,6%	11,8%	3,1%	1%	2,9%

L'activité du CHU de Limoges se répartit de la façon suivante, d'après les mêmes bases PMSI :

Année	Nombre	Origine des patients							
		Haute Vienne	Corrèze	Creuse	Charente	Dordogne	Indre	Lot	Autres
2005	811	52,8%	18,9%	15%	3,8%	3,7%	1,2%	0,6%	4%
2006	923	53,1%	21,8%	11,9%	2,9%	3,4%	2%	1,2%	3,7%

On voit donc que le potentiel d'angioplasties coronaires chez les seuls corréziens tourne autour de 400 par an (+ 4,5% entre 2006 et 2007, ce qui est conforme à ce qu'on observe nationalement).

Le promoteur (CHU de Limoges) reprend les arguments de Brive en matière d'attractivité potentielle et explique que pour arriver aux 450 procédures prévues, il compte sur les départements limitrophes du Lot et de la Dordogne (en particulier le sarladais).

Cette prévision suppose plusieurs conditions :

*Avis du service médical sur la demande d'autorisation déposée par le CHU de Limoges*

*pour exercer des activités interventionnelles sous imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie sur le site du CH de Brive.*

 **L'Assurance  
Maladie**  
Service Médical  
Limousin-Poitou-Charentes

1. Que tous les corréziens se fassent dilater sur place. Ceci implique évidemment leur accord individuel mais surtout l'adressage par les cardiologues du département de leurs patients au CH de Brive.

On sait que

- . les cardiologues d'Ussel travaillent depuis des années avec Clermont-Ferrand qui ne se trouve pas plus éloigné d'Ussel que Brive (légèrement plus d'une heure)
- . sur les 2 cabinets de cardiologie privés de Brive, si 2 sur 4 cardiologues d'un cabinet font preuve d'un certain enthousiasme, il est loin d'en être de même pour les 5 cardiologues de l'autre cabinet. Leur courrier est pour le moins frileux, témoignant de leur parfaite satisfaction avec leurs correspondants actuels et soulignant que l'un d'entre eux réalise des angioplasties au CHU de Limoges depuis plusieurs années.
- . le CH de Tulle, dans sa lettre du 29 décembre 2006, répond simplement qu'il souhaite être intégré à la réflexion. Depuis les choses ont d'ailleurs évolué et l'angioplasticien tulliste qui effectuait des dilatations à Toulouse les réalise désormais au CHU de Limoges, dans le cadre d'une convention liant les deux établissements.

C'est dire combien il apparaît illusoire de vouloir faire le plein sur Brive, dans ces conditions de la demande corrézienne.

2. Qu'il existe un centre d'angioplastie coronaire au CH de Périgueux qui est ouvert depuis un peu plus de 2 ans et qui, avec 3 angioplasticiens, réalise plus de 500 procédures annuelles alors que sa montée en charge n'est pas achevée. Une convention est en cours d'écriture entre le CH de Périgueux et les cardiologues de Sarlat qui exercent à la fois en ville et à l'hôpital. D'ailleurs, le lien existe de fait depuis plusieurs mois et 18 à 20% des syndromes coronariens aigus actuellement reçus à Périgueux proviennent du sarladais.

De toute évidence, une collaboration est déjà instaurée entre Périgueux et Sarlat et il faut souligner, qu'en temps de trajet par la route, Sarlat est sensiblement équidistant de Brive et de Périgueux. Par ailleurs le SMUR de Périgueux dispose d'un hélicoptère sanitaire.

Le recrutement prévu sur cette partie de la Dordogne s'avère également compromis compte tenu de la collaboration déjà existante avec Périgueux.

3. Quant au Lot, ce département appartient à la région Midi-Pyrénées et on connaît la forte attraction qu'exercent les prestigieuses équipes tant de la clinique Pasteur que du CHU de Toulouse.

Cette attraction remonte d'ailleurs jusqu'en Corrèze et il est illusoire de penser qu'elle ne s'exercera plus.

La convention liant le CHU de Limoges et le CH de Brive prévoit de faire jouer "la préférence régionale" en matière de chirurgie cardiaque.

On note entre les années 2004 et 2006, un accroissement de la proportion de corréziens qui se font opérer d'une chirurgie cardiaque lourde au CHU de Limoges (39% en 2004, 41% en 2005, 47% en 2006) au détriment essentiellement des établissements toulousains (respectivement 47%, 41% et 39%), et des établissements clermontois (respectivement 13%, 16% et 9%) (source PARHTAGE – Séjours cardiologiques chirurgicaux lourds).

Si on s'intéresse plus spécialement aux GHM de chirurgie valvulaire et à ceux de pontages aorto-coronaires, on observe qu'en 2006 :



. 40,5% de la chirurgie valvulaire réalisée chez des corréziens (n = 74) s'est faite au CHU de Limoges, 39,2% dans les établissements toulousains et 13,5% au CHU de Clermont-Ferrand.

. 53,7% de la chirurgie de pontage réalisée chez des corréziens (n = 67) s'est pratiquée au CHU de Limoges, avec 35,8% dans les établissements toulousains et 6% au CHU de Clermont-Ferrand.

Le reste se répartit dans différents autres établissements de France.

Enfin, il convient également de rappeler une des recommandations de la SFC (auxquelles se réfère le promoteur) qui est que *"l'ouverture d'un nouveau centre ne doit pas être préjudiciable au bon fonctionnement d'un centre régional, qui, alors, ne recevrait plus assez de patients pour maintenir son niveau de qualité"*.

Si, hypothèse d'école, on ampute l'activité du CHU de tout le volant corrézien, il ne reste plus, en 2006, que 721 procédures, c'est-à-dire moins qu'il n'en faut pour maintenir la technicité des 6 angioplasticiens seniors et évidemment pas de quoi en former d'autres.

En ce qui concerne la prise en charge des urgences :

Il faut bien distinguer le problème de l'infarctus du myocarde (avec sus décalage de ST) de celui des syndromes coronariens aigus sans sus décalage de ST car les délais de recours à l'angioplastie coronaire ne sont pas les mêmes et donc le problème de la distance par rapport à un centre d'angioplastie ne se pose absolument pas de la même façon.

☒ Pour l'infarctus du myocarde, on est dans les premières heures et même si l'angioplastie primaire reste le traitement de choix à la phase aigue de l'infarctus, il n'en reste pas moins que l'autre technique qu'est la thrombolyse – quand elle est effectuée dans les 3 premières heures – (et donc tout particulièrement en pré hospitalier) reste un procédé de revascularisation tout à fait efficace et sûr. C'est d'ailleurs confirmé par les résultats du registre FAST-MI.

On savait déjà que la mortalité hospitalière précoce chez les patients ayant eu une thrombolyse pré hospitalière était faible et au moins comparable à celle de l'angioplastie primaire. Lors des Journées Européennes de la SFC en 2007, les résultats à 6 mois de l'étude FAST-MI ont été présentés et, dans le groupe de patients avec sus décalage de ST, la différence persiste entre la thrombolyse pré hospitalière et les autres méthodes de reperfusion. Le pronostic est meilleur pour cette technique de reperfusion.

Autant l'angioplastie primaire nécessite d'être effectuée dans un centre ayant l'habitude de cette technique chez des patients extrêmement fragiles, et donc obligatoirement un transport préalable, autant la thrombolyse pré hospitalière peut être initiée par l'équipe du SAMU, pendant le transport et donc extrêmement rapidement.

☒ Pour les SCA sans sus décalage de ST, de nouvelles recommandations européennes sont parues en 2007 et modulent le recours et le délai de recours au cathétérisme.

Les recommandations européennes, de ce point de vue distinguent 3 situations :

. l'urgence vitale (environ 5% des patients) où l'intervention immédiate ne se discute pas

. en l'absence de critère de gravité (pas de récurrence douloureuse, pas de signe d'insuffisance cardiaque, pas de nouvelle anomalie électrocardiologique, pas d'élévation de la troponine), le cathétérisme ne peut être qu'électif après exploration.

. en cas de risque intermédiaire (y compris les diabétiques et les insuffisants rénaux) le cathétérisme est recommandé dans les 72 heures. Hormis quelques cas, l'urgence est donc beaucoup plus relative que pour l'infarctus du myocarde pour lequel la rapidité de la prise en charge et de l'initialisation d'une méthode de reperfusion coronaire est fondamentale et peut être plus importante finalement que la méthode elle-même.

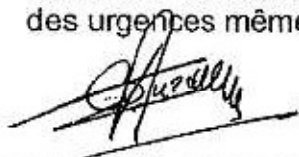
## Discussion et conclusion

Le dossier présenté est vidé de sa substance puisqu'il ne s'agit plus du dossier déposé dans le cadre d'une véritable Fédération Médicale Inter Hospitalière avec protocoles de prise en charge communs.

Le potentiel d'activité exposé dans le document est extrêmement hypothétique pour les raisons développées plus haut. Le risque est donc de favoriser l'ouverture d'un centre qui aura une activité largement inférieure au seuil d'activité minimale que préconisent les recommandations professionnelles.

Par ailleurs, l'excellente réputation des chirurgiens cardiaques de Limoges a pour conséquence de faire progressivement augmenter la proportion des corréziens qui se font opérer d'une chirurgie cardiaque au CHU de Limoges.

Dans ces conditions, nous ne pouvons être favorables à un tel projet, le problème des urgences même s'il est important, ne saurait à lui seul, le légitimer.



**Docteur Gilles AUZÉMER**  
Médecin Conseil Chef de service  
Pôle Organisation du système de soins