



Inspection générale
des affaires sociales

Mission d'appui à l'ARS de Midi-Pyrénées
concernant la direction commune des
Centres hospitaliers de Bigorre et Lourdes

RAPPORT

Établi par

Christian CAHUT

Francis FELLINGER

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

- Mai 2015 -

2014-096R

SYNTHESE

- [1] Les centres hospitaliers de Bigorre (Tarbes et Vic en Bigorre) et de Lourdes constituent le pivot de l'offre de soins publique en court séjour hospitalier du territoire des Hautes-Pyrénées. Les deux établissements sont en direction commune depuis 2009, après constitution d'un GCS « groupe hospitalier des Hautes-Pyrénées ». La convention constitutive du GCS a été approuvée en août 2009, mais le groupement, qui devait développer des activités médicales communes, s'est limitée à une direction commune, avec maintien d'activités identiques dans les deux CH.
- [2] Les deux établissements sont en situation financière difficile.
- [3] Le CH de Bigorre, a une capacité d'accueil de 325 lits et places en MCO. Il emploie 1432 ETP non médicaux et 148 ETP médicaux hors internes en 2013. Il accueille 37138 séjours en 2013, et 8484 séances d'hémodialyse. Il est suivi par le COPERMO en raison d'un déficit d'exploitation majeur de 6 % en 2012, associé à un endettement élevé, avec un ratio d'indépendance financière de 71 %. Son taux de vétusté est de 84,7 % en 2012. Sa marge brute avant aide est de 2,86 % en 2013. Il a bénéficié d'un accompagnement par l'ANAP en 2013 et 2014, dans le cadre du suivi du COPERMO. Trois plans de retour à l'équilibre successifs et complémentaires ont été élaborés depuis 2012.
- [4] Le Centre hospitalier de Lourdes a une capacité d'accueil de 134 lits et places en MCO. Son activité est importante en médecine, gériatrie et urgences, avec 18901 passages annuels liés à la spécificité touristique de Lourdes, deuxième ville hôtelière en France. Il maintient une activité de chirurgie viscérale et traumatologique, une maternité de niveau 1, et un service de réanimation de 6 lits. Le CHL emploie 492 ETP non médicaux et 48 ETP médicaux en 2013. Sa situation financière est très dégradée, avec un taux de marge brute de 0,24 % hors aide en 2014.
- [5] Les deux établissements, distants de 18 kilomètres, n'ont jamais réussi à définir de stratégie commune, et malgré une coopération affichée et réalisée sur quelques secteurs, se livraient une concurrence délétère dans plusieurs domaines d'activités, les acteurs hospitaliers privilégiant une logique de site.
- [6] Les injonctions diverses voire divergentes des tutelles de l'agence régionale de l'hospitalisation, puis de l'agence régionale de santé, sur les organisations territoriales proposées ont compliqué le développement d'une stratégie cohérente. Quatre projets différents de coopérations et de reconstructions ont ainsi été initiés par les agences régionales en quatre ans.
- [7] Compte tenu de ces éléments, la mission dont l'objectif est de définir les périmètres d'activités et de coopérations des deux CH, préconise de clarifier la gouvernance complexe en créant un centre hospitalier intercommunal, gage d'un destin commun et de la pérennisation d'activités spécialisées à Lourdes.
- [8] Les plans de retour à l'équilibre, consolidés par l'ANAP, permettent au centre hospitalier de Bigorre, d'amorcer son redressement. Il convient toutefois d'éviter de reporter le déficit de Tarbes sur le CH de Lourdes, par suppression de produits liés à des transferts d'activité de Lourdes à Tarbes, sans réduction de charges (maintien des coûts de structures de Lourdes).
- [9] La mission propose par conséquent d'élaborer un plan commun de retour à l'équilibre, conjointement à un projet médical commun, sous l'égide de l'ARS, dès la création du CH intercommunal.

- [10] Enfin certaines restructurations, dont les décisions ont été différées régulièrement, doivent s'imposer à très court terme, pour garantir la qualité des soins et la pérennité de l'activité de médecine et de chirurgie à Lourdes.
- [11] La maternité de Lourdes, qui réalise 208 accouchements en 2014, avec une activité inférieure au seuil des 300 accouchements annuels depuis 5 ans, et qui est située à moins de 30 minutes des maternités de Tarbes, ne remplit plus les conditions de sécurité et de fonctionnement. La mission propose la transformation de la maternité en Centre périnatal de proximité dès juillet 2015.
- [12] Le service de réanimation de Lourdes ne remplit pas les conditions réglementaires de fonctionnement. Son taux d'occupation est faible, de l'ordre de 60 % des 6 lits autorisés. Les malades répondant aux critères d'admission en réanimation représentent 3 patients en moyenne, pour 6 lits. Ce service participe largement au déficit de l'établissement. Sa transformation en unité de soins continus avant le 1 septembre 2015 est préconisée.

Sommaire

SYNTHESE.....	3
RAPPORT.....	9
INTRODUCTION	9
1 LES CENTRES HOSPITALIERS DE BIGORRE ET DE LOURDES CONSTITUENT LE PIVOT DE L’OFFRE DE SOINS HOSPITALIERS PUBLICS EN HAUTES-PYRENEES, MAIS SE HEURTENT A D’IMPORTANTES DIFFICULTES STRUCTURELLES ET FINANCIERES.....	12
1.1 LE CENTRE HOSPITALIER DE BIGORRE EST ISSU DE LA FUSION DES CENTRES HOSPITALIERS DE TARBES ET DE VIC EN BIGORRE.....	12
1.2 LE CENTRE HOSPITALIER DE LOURDES EST DANS UNE SITUATION AUSSI PREOCCUPANTE, TANT EN TERME D’ACTIVITE QU’EN TERME FINANCIER.....	14
1.3 L’ANALYSE DES PARTS DE MARCHES SUR LE TERRITOIRE, STABLES DE 2011 A 2013, CONFIRME LA PREDOMINANCE DU SECTEUR PUBLIC EN MEDECINE ET OBSTETRIQUE, ET CELLE DU SECTEUR PRIVE EN CHIRURGIE SUR LA PERIODE RECENTE.	15
1.4 UNE ABSENCE DE STRATEGIE CLAIRE.....	17
1.4.1 Les deux établissements de Bigorre et de Lourdes alternent concurrence et coopération depuis de nombreuses années, sans arriver à définir et mettre en œuvre de stratégie commune effective jusqu’à une date récente.	17
1.4.2 Les fluctuations des positions successives choisies par la tutelle (Agences Régionales de l’Hospitalisation puis de la Santé) ont compliqué la définition d’une stratégie cohérente pour chacun des deux centres hospitaliers, et ont retardé la formalisation d’un projet commun.	18
1.4.3 Le directeur général de l’ARS a demandé en 2012 l’élaboration d’un projet stratégique dans le cadre du « Groupe hospitalier » regroupant les CH de Bigorre (Tarbes et Vic en Bigorre) et Lourdes.....	20
1.4.4 Les établissements de Bigorre et de Lourdes sont sous direction commune depuis décembre 2009, mais conservent pour l’essentiel des activités en miroir et souvent concurrentes	20
1.4.5 Le CH de Tarbes connaît des fragilités, mal anticipées, liées à la démographie médicale dans certaines disciplines structurantes, comme l’oncologie, la cardiologie, l’obstétrique.....	22
1.5 LES DEUX ETABLISSEMENTS ONT UNE SITUATION FINANCIERE TRES DEGRADEE, BLOQUANT TOUT INVESTISSEMENT SIGNIFICATIF, ET LIMITANT LES MARGES DE DEVELOPPEMENT D’ACTIVITES NOUVELLES	23
1.5.1 Un déficit cumulé très élevé pour les deux centres hospitaliers.....	24
1.5.1.1 La situation financière du CH de Tarbes	24
1.5.1.2 La situation du CH de Lourdes	24
1.5.2 Le taux de vétusté des deux établissements, et le risque sismique de Lourdes, justifierait des investissements lourds, non soutenables financièrement.....	24
1.5.3 Une exploitation structurellement déficitaire	25
1.5.4 Une structure bilancielle fragilisée.....	25
1.5.5 Une trésorerie très dégradée	26
2 MALGRE CES DIFFICULTES, LES DEUX CENTRES HOSPITALIERS DISPOSENT D’ATOUTS.....	28
2.1 UNE DEMOGRAPHIE MEDICALE QUI CONNAIT MOINS DE DIFFICULTES QUE DANS D’AUTRES TERRITOIRES, ET DES RECRUTEMENTS RECENTS A TARBES ET LOURDES, DANS LE CADRE D’EQUIPE DE TERRITOIRE.	28

2.2	UNE FILIERE COMPLETE ET BIEN ORGANISEE DES URGENCES MAILLANT LA QUASI-TOTALITE DU TERRITOIRE DE SANTE	29
2.3	UNE FEUILLE DE ROUTE DETAILLANT LES ACTIONS DU PLAN DE RETOUR A L'EQUILIBRE	31
2.3.1	Le Centre hospitalier de Tarbes a élaboré trois plans d'action en vu d'un retour à l'équilibre depuis 2013. Ces trois se complètent	31
2.3.1.1	Le premier de ces trois plans, « plan de retour à l'équilibre initial 2012-2016 » a été jugé insuffisant par le Copermo en 2013.....	32
2.3.1.2	Le deuxième plan a été imposé par le COPERMO, avec un accompagnement de l'ANAP ..	32
2.3.1.3	Un troisième plan vient compléter ces feuilles de route de 2013 et 2014.....	33
2.3.1.4	Compte tenu de la mise en œuvre récente des mesures des plans 2 et 3, il est prématuré d'en faire le bilan, mais le retour à l'équilibre repose prioritairement sur la réduction des charges. ...	34
2.3.2	Le centre hospitalier de Lourdes doit prendre des mesures rapides de redressement	34
2.3.2.1	Ces mesures sont liées à des restructurations qui ont été longtemps différées.....	34
2.3.3	Une équipe remarquable de suivi de l'activité, avec un département d'information médicale, un contrôle de gestion et un système d'information extrêmement performant, et encore sous utilisée.....	35
2.3.4	Des ébauches d'équipes médicales communes, et un début d'élaboration d'un projet médical commun	36
3	DES POINTS CRITIQUES JUSTIFIENT DES MESURES RAPIDES.....	36
3.1	LA GOUVERNANCE COMPLEXE DOIT SE SIMPLIFIER	36
3.2	LES DISCIPLINES JUSTIFIANT DES MESURES IMMEDIATES DE RESTRUCTURATIONS.	38
3.2.1	L'obstétrique.....	38
3.2.2	Les soins critiques.....	41
3.2.3	La cardiologie	43
3.2.4	La chirurgie	44
3.2.4.1	L'activité de chirurgie ne fait pas débat au centre hospitalier de Tarbes.	44
3.2.4.2	L'activité de chirurgie à Lourdes comporte essentiellement de la chirurgie digestive et viscérale, et redémarre en ortho-traumatologie	44
	RECOMMANDATIONS DE LA MISSION.....	47
	LETTRE DE MISSION.....	49
	LISTE DES PERSONNES RENCONTREES.....	51
	ANNEXES 1: MOTION DU CONSEIL GENERAL DES HAUTES –PYRENEES DEMANDANT LE MAINTIEN DE LA MATERNITE ET DE L'ENSEMBLE DES ACTIVITES MCO DU CH DE LOURDES, (24 OCTOBRE 2014).....	55
	ANNEXE 2 : COUPURES DE PRESSE.....	57
	ANNEXE 3 : CONVENTION CONSTITUTIVE DU GCS GROUPE HOSPITALIER DES HAUTES-PYRENEES.....	59
	ANNEXE 4 : RESULTAT PRINCIPAL (CRPH) RETRAITE DES AIDES CHB.....	63
	ANNEXE 5 : BUDGET PREVISIONNEL INITIAL DU CPP DE LOURDES.....	65
	ANNEXE 6: ACTIVITE ET VALORISATION DE LA REANIMATION DU CH DE LOURDES EN 2013-2014.....	67

ANNEXE 7 : REDUCTION DU PNM APRES REORGANISATION DE LA REANIMATION ET DES SOINS CONTINUS A LOURDES (DONNEES DIRECTION DU CHL).....	69
ANNEXE 8 : NOMBRE ET TYPE D'ACTES DE CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE AU CENTRE HOSPITALIER DE LOURDES EN 2014 (SOURCE DIRECTION ET DIM DU CHL)	71
SIGLES UTILISES	73
PIECES JOINTES N°1 : DIAGNOSTIC PROSPECTIF FINANCIER CH DE LOURDES.....	75
PIECE JOINTE N°2 : DIAGNOSTIC PROSPECTIF FINANCIER CH DE BIGORRE.....	81
PIECE N°3 : SUIVI DES EFFECTIFS PERSONNELS NON MEDICAL (CRP) LOURDES ET BIGORRE.....	87
PIECE JOINTE N°4 : RESULTAT BUDGETAIRE ET COMPTABLE CH BIGORRE LOURDES DE 2010 A 2014.....	97
PIECE JOINTE N°5 : PROJET MEDICAL BIGORRE-LOURDES.....	99

RAPPORT

INTRODUCTION

- [13] La Ministre des Affaires sociales, de la santé et des droits de la femme a demandé au chef de service de l'Inspection générale des affaires sociales de diligenter une mission d'appui à l'Agence régionale de santé de Midi-Pyrénées concernant la direction commune des centres hospitaliers de Bigorre (Tarbes et Vic en Bigorre) et Lourdes.
- [14] Cette mission a été préconisée par le COPERMO, dans sa séance du 27 mai 2014 consacrée au Centre hospitalier de Bigorre. Le comité préconisait « qu'une mission IGAS soit placée auprès de l'ARS de Midi-Pyrénées pour confirmer et objectiver la nécessité d'une répartition d'activité entre Tarbes et Lourdes ».
- [15] Messieurs Christian Cahut et Francis Fellingner ont été désignés, par lettre de mission du 11 septembre 2014, pour conduire cette mission.
- [16] Le périmètre de cette mission concerne essentiellement l'organisation de l'offre de soins en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO). Les conséquences en termes de soins de suite et de rééducation seront appréciées au niveau de l'impact des décisions de restructuration des établissements de Tarbes et Lourdes.
- [17] Les centres hospitaliers de Bigorre et de Lourdes participent à l'offre de soins hospitaliers du territoire de santé des Hautes-Pyrénées; les limites du territoire de santé au sens de l'art. L1434-16 du CSP correspondent à celles du département des Hautes-Pyrénées.
- [18] Le département des Hautes Pyrénées est un département rural et montagneux, peuplé de 228 229 habitants (*source INSEE, recensement 2012*).
- [19] La part des personnes âgées est supérieure aux moyennes régionales et nationales. La croissance démographique projetée est faible, en contraste fort avec la croissance projetée de la région, l'une des plus dynamiques de France. En effet, d'après le modèle OMPHALE de l'INSEE (schéma médian), la population départementale estimée en 2040 serait de 248000 habitants, soit une croissance de 7,8 % en 30 ans, avec un indice de vieillissement élevé, puisqu'en 2040, le tiers de la population aura plus de 65 ans (*Source INSEE*).
- [20] Le département des Hautes-Pyrénées se caractérise également par une forte activité touristique, avec un tourisme religieux et de loisirs en montagne, tourisme hivernal et estival. Cette activité est développée dans le sud du département, dans l'aire d'attraction de Lourdes.
- [21] La ville de Lourdes accueille plus de 5 millions de pèlerins chaque année, sur une période d'avril à fin octobre essentiellement. La population permanente de la ville est de l'ordre de 15 000 habitants et peut atteindre 100 000 personnes lors de certains pèlerinages. La ville est la deuxième ville hôtelière de France, avec dans l'aire urbaine près de 13 000 chambres d'hôtel, 3000 lits en hébergement collectif, hors locations, gîtes et résidences religieuses, et 1000 places de camping (*source INSEE*). Ces fluctuations de population ont un impact sur l'organisation hospitalière, même si le centre de pèlerinage a une structure sanitaire propre pour les soins courants. Un quart des 18000 passages annuels aux urgences du centre hospitalier de Lourdes sont des travailleurs saisonniers ou touristes, dont le tiers est étranger (*données service des urgences de Lourdes*).

- [22] La population du département réside principalement sur quatre aires urbaines, Tarbes, Lourdes, Bagnères de Bigorre, et dans une moindre mesure, Lannemezan.
- [23] L'aire urbaine de Tarbes abrite près de la moitié de la population départementale, et constitue la deuxième aire urbaine de la région Midi-Pyrénées, après la métropole toulousaine.
- [24] 70 % de la population du département est concentrée entre Tarbes et Lourdes. La distance entre Tarbes et Lourdes est de 20 kilomètres environ, avec une route partiellement à 4 voies.
- [25] L'aire urbaine de Lourdes est peuplée d'environ 21 000 habitants permanents, avec d'importantes fluctuations saisonnières.
- [26] L'aire de Lannemezan, située à l'est du département, est plus proche de Toulouse. Cette situation géographique se retrouve dans l'orientation des flux sanitaires et se traduit par une coopération entre le centre hospitalier de Lannemezan et les cliniques toulousaines, responsable d'un taux de fuite du territoire en chirurgie, au détriment des établissements tarbais publics et privés.

Tableau 1 : Données populationnelles urbaines en Hautes Pyrénées

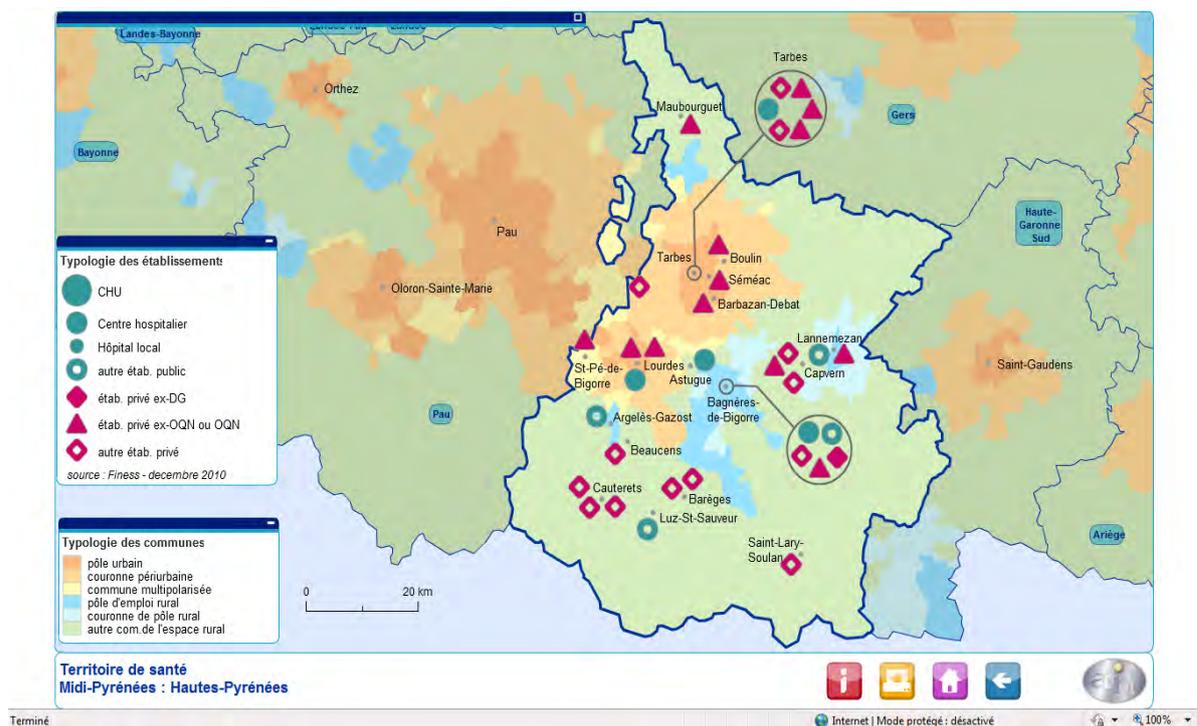
	Ville	Aire urbaine
TARBES	42 888	116 056
LOURDES	14 288	21 388
BAGNERES DE BIGORRE	7 906	14 699
LANNEMEZAN	5 861	9 771

Source : INSEE, recensement 2011

CINQ ETABLISSEMENTS DE SANTE ONT UNE ACTIVITE DE COURT SEJOUR DANS LE DEPARTEMENT.

- [27] Il s'agit du centre hospitalier de Bigorre, dont l'activité de court séjour est essentiellement située à Tarbes, des centres hospitaliers de Lourdes, de Lannemezan, qui est également l'établissement psychiatrique de référence, et de Bagnères de Bigorre, ainsi que de la clinique de l'Ormeau, à Tarbes. La clinique de l'Ormeau, établissement de santé privé, indépendant, issu du regroupement de cliniques tarbaises, est constituée de deux entités juridiques, Clinique de l'Ormeau et Polyclinique Ormeau-Pyrénées, mais fonctionne comme un seul ensemble sur deux sites tarbais proches l'un de l'autre, et que nous regrouperons dans le rapport sous le terme couramment utilisé localement de Clinique de l'Ormeau.
- [28] L'activité d'urgence s'exerce au CH de Bigorre à Tarbes, à la Clinique de l'Ormeau, à Lourdes et à Bagnères de Bigorre.
- [29] Des établissements publics, d'intérêts collectifs (privés à but non lucratif) ou privés, mais de taille plus modeste, exercent des activités de soins de suite et rééducation, d'hospitalisation à domicile, de dialyse médicalisée et de psychiatrie, et complètent ainsi l'offre hospitalière du territoire. (Tableau et carte).
- [30] Le maillage territorial hospitalier est dense, avec des temps d'accès rapides aux structures de soins. Le PRS de 2012 a été peu restructurant sur ce territoire de santé, en maintenant les autorisations multiples et historiques.

Schéma 1 : Carte des établissements de santé en Hautes-Pyrénées



Source : ARS Midi-Pyrénées

- [31] Les parts de marché se partagent entre ces différentes structures, avec des modifications marginales au cours des cinq dernières années (tableau 2).
- [32] Le taux de fuite du territoire, pour les disciplines hors recours spécialisé non proposé sur le territoire des Hautes-Pyrénées, est limité sauf pour certaines disciplines chirurgicales, notamment l'orthopédie, la chirurgie gynécologique, l'ophtalmologie. Ces disciplines sont les seules cibles stratégiques potentielles de développement d'activités dans le territoire (tableau 2)

Tableau 2 : Parts de marché de la patientèle du territoire des Hautes-Pyrénées

Activité 2013	Tarbes-Lourdes			Ormeau	Autres MCO 65	Fuites					Total
	CH Bigorre	CH Lourdes	Total			CHU	Midi-Pyr	Aquitaine	Autre	Total	
C - Chirurgie	23,2 %	4,9 %	28,1 %	40,8 %	7,0 %	5,8 %	8,2 %	8,9 %	1,2 %	24,1 %	21 257
K - classant non opératoire	22,3%	7,9 %	30,2 %	50,4 %	4,1 %	3,7 %	8,2 %	2,7 %	0,7 %	15,3 %	11 381
N - Nouveau-nés	41,9 %	10,3 %	52,2 %	37,6 %	0,0 %	1,6 %	3,0 %	5,0 %	0,5 %	10,1 %	2 133
O - Obstétrique	41,3 %	11,3 %	52,6 %	36,3 %	1,3 %	1,2 %	3,2 %	4,7 %	0,6 %	9,7 %	3 511
S - Séances	58,1 %	4,2 %	62,3 %	24,5 %	0,5 %	4,1 %	5,5 %	2,5 %	0,7 %	12,7 %	18 203
X - Médecine	43,3 %	12,2 %	55,5 %	16,1 %	11,7 %	8,8 %	3,0 %	3,6 %	1,3%	16,7 %	28 773
Z - erreur	0,0 %	0,0 %	0,0 %	100,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	2
Total général	38,5 %	8,0 %	46,5 %	30,0 %	6,4 %	5,9 %	5,5 %	4,6 %	1,0 %	17,1 %	85 260

Source : DIM CHB

1 LES CENTRES HOSPITALIERS DE BIGORRE ET DE LOURDES CONSTITUENT LE PIVOT DE L'OFFRE DE SOINS HOSPITALIERS PUBLICS EN HAUTES-PYRENEES, MAIS SE HEURTENT A D'IMPORTANTES DIFFICULTES STRUCTURELLES ET FINANCIERES

1.1 Le Centre hospitalier de Bigorre est issu de la fusion des Centres hospitaliers de Tarbes et de Vic en Bigorre.

- [33] Il déploie son activité sur trois sites : le site de la Gespe, à Tarbes, qui regroupe l'activité de court séjour en médecine, chirurgie et obstétrique, le site de l'Ayguerote, en centre ville de Tarbes, avec un EPHAD de 153 places, un service de soins de suite et réadaptation de 40 lits et une Unité de soins de longue durée de 47 lits, et le site de Vic en Bigorre, à une vingtaine de kilomètre au nord de Tarbes, qui constitue un pôle modernisé et rénové de gériatrie, incluant depuis février 2015 5 lits de court séjour gériatrique. Le CH de Bigorre emploie environ 1430 ETP non médicaux et 150 ETP médicaux en 2013 (*source Hospidiag*). Sa capacité d'accueil en médecine, chirurgie et obstétrique est de 325 lits et places.
- [34] Plusieurs plans de retour à l'équilibre ont été signés avec l'agence de l'hospitalisation en 2007, puis l'agence régionale de santé, visant en particulier une réduction de ses effectifs non médicaux, avec une baisse de 40 ETP non médicaux de 2011 à 2013.
- [35] Son inscription en 2013 sur la liste des 20 établissements de santé en grande difficulté financière suivis par le COPERMO était justifiée par un déficit d'exploitation majeur de 6 % des produits d'exploitation en 2012, associé à un endettement élevé avec un ratio d'indépendance financière de 71 %, un taux de vétusté très élevé à 84,7 % en 2012, une marge brute avant aide de 2,86 % en 2013.
- [36] Le CH de Bigorre a fait l'objet, dans le cadre du suivi COPERMO, d'un accompagnement par l'ANAP en 2014. Cet accompagnement s'est traduit par un plan d'action concernant la réorganisation des blocs opératoires, de la facturation, de la gestion des lits et du circuit du médicament et de la gestion financière. La mise en œuvre de cet accompagnement a été difficilement acceptée par la communauté hospitalière locale mais le plan d'action est mis en œuvre dans les délais et les conditions préconisés par l'ANAP. La mission ne détaillera pas les éléments contenus dans le rapport récent de l'ANAP, mais s'appuiera sur les préconisations issues de ce travail récent et détaillé.
- [37] La situation du CH de Bigorre est considérée comme préoccupante depuis plusieurs années. Le passage à la T2A a dégradé à partir de 2006 une situation financière déjà tendue, malgré un coefficient de transition positif (tableau 4).
- [38] L'activité MCO est hébergée sur le site de la Gespe, à Tarbes, dans un bâtiment de type Fontenoy, construit au début des années 1970, et dont le taux de vétusté est avéré. La rénovation du bâtiment, évaluée par les services de l'Agence régionale de santé, nécessite un investissement de 125 millions d'euros, ce qui n'est pas soutenable par l'établissement, dont le taux d'indépendance financière est de 0,71 en 2013, avec un encours d'emprunt de 50 millions d'euros, et qui est actuellement dans l'incapacité d'emprunter.

Tableau 3 : Activité 2013 et 2014 et valorisation au CH de Bigorre

Catégories d'activités	Effectifs			Chiffre d'affaire en euros			CA moyen en euros		
	2013	2014	Ecart	2013	2014	Ecart	2013	2014	Ecart
C - chirurgie	6 002	6 198	3,3%	18 690 148	20 179 058	8,0%	3 114	3 256	4,6%
K - actes peu invasifs	2 869	2 975	3,7%	4 162 941	4 607 244	10,7%	1 451	1 549	6,8%
N - nouveau-nés	971	1 036	6,7%	1 697 070	1 805 306	6,4%	1 748	1 743	-0,3%
O - obstétrique	1 596	1 605	0,6%	2 763 838	2 786 110	0,8%	1 732	1 736	0,2%
S - séances	11 809	12 557	6,3%	4 211 209	4 607 759	9,4%	357	367	2,8%
X - médecine	14 855	14 536	-2,1%	31 906 120	32 213 274	1,0%	2 148	2 216	3,2%
Total général	38102	38907	2,1%	63 431 326	66 198 752	4,4%	1 665	1 701	2,2%

Source : DIM du CHB

Tableau 4 : Résultats budgétaires et comptables du CH de Bigorre de 2010 à 2014

	2010	2011	2012	2013	2014
Charges du compte financier CRPP	114 743 086	119 752 846	123 305 740	125 547 298	131 726 124
Charges retraitées CRPP	113 746 112	117 126 863	122 105 740	124 315 898	130 926 124
Produits- Compte financier CRPP	112 204 535	117 289 164	120 388 999	123 373 044	129 965 468
Produits retraités CRPP	112 173 298	117 289 164	120 388 999	123 373 044	129 965 468
Résultat comptable CRPP	-2 538 550	-2 463 682	-2916 740	-2 174 253	-1 760 656
Résultat comptable CRPP/produits du CRPP	-2,3 %	-2,1 %	-2,4 %	-1,8 %	-1,4 %
Résultat structurel CRPP	-8 544 813	-6 388 181	-6 329 740	-5 637 090	-3 460 656
Résultat structurel CRPP/produits du CRPP	-7,6 %	-5,4 %	-5,3 %	-4,6 %	-2,7 %
Montant des aides hors PRE	3 277 000	3 188 316	1 209 000	2 090 000	0
Montant PRE	2 500 000	2 500 000	2 500 000	2 500 000	2 500 000

Source : Le Centre hospit DAF du CHB, mission IGAS

1.2 Le Centre hospitalier de Lourdes est dans une situation aussi préoccupante, tant en terme d'activité qu'en terme financier.

- [39] Le centre hospitalier de Lourdes se déploie sur deux sites, l'un situé à l'entrée du centre ville en venant de Tarbes, où s'effectue l'activité de court séjour, l'autre en périphérie, à quelques kilomètres du site principal, où se localise l'activité de gériatrie. Le site situé en centre ville est localisé dans une zone à risque sismique, et comporte une partie récente et rénovée et une partie vétuste.
- [40] Le CH de Lourdes emploie environ 492 ETP non médicaux et 48 ETP médicaux en 2013. Sa capacité d'accueil en médecine, chirurgie et obstétrique est 134 lits et places. Il est en direction commune avec le Centre hospitalier de Bigorre depuis 2009.
- [41] Le tableau 5 détaille les données budgétaires et comptables de 2010 à 2014 ; l'établissement est en difficulté financière majeure, y compris de trésorerie.

Tableau 5 : Données budgétaires et comptables du CH de Lourdes de 2010 à 2014

	2010	2011	2012	2013	2014
Charges du compte financier CRPP	39 951 353	38 926 567	39 010 621	38 823 529	40 086 431
Charges retraitées CRPP	38 955 614	38 876 566,93	38 726 964	38 823 529	40 086 431
Produits-Compte financier CRPP	39 561 490	38 111 621	38 564 118	38 282 473	39 814 583
Produits retraités CRPP	39 321 276	38 011 621	38 564 118	38 168 816	39 814 583
Résultat comptable CRPP	-389 864	-814 946	-446 503	-541 056	-271 848
Résultat comptable CRPP/produits du CRPP	-1,0 %	-2,1 %	-1,2 %	-1,4 %	-0,7 %
Résultat structurel CRPP	-387 609	-1 192 346	-460 844	-1 187 937	-271 848
Résultat structurel CRPP/produits du CRPP	-1,0 %	-3,1 %	-1,2 %	-3,1 %	-0,7 %
Montant des aides hors ZRR	0	0	0	500 000	2 109 000
Montant ZRR	360 000	282 000	212 000	0	0

Source : DAF du CHL et mission IGAS

Tableau 6 : Activité du CH de Lourdes en 2014 (selon classification ASO)

ACTIVITE LOURDES 2014		Tous séjours	dont ambulatoire	% ambulatoire
M	Médecine	5 692	1 924	34 %
C	Chirurgie	1 739	725	42 %
O	Obstétrique	415	133	32 %
	Dont Accouchements	208		
TOTAL MCO		7 846	2 782	35 %
PASSAGES URGENCES	AUX	18901		
SSR		453		

Source : DIM des CH de Bigorre et Lourdes

- [42] Le tableau 6 est une synthèse de l'activité réalisée en 2014 : l'activité est surtout liée aux urgences et à l'activité de médecine et de gériatrie. L'activité chirurgicale est faible, avec 1739 séjours.

1.3 L'analyse des parts de marchés sur le territoire, stables de 2011 à 2013, confirme la prédominance du secteur public en médecine et obstétrique, et celle du secteur privé en chirurgie sur la période récente.

- [43] Le tableau 7 détaille les parts de marché des établissements sanitaires du département en 2013. La stabilité relative de ce partage public et privé alerte sur les difficultés potentielles à modifier rapidement les flux de patientèle, hors taux de fuite extra départemental.
- [44] Le principal offreur de soins en chirurgie, et concurrent direct du groupe hospitalier Bigorre-Lourdes est la clinique de l'Ormeau à Tarbes. Cette clinique intervient dans un éventail de spécialités chirurgicales plus larges que celles effectuées dans le groupe hospitalier public, en particulier en chirurgie vasculaire et en urologie, même si le CH de Lourdes a une faible activité dans cette discipline. Le tableau 9 précise les capacités installées en médecine, chirurgie et obstétrique des trois établissements de Tarbes et Lourdes.
- [45] Les parts de marché sont prédominantes dans le secteur public pour l'obstétrique, où la clinique de l'Ormeau a toutefois une activité significative avec plus 800 accouchements annuels et en médecine.
- [46] Une analyse plus fine de l'activité de médecine est néanmoins nécessaire, car la clinique de l'Ormeau concentre son activité de médecine sur certaines activités « structurantes » comme la cardiologie interventionnelle ou l'oncologie médicale ; le seul oncologue médical, qui intervient par convention dans les deux centres hospitaliers publics, exerce à la clinique de l'Ormeau.
- [47] La clinique dispose également d'un service d'urgence, accueillant environ 10 000 passages par an (*source ORUMIP*)

[48] Le centre hospitalier de Lannemezan, qui a une activité importante en psychiatrie, développe également son activité chirurgicale, en lien, dans le cadre d'un GCS de moyens, avec une clinique privée toulousaine ; ce choix stratégique local, concurrentiel avec les établissements publics et privés du territoire de santé, est intervenu après la transformation, difficile et conflictuelle avec l'Agence régionale de santé, de la maternité de Lannemezan en centre périnatal de proximité ; ce centre périnatal fonctionne avec succès. L'activité chirurgicale réalisée à Lannemezan est supérieure à celle du centre hospitalier de Lourdes. La mission n'abordera pas la problématique de Lannemezan, mais la question de l'intégration de l'activité de Lannemezan se posera lors de la mise en place des groupes hospitaliers de territoire (GHT).

Tableau 7 : Parts d'activité 2013 des établissements MCO des Hautes-Pyrénées

Groupes d'activités 2013	Tarbes-Lourdes			Ormeau	Autres MCO 65			Dialyse	Total séjours
	CH Bigorre	CH Lourdes	Total		CH Bagnères	CH Lzan	Total		
C - Chirurgie	31,5 %	6,5 %	38,0 %	52,0 %	0,0 %	10,0 %	10,0 %	0,0 %	19 069
K - classant non op	26,1 %	9,2 %	35,3 %	59,8 %	0,0 %	5,0 %	5,0 %	0,0 %	11 005
N - Nouveau-nés	46,7 %	11,5 %	58,2 %	41,8 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	2 078
O - Obstétrique	45,6 %	13,0 %	58,6 %	39,9 %	0,0 %	1,5 %	1,5 %	0,0 %	3 497
S - Séances	64,9 %	4,8 %	69,7 %	29,7 %	0,0 %	0,6 %	0,6 %	0,0 %	18 194
X - Médecine	52,5 %	15,0 %	67,6 %	18,7 %	3,7 %	10,1 %	13,7 %	0,0 %	28 293
Z - erreur	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,6 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	9,4 %	13 796
Total général	%	39,7 %	8,4 %	48,1 %	43,8 %	1,1 %	5,7 %	6,8 %	1,3 %
	Nombre de séjours	38103	8072	46175	41973	1037	5454	6491	511

Source : Dr Capdepon DIM du CHB

Tableau 8 : Taux de marge brute des deux centres hospitaliers

Marge brute	CH DE BIGORRE			CH DE LOURDES		
	CFA 2014	EPRD 2015	PGFP 2016	CFA 2014	EPRD 2015	PGFP 2016
Taux de marge brute du CRP, hors aide	3,35 %	4,61 %	4,59 %	-0,63 %	0,24 %	0,25 %
Taux de marge brute du CRP, après aide	5,92 %	6,75 %	6,71 %	5,17 %	0,63 %	0,65 %
Taux de marge brute de l'entité juridique	6,21 %	6,63 %	6,61 %	5,69 %	1,40 %	1,45 %
Taux de marge brute disponible	0,68 %	0,59 %	1,13 %	2,37 %	-1,78 %	-1,96 %
CAF en % des produits	4,43 %	4,71 %	4,92 %	4,73 %	0,68 %	0,69 %

Source : DAF, ARS Midi Pyrénées, IGAS

Tableau 9 : Capacités en lits MCO des CH de Bigorre, Lourdes et de la clinique de l'Ormeau

	CH BIGORRE	CH LOURDES	« GROUPE HOSPITALIER TARBES-LOURDES »	Ormeau
CAPACITE MCO	325	134	459	268
HC Médecine	226	86	312	82
PI Médecine	6	8	14	7
HC Chirurgie	57	20	77	138
PI Chirurgie	8	4	12	18
HC Obstétrique	26	15	41	23
PI Obstétrique.	2	1	3	0
Réanimation	12	6	18	0
Soins intensifs	13	0	13	8
Soins continus	0	6	6	14

Source : Hospidiag, retraité mission Igas

[50] *Pour mémoire* : les lits de réanimation, de soins intensifs (SI) et de soins continus (SC) sont comptabilisés dans les lits d'hospitalisation complète (HC) de médecine, et relèvent soit d'une autorisation d'activité spécifique (réanimation), soit d'une reconnaissance contractuelle dans le CPOM signé entre l'ARS et l'établissement de santé public ou privé (Soins continus et SI).

1.4 Une absence de stratégie claire

1.4.1 Les deux établissements de Bigorre et de Lourdes alternent concurrence et coopération depuis de nombreuses années, sans arriver à définir et mettre en œuvre de stratégie commune effective jusqu'à une date récente.

[51] Les deux établissements, distants de 18 kilomètres, et couvrant en partie une même population, sont dans un rapprochement institutionnel depuis plusieurs années, avec un contexte de concurrence historique et de complémentarité affichée, dont le caractère opérant est limité.

[52] Cette stratégie commune devait s'appuyer sur la constitution, en 2009, d'un groupement de coopération sanitaire « groupe hospitalier des Hautes-Pyrénées », qui n'a jamais eu de projet médical ni d'activité effective, hormis une direction administrative commune.

- [53] Les deux établissements ont une direction commune depuis 2009, avec une convention de direction commune signée le 1 janvier 2012. Ils sont partie d'un Groupement de coopération sanitaire de moyens, le « Groupe hospitalier des Hautes-Pyrénées », constitué en août 2009. La convention constitutive a été signée le 15 septembre 2009, après approbation par le conseil d'administration du CH de Bigorre le 18 juin 2009, et celui du Centre hospitalier de Lourdes le 25 juin 2009. Le GCS a été approuvé par un arrêté du Directeur de l'Agence régionale de l'Hospitalisation de Midi-Pyrénées le 4 août 2009.
- [54] Ce GCS a été initialement constitué sous l'impulsion de l'Agence régionale de l'hospitalisation de Midi-Pyrénées dans le but d'assurer la maîtrise d'ouvrage d'un hôpital commun. Comme le nom du groupement l'indique, ce GCS avait vocation à se transformer en GCS établissement de santé, avec un administrateur également chargé de la direction de ce GCS, et des deux Centres hospitaliers de Bigorre et Lourdes.
- [55] Ce GCS devait gérer les activités médicales, permettre des interventions communes des personnels médicaux et non médicaux, mutualiser les fonctions supports, réaliser ou gérer des équipements et détenir des autorisations. Le CSP prévoit que dès l'attribution d'une autorisation de soins à un GCS, celui-ci est automatiquement érigé en établissement de santé. En fait l'objet du GCS l'autorisait à développer l'activité d'un établissement de santé réunissant les deux centres hospitaliers; la convention constitutive prévoit explicitement cette hypothèse.
- [56] La réglementation prévoit qu'un GCS établissement de santé de droit public applique les règles d'organisation et de fonctionnement d'un établissement public de santé avec les instances réglementaires d'un établissement public de santé (article L.6133-7 du CSP). Il doit par conséquent disposer d'un conseil de surveillance, d'un directoire, d'une commission médicale d'établissement et des autres instances réglementaires. Il applique les règles budgétaires et comptables des EPS, tout en s'appuyant sur la convention constitutive pour les biens patrimoniaux.
- [57] La direction du GCS aurait géré trois établissements, juridiquement autonomes, avec leurs instances respectives et parallèles, des personnels de mêmes statuts mais rattachés à des entités juridiques différentes, des comptabilités séparées, et des partages de biens patrimoniaux à préciser. Cette complexité administrative peut expliquer l'absence de mise en place de ce groupement après l'abandon du projet de reconstruction d'un établissement unique à Lanne en 2010.
- [58] En effet, en dehors de la direction commune, qui s'inscrit dans la constitution du Groupement, mais a finalement fait l'objet d'une convention spécifique en 2012, cette structure de GCS est une « coquille vide », qui n'a jamais réuni son assemblée générale, et n'a pas développé d'activité depuis sa création en août 2009.

1.4.2 Les fluctuations des positions successives choisies par la tutelle (Agences Régionales de l'Hospitalisation puis de la Santé) ont compliqué la définition d'une stratégie cohérente pour chacun des deux centres hospitaliers, et ont retardé la formalisation d'un projet commun.

- [59] Depuis 2007, les Agences régionales de l'hospitalisation puis de santé n'ont jamais précisé la position respective des centres hospitaliers de Bigorre, de Lourdes et de la Clinique de l'Ormeau dans l'offre de soins du territoire. Les SROS, puis le PRS de 2012 ont maintenu, en termes de sites autorisés, la situation historique existante, autorisant ainsi les trois principaux établissements de court séjour du département à maintenir l'ensemble des activités de médecine, chirurgie et obstétrique, sans incitation à une restructuration de l'offre hospitalière, malgré un bassin de population limité, un morcellement des disciplines entre établissements limitant les files actives, et les contraintes médico-économiques fragilisant les établissements publics.

- [60] Depuis 2009, différents scénarios de projets de nouvelle construction hospitalière à Tarbes ont été pilotés par les Agences régionales de l'hospitalisation puis de la santé, en raison des taux de vétusté des bâtiments.
- [61] En 2009-2010, un premier projet prévoyait la construction d'un établissement neuf regroupant les CH de Bigorre (site MCO de Tarbes) et de Lourdes. 8 sites fonciers avaient été repérés et évalués par la DDEA 65, et le choix retenu fut celui de Lanne, commune située entre Tarbes et Lourdes, à proximité de la route à 2x2 voies reliant les deux agglomérations. Ce choix a été largement contesté, tant par les élus que par les organisations syndicales représentatives et une partie du personnel des deux établissements.
- [62] En mars 2009, le projet étudié comportait 466 lits et places, pour un coût de 155,5 M euros (valeur 2008). En septembre 2009, le projet était revu sur le plan capacitaire, avec 396 lits et places, et un coût prévisionnel de 136 M euros.
- [63] Après abandon de ce projet en 2010, l'Agence régionale de santé envisageait une restructuration du site de la Gespe (site de Tarbes), *in situ*, avec une capacité de 396 lits et places, et un coût de 123,8 millions d'euros. Ce projet nécessitait 9 ans de travaux en site occupé, avec les nuisances afférentes.
- [64] En 2011, compte tenu du coût et de la durée des travaux et des nuisances liées au projet de restructuration *in situ*, un projet d'hôpital neuf sur un terrain appartenant partiellement à la clinique de l'Ormeau-Pyrénées se substituait au précédent; la capacité prévue était de 340 lits et places pour le CH de Bigorre, auxquels s'ajoutaient 36 lits d'obstétrique partagés avec la clinique, pour un coût estimé de 122 millions d'euros. Ce projet n'intégrait plus le CH de Lourdes, mais favorisait un rapprochement public-privé entre le centre hospitalier de Bigorre et la Clinique de l'Ormeau sur l'agglomération tarbaise.
- [65] En 2013, après abandon du projet public-privé à Tarbes, l'Agence régionale réévaluait la faisabilité d'une restructuration du site de la Gespe à Tarbes, avec une capacité de 386 lits et places, auxquels s'ajouteraient 12 lits de psychiatrie (en collaboration avec le CH spécialisé de Lannemezan) et 20 places de réadaptation fonctionnelle (en collaboration avec le CH de Bagnères de Bigorre).
- [66] En l'absence de soutenabilité financière liée aux difficultés du CH de Bigorre, dont le déficit cumulé excède 23 millions d'euros, et dont la CAF et la marge brute sont largement insuffisantes, ce 4^e projet en 4 ans a été, à juste titre, reporté.
- [67] Chacun de ces projets a mobilisé les équipes hospitalières, avec groupes de travail, réflexions sur les organisations médicales et non médicales. Ces changements de cap successifs ont ainsi créé un scepticisme partagé, et un sentiment de lassitude exprimé par l'ensemble des acteurs hospitaliers rencontrés par la mission. Ces incertitudes et ces fluctuations rendent difficiles, dans un contexte de plans de retour à l'équilibre successifs et de réduction partielle des moyens, la construction d'une stratégie cohérente; la concurrence publique/privée (CHB-Ormeau) et publique/publique est aggravée ou exacerbée par les difficultés financières pour les deux structures publiques, chaque établissement tentant de développer indépendamment son activité dans le but de majorer ses recettes dans un contexte de T2A, et éviter ainsi les réorganisations nécessaires à la réduction des charges.
- [68] En effet, malgré la direction commune, les choix de privilégier d'abord un hôpital associant les CH de Lourdes et Tarbes, et permettant de « dédoubler » les activités miroirs entre les deux sites et de créer une synergie publique, puis d'envisager une structure publique-privée à Tarbes excluant le CH de Lourdes, ont repoussé des décisions difficiles mais indispensables, et la constitution d'un vrai projet médical et soignant commun ou partagé pour le « Groupe hospitalier Bigorre-Lourdes ».

1.4.3 Le directeur général de l'ARS a demandé en 2012 l'élaboration d'un projet stratégique dans le cadre du « Groupe hospitalier » regroupant les CH de Bigorre (Tarbes et Vic en Bigorre) et Lourdes.

[69] Ce projet devait d'une part définir la stratégie commune Tarbes-Lourdes, d'autre part préciser les axes de coopération entre le CH de Bigorre et la clinique de l'Ormeau dans 4 disciplines prioritaires (urgences, cardiologie interventionnelle, cancérologie, obstétrique). Un comité de pilotage sous la présidence du DG de l'ARS devait coordonner la réflexion en ce qui concerne la partie publique-privée ; ce comité ne s'est pas réuni depuis le début du projet en 2012, et les relations institutionnelles entre le CH de Bigorre et la clinique de l'Ormeau se limitent à la gestion courante (astreinte partagée de cardiologie interventionnelle, oncologue médical de la clinique intervenant au CH...), mais ne concernent pas les sujets stratégiques. Les coopérations médicales ponctuelles sont basées sur les relations interpersonnelles entre praticiens, mais la mission a constaté qu'il n'existe pas de coopération institutionnelle ou de réflexion commune sur d'éventuels axes de coopération à développer.

[70] La réflexion interne aux deux établissements publics a donné lieu 2012 à un document cadre, non formellement validé par l'ensemble des instances, mais structuré et discuté par les directeurs. (annexe 1). Ce document n'est pas complété par une analyse médico-économique d'aide à la décision, mais reste en cohérence avec les plans de retour à l'équilibre financier.

[71] Ce document propose notamment la mise en place d'équipes médicales communes dans certaines disciplines, la transformation de la maternité de Lourdes en centre périnatal de proximité, la restructuration des soins critiques (réanimation et soins continus), la définition d'objectifs à chaque grande discipline. En l'absence de validation par les instances, ce projet, non mis en œuvre, est régulièrement contesté par certains acteurs et reste fragile. La mission adhère aux principales orientations proposées dans ce document et détaillera plus loin son appréciation sur les disciplines justifiant une vigilance particulière, et les secteurs justifiant une mise en œuvre immédiate.

1.4.4 Les établissements de Bigorre et de Lourdes sont sous direction commune depuis décembre 2009, mais conservent pour l'essentiel des activités en miroir et souvent concurrentes

[72] Le PRS Midi-Pyrénées autorise des activités identiques à Tarbes (au Centre hospitalier de Bigorre et à la clinique de l'Ormeau) ainsi qu'au Centre hospitalier de Lourdes, en urgences, en médecine, chirurgie, obstétrique avec une maternité de niveau IIB pour le CH de Bigorre et de niveau I pour Lourdes et la clinique de l'Ormeau. Le CH de Bigorre et le CH de Lourdes disposent d'une autorisation de réanimation. Ces autorisations d'activité ont pour beaucoup été renouvelées à l'issue de la publication du PRS. Le tableau 10 détaille ces autorisations.

[73] Les activités spécifiques au centre hospitalier de Bigorre sont la dialyse en centre, le Samu, et la néonatalogie. Le SAMU/SMUR et la néonatalogie participe largement au déficit du CHB (*données ANAP*)

[74] Compte tenu du bassin de population desservi, le partage d'activité entre les deux CH limite les files actives dans chaque structure ; dans un contexte de ressources liées à la tarification à l'activité, le point mort médico-économique est difficile à atteindre. Ainsi la circulaire DGOS/R1/2014/366 du 29 décembre 2014 estime à 1200 accouchements le seuil nécessaire à un équilibre médico-économique pour cette activité de naissance prise isolément.

- [75] La population de l'aire urbaine de Tarbes étant prédominante, et Tarbes disposant d'établissements plus importants, offrant un éventail de choix de praticiens plus large, les faibles files actives compromettent fortement la pérennité de certaines activités lourdaises, dont la gynécologie obstétrique ou certaines chirurgies. Les normes obligatoires et les règles du temps de travail médical en milieu hospitalier aggravent les difficultés d'organisation de la permanence des soins en réanimation, en anesthésie ou en maternité.¹
- [76] Les évolutions prévues de la démographie du territoire ne permettent pas d'envisager une croissance significative de l'activité globale sur le territoire. Il existe un contexte de forte concurrence des CH avec la clinique privée tarbaise dynamique sur l'ensemble des disciplines MCO, et on constate pour certaines disciplines chirurgicales comme l'orthopédie et la gynécologie, une fuite vers les cliniques toulousaines ou les établissements publics et privés palois, situés à 40 km.
- [77] La seule croissance possible pour les deux Centres hospitaliers de Bigorre et Lourdes provient de modifications de part de marché en limitant le taux de fuite vers Pau et Toulouse, ce qui implique un positionnement clair et commun des CH en orthopédie et en chirurgie gynécologique notamment, et une implication forte du corps médical, avec des équipes suffisamment sur-spécialisées pour répondre à la demande, et offrant des modalités de prise en charge (ambulatoire) capable de soutenir la concurrence des cliniques toulousaines et des établissements palois.
- [78] Une politique de communication, ainsi que le préconisait l'ANAP, compréhensible et positive, est nécessaire tant vis-à-vis des usagers que des médecins libéraux. Or actuellement les Centres hospitaliers de Bigorre et de Lourdes communiquent essentiellement sur leurs difficultés et peu sur leurs atouts.

¹ Le nombre de praticiens nécessaire à une colonne de garde, prenant en compte la durée de travail de 48h, et intégrant les congés annuels, les RTT et les congés de formation correspond à 4,78 ETP de praticiens hospitaliers ; ce calcul théorique repose sur les pré-requis du volontariat des PH, à qui l'on ne peut imposer plus d'une nuit de travail par semaine, sur la présence d'un seul praticien pour les activités de jour, et ne prend pas en compte d'autres facteurs éventuels d'absentéisme.

Tableau 10 : Activités autorisées dans les deux Centres hospitaliers de Bigorre et Lourdes

ACTIVITES AUTORISEES		CH Bigorre		CH LOURDES	
Activité	Modalités de réalisation	Année autorisation	Fin de validité	Année autorisation	Fin de validité
Médecine	Hospitalisation complète(HC)	2001	2016	2011	2016
	Hospitalisation partielle	2001	2016	2000	2014
Chirurgie	Hospitalisation complète (HC)	2001	2016	2011	2016
	Chirurgie ambulatoire	2001	2017	2012	2017
Périnatalité	Obstétrique HC	2001	2017	2012	2017
	<i>Néonatalogie 2B</i>	2001	2017	NA	NA
Réanimation		2001	2017	2010	2015
Dialyse en centre		2001	2017	NA	NA
Urgences	Service d'urgence	2007	2017	2012	2017
	SMUR	2007	2017	2012	2017
	<i>SAMU</i>	2007			
Cancer (chirurgie)	Chirurgie digestive	2009	2014	2009	2014
	<i>Chirurgie du sein ORL, maxillo-faciale, gynécologique</i>	2009	2014	NA	NA
Cancer	Chimiothérapie	2009	2014	2009	2012
	<i>Radiothérapie métabolique</i>	2009	2014		
Scanographie		2011	2016	2013	2018
Unité de soins de longue durée	Ayguerote et Vic en Bigorre pour le CHB	2010	2013	2013	2019
SSR non spécialisé	Ayguerote et Vic en Bigorre pour le CHB	2010	2012	2013	2018
SSR affection de la personne âgée	Ayguerote et Vic en Bigorre pour le CHB	2010	2012	2013	2018

Source : Direction générale des CHB et CHL

1.4.5 Le CH de Tarbes connaît des fragilités, mal anticipées, liées à la démographie médicale dans certaines disciplines structurantes, comme l'oncologie, la cardiologie, l'obstétrique.

[79] Le centre hospitalier de Tarbes, établissement pivot du territoire de santé des Hautes-Pyrénées, est en situation de fragilité démographique médicale dans des disciplines importantes.

[80] L'oncologie médicale est réalisée, en dehors de l'hématologie, par des praticiens extérieurs, exerçant principalement à la clinique. Le CH ne dispose pas de la radiothérapie ni d'un Pet scan, localisé à Pau. Le centre hospitalier de Bigorre a une activité significative dans la discipline, du fait des spécialités d'organe, et il est autorisé à l'activité de cancérologie en chirurgie digestive, chirurgie gynécologique et du sein, ORL et maxillo-facial ; il est autorisé, comme le centre hospitalier de Lourdes, à réaliser des chimiothérapies (tableau 10).

- [81] L'équipe médicale de cardiologie, pour laquelle l'établissement dispose d'une autorisation de cardiologie interventionnelle (type 1 et 3) et d'une unité de soins intensifs, a vu partir récemment et successivement le chef de service du CH de Bigorre, intervenant principal en cardiologie interventionnelle qui a rejoint la clinique de l'Ormeau, puis son opérateur principal en stimulation cardiaque, chef de service du CH de Lourdes, intervenant dans le cadre de prestations croisées. L'activité interventionnelle est réalisée actuellement par un cardiologue PH temps partiel de Lourdes, qui effectue la totalité des deux semaines mensuelles d'astreintes et par des praticiens du CH de Pau, mis à disposition deux jours par semaines. La clinique de l'Ormeau regroupe 11 cardiologues dont 5 ont une activité interventionnelle.
- [82] La situation est préoccupante en gynécologie obstétrique du fait de la démographie et de la pyramide des âges des 4 praticiens, avec trois praticiens de plus de 62 ans, dont l'un, opérateur principal en chirurgie gynécologique ne travaille plus qu'à temps partiel, éclusant son compte épargne temps avant un départ en retraite en 2015. Toutefois l'établissement vient de recruter une assistante qualifiée en chirurgie gynécologique et s'apprête à recruter une praticienne à temps partiel.

1.5 Les deux établissements ont une situation financière très dégradée, bloquant tout investissement significatif, et limitant les marges de développement d'activités nouvelles

- [83] Des déficits d'exploitation récurrents au centre hospitalier de Bigorre
- [84] Ces déficits ont notablement réduit les capacités financières de l'établissement, voire la confiance du public. Le déficit est ancien, depuis l'introduction de la tarification à l'activité, ainsi que le rappelle la Chambre régionale des comptes de Midi-Pyrénées dans son rapport de 2010. L'établissement a été incapable de mettre en œuvre les mesures de redressement structurelles indispensables.
- [85] *« La situation financière de l'établissement s'est très fortement dégradée à partir de 2005, deuxième année de mise en place de la tarification à l'activité. En 2006, 2007 et 2008, le déficit réel du budget hospitalier (corrigé des charges reportées et diminué des aides reçues) a atteint respectivement 3,67M€, 5,54M€ et 4,8M€. L'équilibre financier de l'établissement dépend ainsi des subventions que lui accorde l'autorité de tutelle (2,5M€ en moyenne annuelle, le double de cette somme en 2008) et des emprunts qu'il contracte pour maintenir son fond de roulement à un niveau suffisant ».*
- CRC Midi Pyrénées. Lettre d'observations définitives 10 janvier 2010*
- [86] Le Comité des Risques Financiers Hospitaliers (CRFH) avait exigé de l'établissement un véritable plan d'actions sur les charges afin de garantir un retour à l'équilibre rapide.
- [87] La mission IGAS indique dans son rapport au COPERMO (09/2013) que le PRE faisant l'objet d'un avenant n°10 au CPOM du CHB « devrait permettre un quasi retour à l'équilibre sans aides à la contractualisation (AC) en 2018 ». En effet, même si les hypothèses d'activité retenues étaient volontaristes, l'évolution prévue des dépenses était « relativement modérée ». Le même rapport souligne que le CHB avait mis en œuvre les mesures prévues dans le PRE, mais que les résultats restent notablement insuffisants.

1.5.1 Un déficit cumulé très élevé pour les deux centres hospitaliers

1.5.1.1 La situation financière du CH de Tarbes

- [88] Au 31 décembre 2013, le résultat comptable cumulé du CH de Bigorre est de – 23 022 819 €. Au 31 décembre 2014 le résultat comptable cumulé du CH de Bigorre est de - 24 783 475 €
- [89] Bien que réel, le début de l'amélioration de la gestion n'est pas parvenu à sortir le CH de la spirale déficitaire, mais le ralentissement observé en 2014 dans le creusement du déficit peut être jugé comme un des premiers résultats concrets et favorables du PRE.
- [90] A défaut des réformes de structure, qui n'ont pas encore pu produire leurs effets, ce sont à court terme en recettes les gains sur le codage qui amènent les résultats les plus féconds, tandis que des économies de dépenses qui sont incontestables posent les problèmes de leurs limites et de leur vrai rendement.

1.5.1.2 La situation du CH de Lourdes

- [91] Au 31 décembre 2013, le résultat comptable cumulé du CH de Lourdes est de - 541 056 €. Au 31 décembre 2014, le résultat comptable cumulé du CH de Lourdes est de – 2 549 218 €, hors aides.
- [92] Le rythme d'accroissement du déficit est élevé du fait de la forte baisse d'activité enregistrée en hospitalisation.
- [93] Si pour Tarbes, la situation d'un déficit d'exploitation est coutumière, il n'en était pas de même pour Lourdes, en tous cas avec cette ampleur. Le PRE conduit pour 3 ans jusqu'à 2011 a été considéré comme une réussite au moins partielle par la CRC jusqu'à cette date. Mais malgré l'effort accompli, le CHL est de plus en plus dépendant d'aides de l'ARS.

1.5.2 Le taux de vétusté des deux établissements, et le risque sismique de Lourdes, justifierait des investissements lourds, non soutenables financièrement

- [94] Les enjeux de redressement auxquels fait face le CHB ainsi que les orientations du projet médical commun Tarbes-Lourdes constituent encore le socle de référence de la mission d'appui, comme ce le fut pour la mission ANAP, avec les objectifs, les contraintes et les méthodologies qui lui étaient plus spécifiques. L'ensemble de ces missions qui se sont succédées se sont toutes heurtées aux difficultés de concilier l'impératif de rétablir des équilibres à court terme et la recherche de réformes structurelles devant aboutir à un partage équilibré des activités entre les deux CH, ces réformes structurelles nécessitant un investissement initial.
- [95] Et en tout état de cause, malgré des signes indéniables d'amélioration, le domaine financier particulièrement au niveau budgétaire, développe des apparences contradictoires et démontre que les quelques avancées enregistrées depuis le passage en COPERMO, sont tangibles mais d'une exceptionnelle fragilité.
- [96] Cependant, la direction et le président de la CME ont pu attester qu'en l'absence d'orientations précises par rapport au projet d'investissement qui doit réunir les deux communautés sur un même site, le projet médical commun reste encore très fragile. En effet, des réflexes isolationnistes réapparaissent et mettent, en conséquence l'avenir respectif des deux hôpitaux en question (constat partagé avec la mission ANAP qui était intervenue sur le site en 2013-2014). Les réunions auxquelles la mission a pu participer montrent encore la pertinence de ce constat regrettable.

1.5.3 Une exploitation structurellement déficitaire

- [97] Un premier contrat de retour à l'équilibre financier du CH de Bigorre (CREF) a été signé en janvier 2007 pour la période 2007–2011. Suite à un premier avenant signé en novembre 2007, pour corriger l'optimisme de l'évolution des recettes dans le CPOM précédent, le bilan pouvait paraître prometteur car les mesures prises par l'établissement pour contenir les dépenses et ajuster ses activités commençaient à produire leurs effets, au terme de l'exécution budgétaire de 2008. L'amélioration se poursuit en 2009 avec un « équilibre » financier de l'établissement dépendant des subventions allouées par l'ARH puis par l'ARS.
- [98] En 2010, on constate une dégradation du résultat du compte principal (-70 k€), malgré un montant d'aide plus important qu'en 2009, du fait de produits de la tarification aux séjours moins importants et malgré une baisse des charges de personnel liée aux mesures du PRE 2008-2011 (-100 k€).
- [99] En 2011, le résultat du compte principal s'améliore très légèrement (+80 k€) mais reste déficitaire. L'augmentation des produits (+5 %) ne permet pas de couvrir l'augmentation des charges (+4 %).
- [100] L'année 2012 est caractérisée par une amélioration notable des recettes de l'établissement (+3,1 M€) mais également par une augmentation des dépenses (+3,6M dont 2,4M sur le titre 1) due à la progression des effectifs médicaux et non médicaux entre 2011 et 2012.
- [101] Un nouveau plan de retour à l'équilibre budgétaire a donc dû être discuté puis signé en février 2013. L'analyse de l'année 2013 permet de constater une progression de l'activité de 1,7 % (RSA valorisés) et une hausse de recettes assurance maladie liée aux séjours de 1,4 % par rapport à 2012 avec un résultat amélioré par rapport à l'exercice précédent. Sur la période 2008–2011, le résultat consolidé reste déficitaire aux alentours de 2M d'euros et subit un décrochage important en 2012 pour se chiffrer à 2.8M d'euros. Le fait générateur est à en rechercher dans une progression des recettes d'exploitation insuffisante pour faire face à l'augmentation des charges courantes (+3 %) ce qui se reproduira encore par la suite.
- [102] En 2013 nous constatons une projection d'amélioration du déficit d'environ 1M€ liée à une meilleure maîtrise des effectifs. Les budgets annexes restent excédentaires sur la période mais leur impact est modéré sur le budget de l'établissement. Le niveau d'excédent de 2013 des budgets annexes revient à celui des années 2008 et 2010. Les dépenses de personnel (titre1), soit 65 % des dépenses en 2012, ont augmenté de 1 % sur la période 2007-2011 et on note une forte progression de 2011 à 2012 (+3 %) liée à une augmentation des effectifs. Par contre, on constate une meilleure maîtrise des dépenses de personnel sur l'exercice 2013 et 2014. Les dépenses à caractère médical (essentiellement médicaments et dispositifs médicaux) ont augmenté sur la totalité de la période de 29 % en dépenses brutes, mais une part importante de ces charges est liée à des rétrocessions de médicaments coûteux. Les dépenses à caractère hôtelier et général ont progressé de 27 %, également en dépenses brutes. Si l'on neutralise les aides exceptionnelles dont a bénéficié l'établissement pour un total de 28.5 M€ sur la période, on obtient les « résultats hors aides exceptionnelles » [ci-après tableau en annexe 4] traduisant la situation financière réelle de l'établissement.

1.5.4 Une structure bilancielle fragilisée

- [103] Les fonds propres du CHB sont fortement dégradés par un report à nouveau négatif de plus de 24 million d'euros
- [104] La problématique majeure d'endettement s'intensifie. L'établissement n'est plus en capacité d'emprunter alors qu'il est dans l'obligation de générer une CAF suffisante pour financer ses investissements, ce qui est désormais également le cas de Lourdes.

1.5.5 Une trésorerie très dégradée

- [105] Elle trouve son origine dans les prélèvements sur le FRNG, et l'accumulation des résultats antérieurs déficitaires.
- [106] L'analyse prospective de la situation patrimoniale et d'exploitation du CHB réalisée par l'ANAP s'appuie sur le PGFP, le dernier validé en 2013 par l'ARS intègre les impacts des quatre pistes des chantiers opérationnels ANAP (pour un montant de 1,75 M€), le plan complémentaire du CHB, communiqué au COPERMO pour un montant de 1M€.
- [107] L'objectif de l'ensemble de ces trois plans étant de se conjuguer pour parvenir à mobiliser tous les leviers pour rétablir la situation malgré les aides consenties par l'ARS à hauteur de 2,5 M€, la situation reste en effet, très préoccupante. La CAF générée ne permet toujours pas de couvrir les remboursements d'emprunts et les frais liés aux investissements courants de l'établissement ce qui est particulièrement grave dans le cas d'un établissement de cette importance et particulièrement vétuste.
- [108] Les leviers d'efficience, pouvant être mobilisés pour réduire les écarts de coûts et favoriser la relance de l'activité, ont pour l'essentiel fait l'objet de cet ensemble constituant les approches successives de PRE et jouant sur les ressorts habituels que sont:
- la recherche de la meilleure adéquation des ressources à l'activité, notamment sur la gestion des lits et l'organisation de certains services.
 - l'apport de l'ANAP, des professionnels eux-mêmes sur les plateaux techniques (bloc opératoire, anesthésie, réanimation, urgences...).
 - la rationalisation de l'emploi des RH notamment médicales sur les deux sites.
- [109] Ces différentes questions doivent également s'inscrire dans une vision financière plus globale de type PGFP.
- [110] En effet, pour favoriser son développement et encadrer sa relance éventuelle le groupe hospitalier a besoin d'une lisibilité accrue qu'il doit trouver dans un PGFP « validé » puisqu'il ne peut être réglementairement approuvé.
- [111] Les comptes de résultats prévisionnels puis les résultats de la gestion 2014 annoncent un déficit de moindre ampleur que lors des précédents exercices, alors que le CH de Lourdes s'enfonce, suite à une forte baisse d'activité, dans une spirale déficitaire.
- [112] Il est possible de rompre avec cette gestion déficitaire mais « l'espace pour le faire » est de plus en plus réduit.
- [113] Pour y parvenir et sans exclusive, il conviendra, dans la continuité et l'intensification de ce qui a été réalisé en 2014, de résoudre les problèmes liés aux prévisions d'activité et d'adéquation des moyens.
- [114] Les actions préconisées par l'ANAP validées par l'établissement et l'ARS ne produisent quasiment pas d'impact pour le moment, la plupart n'ayant pas eu un effet en année pleine.
- [115] L'évaluation des actions, domaine par domaine, montre qu'effectivement des avancées se produisent : réunion des Commissions d'analyse médico-économique sur le suivi technique des mesures des PRE de Tarbes et bientôt de Tarbes-Lourdes. La mise en œuvre et l'évaluation stricte et précise des actions est incontournable mais insuffisante car le besoin d'aide de l'ARS de 2,5M € perdurera jusqu'à la fin du PRE.
- [116] Au niveau de l'exploitation, il a été prévu dans le projet de PGFP une augmentation des recettes issues de l'activité de 2,35 % ce qui est beaucoup. La méthodologie utilisée pour prévoir les recettes d'activité doit être affinée.

- [117] En effet, cette prévision apparaît "optimiste" au regard de la réalité car une partie de l'augmentation des recettes repose :
- Sur la mise en œuvre d'actions difficiles (reprise de parts de marché).
 - Sur le regroupement de la maternité, dont rien ne garantit un report des accouchements sur le CH de Bigorre.
 - Sur une stabilité des tarifs en 2015 et les années suivantes (coefficient prudentiel à déterminer...alors que l'établissement n'en a pas vraiment les moyens etc.).
 - Sur un bénéfice financier hypothétique lié au passage de l'HC à la chirurgie ambulatoire.
- [118] Le travail fait en amont et la réunion des chefs de pôles du 10 décembre 2014 a marqué la construction méthodique d'un suivi plus précis et bien organisé. Ainsi, le travail effectué par les services financiers et le contrôle de gestion tout au long de l'année a permis de donner une autre réalité à la prévision qui désormais repose sur une construction budgétaire pluri annuelle pour reconquérir une marge suffisante et modélisée avec l'objectif d'un TMB de 8 % en 2015, sur le modèle de diagnostic prospectif de l'ANAP.
- [119] La diminution des dépenses de titre 2 et 3 pour indispensable qu'elle soit est insuffisante puisqu'il n'y a aucun impact fort sur la masse salariale or celle-ci représente le levier majeur pour agir sur un éventuel retour vers l'équilibre. Il faut cependant quand même saluer le renversement de tendance que représente depuis 2013, le contrôle strict des mensualités en personnel médical et non médical. Celles-ci en 2014, même si ce mouvement ne saurait être suffisant sont désormais en diminution sur les personnels permanents.
- [120] Avec l'aide de la tutelle, la mise en place d'une GPEC efficace doit permettre de répondre par des gains de productivité et par la formation aux besoins d'accroissement des qualifications.
- [121] Il convient d'accompagner l'établissement par des crédits non pérennes pour financer des indemnités de départs volontaires.
- [122] Compte tenu des perspectives portant sur l'exploitation, le problème de l'investissement reste entier et grandement urgent. L'objet des emprunts pose des questions puisque l'établissement doit s'endetter pour financer le plan courant de travaux et d'équipements. L'endettement est désormais devenu une question cruciale.
- [123] La DAF est d'un montant significatif de 6,7 million d'euros pour 90 lits de SSR et représente un atout de financement stable de l'exploitation pour les services ou activités qui en relèvent.
- [124] A la fin de l'exercice 2014, les résultats cumulés des CRPP du CHB et CHL définissent les contours d'une situation extrêmement sérieuse et durablement périlleuse, malgré les efforts indéniables accomplis, les déficits cumulés ne diminuent pas.
- [125] Pour le CHB le déficit cumulé s'est accru de 1 760 656 € entre 2013 et 2014.
- [126] Pour le CHL le déficit cumulé s'est accru de 400 000 € entre 2013 et 2014. Il a pu bénéficier d'un montant important d'aides, ce qui témoigne d'une dégradation de la situation financière cumulée malgré, en apparence, un résultat comptable de l'année 2014, moins mauvais que prévu.
- [127] L'état infra annuel du CHB 2014 permet de constater que sur 2,20 % de hausse de recettes n'apparaît qu'une augmentation limitée des produits de l'activité à + 1,90 %. Pour moitié cette augmentation est à imputer à l'amélioration du codage.
- [128] On a pu remarquer l'augmentation du nombre des patients pris en charge à 100 % (activités chirurgicales lourdes et affections de longue durée essentiellement) car dans le même temps il y a une baisse de 6,05 % du Titre II ce qui est très important dont 6,86 % sur les tickets modérateurs, 7,22 % sur les tarifications spécifiques (conventions internationales), 9,13 % sur les activités pour les autres établissements.

- [129] Sur l'évolution des recettes d'activité en dehors de la MIGAC qui est de +1 960 332€ il ne reste plus que 780 127€ qui représente la réalité de la hausse d'activité ou de sa valorisation. En définitive, en 2014 même si les recettes évoluent plus que les dépenses, le montant total des recettes ne couvre pas le montant total des dépenses et génère un déficit comptable. L'évolution des recettes en « apparence » satisfaisante ne recouvre pas une véritable augmentation des ressources liées à l'activité.
- [130] Dans le tableau de financement prévisionnel, il apparaît que la CAF ne couvre pas le remboursement des emprunts. Le CHB a investi 6,7 millions en 2014 alors qu'il n'en n'a pas les moyens financiers, d'où le prélèvement sur le fonds de roulement.
- [131] La gestion reste donc fondamentalement déséquilibrée car les deux centres hospitaliers ne dégagent pas les moyens nécessaires pour assurer la sécurité de leur exploitation et le renouvellement de leurs moyens sans amenuiser encore des fonds propres rendus presque inexistantes.
- [132] Sans réforme structurelle, la seule perspective de la reconstitution d'une marge brute à partir d'une seule politique d'économies, si elle constitue un préalable indispensable, n'est pas suffisante. C'est ce qui a conduit la mission à accompagner le « groupe hospitalier » dans la définition d'une trame de PGFP reposant sur un principe de maximisation d'une marge brute suffisante pour redonner un élan à l'établissement, et reposant avant tout sur le principe que l'établissement cesse de gaspiller ses forces dans des querelles durablement stériles.
- [133] La situation des deux établissements est donc préoccupante, tant en terme budgétaire qu'en terme de trésorerie. En l'absence de mise en œuvre des mesures du plan de redressement, et de résultats rapides, se posera la question d'une mise sous administration provisoire.
- [134] La mission insiste sur les mesures prioritaires de réduction des charges, en particulier du titre 1, et recommande, en complément des autres actions, d'utiliser le mécanisme des IDV (19 dossiers en 2015) pour réduire les charges fixes.

2 MALGRE CES DIFFICULTES, LES DEUX CENTRES HOSPITALIERS DISPOSENT D'ATOUTS

2.1 Une démographie médicale qui connaît moins de difficultés que dans d'autres territoires, et des recrutements récents à Tarbes et Lourdes, dans le cadre d'équipe de territoire.

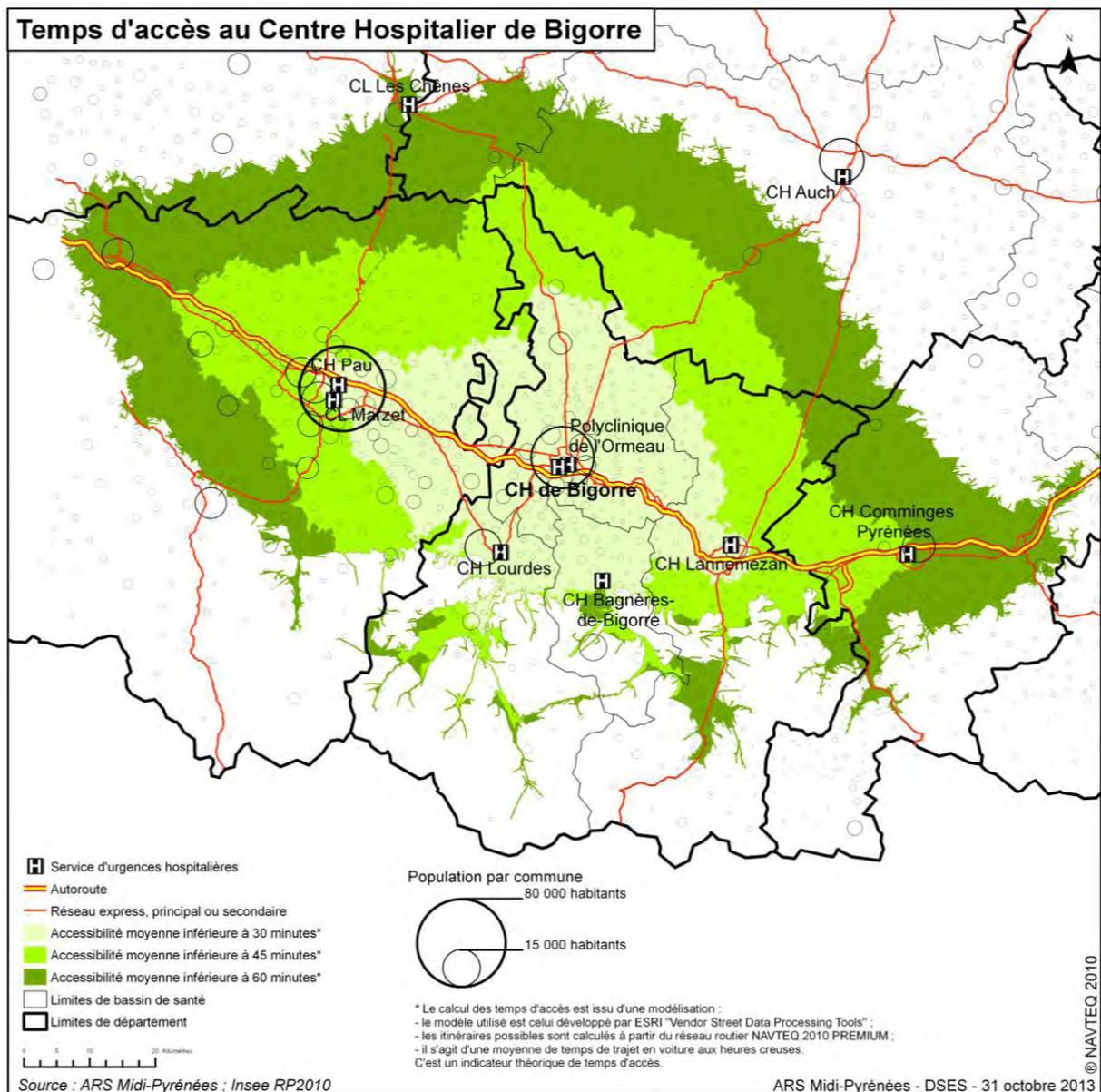
- [135] Le centre hospitalier de Tarbes a en dehors des disciplines décrites précédemment (*paragraphe 1.4.5*) et que nous considérons à risque (obstétrique, radiologie, cardiologie, oncologie) des équipes complètes et recrute des praticiens lors des différents tours de mutation. Le nombre de poste vacant est de 20, mais plusieurs de ces postes sont occupés par des contractuels. L'intérim médical y est faible voir inexistant. La complémentarité renforcée récemment avec le CHU de Toulouse, et le développement largement promu par l'ARS de Midi-Pyrénées de postes d'assistants partagés, facilite ces recrutements. La situation de la démographie médicale est moins tendue que dans beaucoup de centres hospitaliers de taille comparable.
- [136] Le centre hospitalier de Lourdes a un effectif médical permanent et titulaire de 48 ETP, et dispose de 11 postes vacants, dont seul cinq ont fait l'objet d'une publication, dans l'attente d'une clarification concernant les activités médicales. Le recours à l'intérim est inexistant. La situation démographique est difficile en gériatrie et en radiologie; en radiologie le recours à la télé imagerie est une option de substitution. La gériatrie est une activité phare du CH de Lourdes, dynamique et largement excédentaire, et le recrutement est impératif.

- [137] Les deux établissements ont par exemple recruté, en 2014 et 2015, 1 ETP en chirurgie orthopédique, 1,5 ETP en gynécologie-obstétrique, 2 ETP en biologie, 4 ETP en anesthésie, dans le cadre d'équipes territoriales intervenant sur les deux sites.

2.2 Une filière complète et bien organisée des urgences maillant la quasi-totalité du territoire de santé

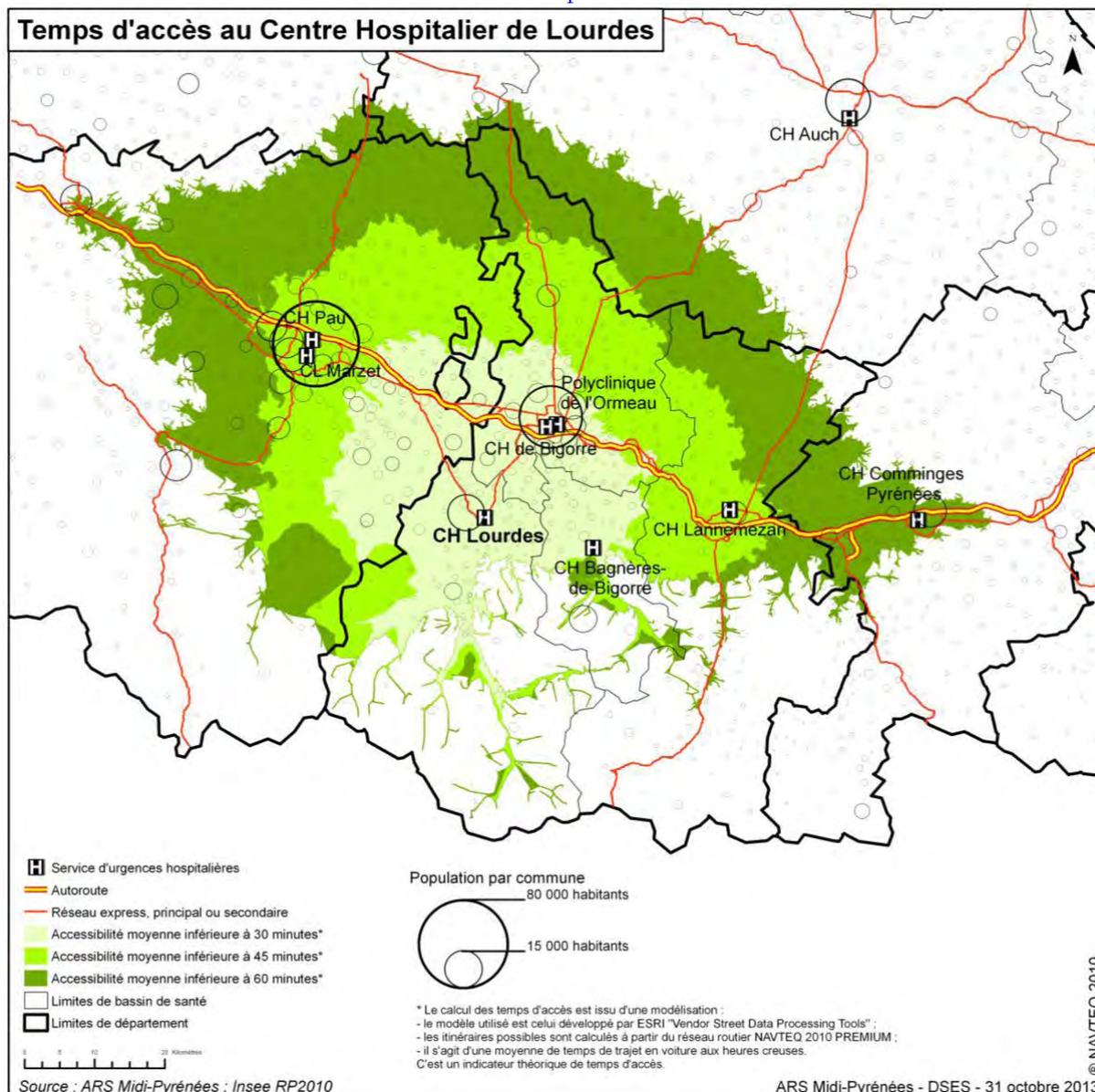
- [138] La maîtrise de la filière d'urgence est cruciale pour les deux établissements, car leur activité d'hospitalisation, en médecine et en chirurgie, est directement corrélée aux patients adressés aux services d'urgences.
- [139] Le centre hospitalier de Bigorre dispose d'un service d'accueil des urgences, d'un SAMU et d'antennes SMUR, dont un SMUR de montagne, hélicopté, à vocation interrégionale, couvrant le centre des Pyrénées. Son équipe d'urgentistes prend en charge le service d'urgence situé à Tarbes, sur le site de la Gespe, et par convention, le service d'urgence du Centre hospitalier de Bagnère de Bigorre, où est localisé un SMUR. Le service d'urgence de Tarbes dispose d'une Unité d'hospitalisation de courte durée, en cours de restructuration et de modification capacitaire dans le cadre de l'ouverture des soins continus de 6 lits.
- [140] L'activité de cette équipe est importante avec 34 456 passages à Tarbes et 8753 passages à Bagnères de Bigorre, soit 43 209 passages au total en 2014.
- [141] L'encadrement médical correspond à l'activité; en 2014, il n'y a pas eu d'appel à remplaçants ou intérimaires.
- [142] Le centre hospitalier de Lourdes dispose d'un service d'urgence avec une unité d'hospitalisation de courte durée de 4 lits, et d'un SMUR. L'équipe médicale d'urgence est indépendante de celle de Tarbes. Elle prend en charge plus de 18000 passages annuels (18296 en 2014) dont environ 25 % de patients hors région, et 7 % de patients étrangers (touristes, pèlerins, travailleurs saisonniers).
- [143] L'encadrement médical correspondait à l'activité, avant le départ récent d'un urgentiste, et la vacance d'un poste est ouverte.
- [144] L'accès à ces services est aisé en termes de temps d'accès pour les populations desservies ; comme l'indique les cartes réalisées par l'Observatoire régional des urgences (ORUMIP) les deux services permettent à la population d'accéder aux établissements dans un délai inférieur à 30 minutes, hors quelques rares zones montagneuses (*Schémas 2 et 3*).
- [145] Le taux d'hospitalisation à partir des urgences, qui représente 52 % des entrées hospitalières à Tarbes et 48,2 % à Lourdes rend la maîtrise des flux d'urgences cruciale pour le maintien de l'activité d'hospitalisation. Ce taux d'hospitalisation à partir des urgences est élevé pour un établissement de la typologie du CH de Bigorre, qui offre des services spécialisés, et interroge sur l'attractivité vis-à-vis de la médecine de ville et les relations avec celle-ci, dans un cadre de concurrence forte avec la clinique de l'Ormeau, où interviennent de nombreux spécialistes libéraux. (*Données et comparaisons Hospidiag*).

Schéma 2 : Temps d'accès au CH de Bigorre (La Gespe)



Source : ARS Midi-Pyrénées

Schéma 3 : Temps d'accès au CHL



Source : ARS Midi-Pyrénées

2.3 Une feuille de route détaillant les actions du plan de retour à l'équilibre

2.3.1 Le Centre hospitalier de Tarbes a élaboré trois plans d'action en vue d'un retour à l'équilibre depuis 2013. Ces trois se complètent.

[146] Ces plans se complètent mais ne prennent en compte que la dimension tarbaise, alors que la dimension territoriale est importante pour consolider les restructurations nécessaires (réanimation, orthopédie, cardiologie...).

2.3.1.1 Le premier de ces trois plans, « plan de retour à l'équilibre initial 2012-2016 » a été jugé insuffisant par le Copermo en 2013.

[147] Ce plan prévoit les mesures suivantes :

- Suppression de l'unité de médecine légale, très déficitaire. Le gain attendu est de 187 000 euros (économie). Cette mesure est effective.
- Réouverture de 5 lits de médecine en gériatrie sur le site de Vic en Bigorre : le gain attendu est de 650 000 euros (recettes). Cette mesure est effective depuis février 2015.
- Suppression de l'activité de chirurgie vasculaire, activité déficitaire et avec des difficultés démographiques médicales. Cette activité est dorénavant effectuée à la clinique de l'Ormeau, avec une convention pour les urgences : le gain est de 224 682 euros (économie). Cette mesure est effective depuis août 2014, date du départ en retraite du dernier chirurgien vasculaire.
- Création d'un GCS de blanchisserie avec le Centre hospitalier de Bagnères de Bigorre : le gain attendu est de 300 000 euros. (recette et économie) Le coût du kg de linge traité passe ainsi de 1,265 euros en 2012 à 1,114 euros en 2014. Cette mesure est effective depuis octobre 2014.
- Amélioration de la productivité : le gain attendu est de 500 000 euros (économie).
- Réorganisation des services de médecine : le gain attendu est de 732 998 euros (recettes). Cette mesure est partiellement effective.
- Restructuration et mutualisation avec Lourdes : le gain attendu est de 1 320 000 euros (économie).

[148] Les quatre premières de ces actions sont totalement réalisées à la fin du premier trimestre 2015. La mission n'a pas été en mesure de mesurer le gain effectif en année pleine puisque leur mise en œuvre est très récente. La dernière mesure justifie un suivi vigilant, pour éviter un transfert de déficit, qui améliorerait le bilan de Tarbes, en aggravant concomitamment et à due concurrence, celui de Lourdes.

[149] Le gain global escompté par ce premier plan est de 3,9 Millions d'euros pour le CH de Bigorre.

2.3.1.2 Le deuxième plan a été imposé par le COPERMO, avec un accompagnement de l'ANAP

[150] Le COPERMO a jugé, à juste titre compte tenu des résultats 2013, les mesures inscrites dans le plan initial 2012-2016 insuffisantes pour corriger la trajectoire déficitaire de l'établissement. L'ANAP est intervenu en 2013-2014 et a élaboré une feuille de route sur 4 axes jugés prioritaires après une phase de diagnostic. L'intervention de l'ANAP a été difficile car contrainte mais l'établissement a néanmoins mis en œuvre le plan d'action proposé.

[151] Les axes choisis par l'ANAP, détaillés dans le tableau 12, concernent la gestion des lits, la pharmacie et les dispositifs médicaux stériles, la facturation et l'optimisation du codage, ainsi que l'organisation du bloc opératoire. Ces actions concernent des réorganisations et des réductions capacitaires avec des réductions d'effectifs.

Tableau 11 : Actions définies dans le plan de retour à l'équilibre élaboré avec l'ANAP en 2014

Chantiers ANAP	Impact organisationnel		Impact financier		TOTAL
	Capacités	RH (ETP)	Economies	Recettes	
Gestion des lits	Mutualisation neuro-UNV	-8,3 ETP	370 000 Euros		370 000 Euros
Blocs opératoires	Réduction de 3 salles (10 >7 salles)	-10 ETP	500 000 Euros		500 000 Euros
Pharmacie		-1,2 ETP	59 000 Euros		59 000 Euros
Facturation et codage				817 000 Euros	817 000 Euros
TOTAL FEUILLE ROUTE ANAP			929 000 Euros	817 000 Euros	1 746 00 Euros

Source : ANAP

- [152] Ce plan comporte essentiellement des réductions de charges, le seul accroissement des recettes portant sur la facturation et le codage. Compte tenu de la mise en œuvre de ce plan dans le second semestre 2014 ou début 2015, il est trop tôt pour apprécier l'effectivité des gains réalisés, mais l'action sur le codage est opérante dès 2014.
- [153] Un bilan d'étape en décembre 2014 a permis à la mission de vérifier la mise en œuvre effective selon le calendrier défini par l'ANAP. Un suivi et une première évaluation, conjointe entre l'établissement et l'ARS, est indispensable en mai 2015.

2.3.1.3 Un troisième plan vient compléter ces feuilles de route de 2013 et 2014.

- [154] Ce plan complémentaire initié par la direction de l'établissement et l'ARS, en raison des difficultés financières et de trésorerie, prévoit le transfert de l'activité de la maternité de Lourdes vers le CH de Bigorre, la réorganisation de la réanimation avec l'ouverture de lits de soins continus, le développement de la chirurgie ambulatoire et la participation au programme PHARE.
- [155] Le transfert de l'activité de la maternité de Lourdes devrait augmenter l'activité de naissance d'environ 150 naissances par an, dont environ une trentaine de césariennes. Cette activité est réalisable à moyen constant, en dehors du renforcement de l'équipe de sages-femmes par des praticiens venant de Lourdes, et participant à l'activité d'obstétrique à Tarbes et au centre périnatal de Lourdes. L'effectif cible des sages femmes pour l'équipe commune, intégrant l'activité quotidienne 5 jours par semaine au CPP de Lourdes, est de 17,4 ETP. Le gain escompté est de 360 000 euros pour le CH de Bigorre.
- [156] L'ouverture de 5 lits de soins continus et la réduction de capacité de réanimation est à reconfigurer, avec une économie escomptée de 225000 euros. En effet, dans le cadre des préconisations de la mission, la transformation de la réanimation polyvalente de Lourdes impose de maintenir des capacités suffisantes de réanimation sur le territoire de santé, contrairement au projet tarbais. La réanimation du CH de Bigorre sera le seul service de réanimation du territoire, et sa capacité doit être de 12 lits, ce qui correspond à l'occupation effective des lits actuels de Tarbes et Lourdes par des patients répondant aux critères d'admission en réanimation et bénéficiant du supplément réanimation.
- [157] Conformément à la circulaire DHOS/SDO n° 2003-413 du 27 août 2003, une unité de 6 lits de soins continus doit être créée à Tarbes, contiguë au service de réanimation. L'impact financier de cette mesure doit être réévalué, mais l'occupation des lits de réanimation et l'ouverture des lits de soins continus assureront des recettes supplémentaires, à moyens constants pour la réanimation. Le service de réanimation était déficitaire de 1 755 968 euros en 2013. Ce déficit analysé par l'ANAP est lié en partie au surcoût du personnel médical, et la reconfiguration du service doit corriger cette sous-productivité médicale.

- [158] Le développement de la chirurgie ambulatoire a fait l'objet d'une étude conduite par le DIM, à partir du potentiel inexploité et des données découlant du taux de fuite. Ce développement a également fait l'objet d'un accompagnement par l'ANAP en 2013-2014 lors du chantier sur l'amélioration de l'efficacité du bloc opératoire.
- [159] Ce développement concerne l'ensemble de l'activité chirurgicale, mais cible notamment l'orthopédie, discipline qui connaît un fort taux de fuite, et où l'équipe médicale territoriale est complète voir pléthorique par rapport à l'activité réalisée, puisque cette équipe est composée de 6 chirurgiens temps plein, pour une activité programmée hors urgences de l'ordre de 800 interventions annuelles, plus de la moitié de l'activité étant de la traumatologie (non programmée).
- [160] Ce développement concerne également la gynécologie, dont l'activité chirurgicale est limitée et le taux de fuite important. Le déficit de l'activité chirurgicale gynécologique estimée par les comptes de résultats analytiques se majore de 2012 à 2013, avec de surcroît un risque de perte de l'activité carcinologique soumise à seuil. Le renforcement récent de l'équipe gynécologique par des praticiennes à compétence chirurgicale permet d'envisager la réalisation de cet objectif de croissance par récupération des parts de marché perdues. L'intérêt du développement d'une consultation spécialisée à Lourdes, au-delà des objectifs réels de santé publique, est de participer à l'augmentation d'une file active de patientes garantissant la qualité des soins en dépassant les seuils requis (article R6123-89 du CSP). Le gain escompté par cette mesure est de 438 000 euros en 2017.

2.3.1.4 Compte tenu de la mise en œuvre récente des mesures des plans 2 et 3, il est prématuré d'en faire le bilan, mais le retour à l'équilibre repose prioritairement sur la réduction des charges.

- [161] L'amélioration du codage a permis de réaliser, dès 2014, un gain de 1 427 281 euros, soit 52 % de l'augmentation des recettes de tarification à l'activité. Ce gain confirme les estimations de l'ANAP et les marges d'amélioration possible.
- [162] Paradoxalement malgré cette augmentation de recettes d'activité de 2 292 504 euros en fin d'année, la faible part de progression d'activité correspondant à une augmentation en chirurgie et une diminution d'activité en médecine appelle à la prudence sur des projections de croissance d'activité.
- [163] La mise en œuvre doit d'abord viser à réduire les charges, ce qui correspond à une action continue de maîtrise de la masse salariale. Un suivi régulier est nécessaire, et une première évaluation est à prévoir en mai 2015.

2.3.2 Le centre hospitalier de Lourdes doit prendre des mesures rapides de redressement

2.3.2.1 Ces mesures sont liées à des restructurations qui ont été longtemps différées

- [164] La transformation de la maternité en centre périnatal de proximité limitera le déficit actuel de la maternité, supérieur à 500 00 euros. Le CPP restera déficitaire compte tenu des coûts de structures et des statuts des personnels.

- [165] L'arrêt de l'activité de réanimation, qui ne répond pas aux normes réglementaires et à la masse critique de patients, et sa transformation en unité de soins continus est la seconde mesure à mettre en œuvre. Le déficit de la réanimation en 2013 est estimé à 413 949 euros (*données DAF du CHL*), aggravé par rapport à 2012 du fait d'une baisse significative des séjours donc des recettes. Le gain potentiel est lié à une baisse des effectifs non médicaux de 10,65 ETP, qui n'auront leur plein effet qu'en 2016. Le gain escompté est 473 160 euros, obéré par la perte des suppléments de réanimation. Cette perte des recettes pourrait être supérieure à la baisse des charges, compte tenu des personnels statutaires en particulier des effectifs médicaux d'anesthésistes réanimateurs, actuellement de 5 ETP.
- [166] La suppression de l'astreinte de cardiologie de nuit est prévue dans le cadre de la réorganisation des soins critiques et de la mutualisation des soins continus à Lourdes. Le gain escompté est de 50 000 euros.
- [167] La mise en place d'une antenne d'HAD devrait permettre un développement d'activité. Le gain escompté n'est pas évalué avec précision.
- [168] L'augmentation de l'activité d'orthopédie est liée au recrutement, dans le cadre de l'équipe territoriale, d'un orthopédiste qui a pris ses fonctions en octobre 2014. Il s'agit du sixième chirurgien de l'équipe commune Tarbes-Lourdes. Une présence chirurgicale quotidienne dans cette spécialité est désormais effective à Lourdes depuis octobre 2014. La chirurgie est un secteur déficitaire en 2013, avec un déficit de près de 500 000 euros (*source DAF du CHL*). De 2012 à 2013 le nombre de séjours a baissé de 9,1 %, du fait de départ de chirurgiens. Le poids des coûts de structures et des charges permanentes de personnel, en regard d'une activité faible, explique ce déficit. Seule une reprise vigoureuse de l'activité, avec un contrôle des charges, permet de pérenniser cette activité.
- [169] La réalisation des astreintes d'imagerie en coupe par télé radiologie est à l'étude. Le gain escompté est de l'ordre de 90 000 euros en année pleine.

Recommandation n°1 : Mettre en œuvre immédiatement le plan ANAP au CH de Bigorre, et élaborer un plan de retour à l'équilibre commun aux deux centres hospitaliers dès la constitution d'un centre hospitalier intercommunal, pour éviter un effet de vases communicants, en transférant le déficit d'une structure sur l'autre.

2.3.3 Une équipe remarquable de suivi de l'activité, avec un département d'information médicale, un contrôle de gestion et un système d'information extrêmement performant, et encore sous utilisée.

- [170] Le travail du département d'information médicale du CH de Bigorre et la coopération entre l'équipe du DIM et celle du contrôle de gestion, est exemplaire et l'un des facteurs clé de succès du plan de retour à l'équilibre. L'ANAP s'était appuyée, pour réaliser son diagnostic de la situation médico-économique, sur les études effectuées avec rigueur par cette équipe. Cette équipe DIM-Contrôle de gestion fournit une note mensuelle des évolutions d'activité et de recettes secteur par secteur, et maîtrise la comptabilité analytique du CH de Tarbes.
- [171] Il est souhaitable que cette équipe soit associée de manière plus systématique au pilotage institutionnel de la structure, et assiste le directoire de son expertise.
- [172] Le médecin responsable du département d'information médicale de Lourdes, qui exerçait à temps partiel, fait valoir ses droit à la retraite en mars 2015. Il est souhaitable que l'équipe tarbaise prenne en charge l'ensemble de l'analyse médico-économique, avec le renforcement adéquat de ses effectifs, afin de disposer d'un suivi conjoint des résultats d'activité à Lourdes et au centre hospitalier de Bigorre.

2.3.4 Des ébauches d'équipes médicales communes, et un début d'élaboration d'un projet médical commun

- [173] Les difficultés financières des deux centres hospitaliers, les difficultés de recrutement de praticiens dans certaines disciplines et la nécessité d'atteindre des masses critiques pour le maintien de certaines disciplines (orthopédie) ont permis, sous l'égide de la direction commune et des deux présidents de commissions médicales d'établissement, de débiter une réflexion commune sur l'évolution des deux structures.
- [174] Un projet commun est partiellement élaboré. Les deux directoires et les chefs de pôle des deux structures se réunissent régulièrement. La constitution d'équipes communes est effective depuis octobre 2014 en orthopédie-traumatologie. En biologie, les permanences de soins sont partagées. Depuis mars 2015, une seule équipe de 5 praticiens intervient en cardiologie sur les deux sites. Une collaboration en diabétologie et en gastroentérologie existait préalablement.
- [175] Cette collaboration reste fragile, et ne concerne pas l'ensemble des disciplines. Il existe des divergences de point de vue entre responsables médicaux sur la réanimation, les urgences, la permanence des soins chirurgicaux ou une mutualisation complète des équipes, mutualisation qui repose sur des évolutions conjoncturelles ou personnelles plus que structurelles.

3 DES POINTS CRITIQUES JUSTIFIENT DES MESURES RAPIDES

3.1 La gouvernance complexe doit se simplifier

- [176] Les deux Centres hospitaliers de Bigorre et Lourdes ont une direction commune. Ils disposent d'instances autonomes, qui fonctionnent normalement mais parallèlement. Les deux directoires et les chefs de pôle des deux établissements se réunissent dorénavant trimestriellement. L'organigramme hiérarchique médico-administratif est clair et connu. L'architecture de la gouvernance est par conséquent installée sur le plan administratif, et partiellement sur le plan de l'organisation médicale. Mais cette organisation médicale commune est fragile, chaque communauté gardant une indépendance liée à l'autonomie juridique des établissements et à l'affectation des praticiens dans un établissement.
- [177] Les deux établissements sont organisés en pôles d'activité médicale et médico-technique. Chaque chef de pôle a signé un contrat de pôle avec la direction et travaille avec un cadre de pôle.
- [178] Conformément aux recommandations de la Chambre régionale des comptes de Midi-Pyrénées, des comptes de résultats analytiques par pôle sont élaborés et servent au dialogue de gestion, les derniers CREA datant de 2013.
- [179] La direction commune a permis aux deux établissements de développer, récemment, un dialogue et d'élaborer une réflexion partagée en envisageant la constitution d'équipes communes dans plusieurs disciplines, médecine, cardiologie, orthopédie. L'équipe d'orthopédie est opérationnelle depuis octobre 2014. L'équipe de cardiologie débute son activité unifiée depuis mars 2015, et sa mise en place est accélérée par les difficultés démographiques récemment aggravées par le départ successif des deux chefs de service. Des réunions communes de directoire et de responsables (chefs de pôle et cadres) de pôle conduisent ce changement récent.
- [180] Toutefois la nécessité de maintenir dans chaque établissement des instances autonomes est un handicap à une vision commune, chaque conseil de surveillance ayant sa propre logique ; la transformation de la maternité de Lourdes en Centre périnatal de proximité en est l'exemple le plus caricatural, chaque établissement privilégiant le maintien de ses structures.

- [181] Ce doublon d'instances mobilise également doublement l'équipe de direction et maintiennent des logiques d'établissement qui remettent en cause de manière récurrente les avancées vers des mutualisations d'équipes médicales.
- [182] La constitution du groupement de coopération sanitaire créé en 2009 n'a pas été mise en œuvre, comme le rapport le précise précédemment, et chaque établissement garde juridiquement la possibilité de quitter le groupement. Depuis 2009, les projets médicaux communs n'ont jamais pu être validés par l'ensemble des instances.
- [183] L'analyse des plans de retour à l'équilibre financier justifie également, dans un souci de cohérence régionale, des mesures coordonnées pour éviter des dysfonctionnements dans les prises en charge ou des transferts de déficit. La réorganisation des soins critiques de Tarbes et de Lourdes en est un exemple, en termes de coordination médicale et de capacité d'accueil.
- [184] Compte tenu de la nécessité d'une véritable stratégie hospitalière publique de court séjour sur le territoire restreint des aires urbaines de Lourdes et Tarbes, des avancées réalisées par les deux communautés hospitalières, des difficultés démographiques médicales, des investissements et de l'optimisation indispensable des plateaux techniques, la mission considère qu'une réunion des deux établissements, dans le cadre d'un Centre hospitalier intercommunal, est l'hypothèse à privilégier pour consolider la coopération indispensable et clarifier de manière pérenne la situation pour les acteurs hospitaliers.
- [185] La mission est consciente de la difficulté de la mise en œuvre de cet objectif. Le calendrier et les modalités de mise en œuvre, avec par exemple une présidence alternante du conseil de surveillance entre Lourdes et Bigorre, sont à préciser et seront un facteur clé d'acceptabilité et de réussite. Ce projet permettra de clarifier une situation qui paraît confuse aux yeux de la majorité des acteurs rencontrés par la mission et permettra de mobiliser ces acteurs autour d'un véritable projet commun, irréversible, avec un pilotage médico-administratif unique.
- [186] Ce projet d'établissement commun, sur le socle d'un projet médical, et l'assainissement de la situation financière est un préalable à toute décision d'investissement immobilier. Une adéquation des moyens à l'activité réelle est la seule perspective d'assainissement médico-économique. Le déficit actuel des deux établissements ne permet pas d'envisager de projet immobilier à court terme.

Recommandation n°2 : Réunir les Centres hospitaliers de Bigorre et de Lourdes en un Centre hospitalier intercommunal.

- [187] La conduite de ce projet va mobiliser les équipes de direction. Toutefois la réalisation ne doit pas omettre la gestion quotidienne des deux structures en difficultés majeures. La conduite de la gestion quotidienne et d'un projet d'envergure nécessite une équipe de direction complète et expérimentée.
- [188] L'équipe de direction est actuellement fragilisée en raison de l'absence prolongée de la directrice des services économiques et du départ pour une chefferie d'établissement de la directrice financière, dont la mission a apprécié l'efficacité. De surcroît, deux des directeurs adjoints assurent l'intérim et la direction des ressources humaines à temps partiel au centre hospitalier de Bagnères de Bigorre. Le renforcement à très court terme, de l'équipe paraît indispensable pour mener à bien la fusion, l'élaboration et la mise en œuvre du projet d'établissement et les plans de retour à l'équilibre.

- [189] La création d'un centre hospitalier intercommunal a également comme but de garantir la pérennité du site de Lourdes, indispensable à la réponse sanitaire, tant pour la population du sud du département que pour les nombreux touristes. Le site n'est autonome, du point de vue médico-économique, qu'en activité d'urgence, médecine polyvalente et gériatrie. Les autres disciplines présentes, chirurgicales, interventionnelles (endoscopies), ou de consultations spécialisées médicales, sont déficitaires et ont des files actives modestes. Cette offre de soins apparaît néanmoins indispensable, car s'adressant à une population locale âgée, avec une offre de soins spécialisée libérale limitée.
- [190] Actuellement le CH de Lourdes est géré sans permanence de directeur sur le site. La transformation profonde de l'établissement, avec à très court terme la transformation de la maternité en centre périnatal de proximité, la suppression de la réanimation et la restructuration des soins continus, la restructuration de la cardiologie, la redéfinition de l'activité opératoire, justifie, aux yeux de la mission, un accompagnement des équipes hospitalières de Lourdes dans ce contexte délicat et un renforcement de la présence de la direction sur le site de Lourdes.

Recommandation n°3 : Renforcer rapidement l'équipe de direction commune et désigner un directeur délégué à Lourdes.

3.2 Les disciplines justifiant des mesures immédiates de restructurations.

3.2.1 L'obstétrique

- [191] La réorganisation de la périnatalité prévoit de localiser l'activité de naissance, donc la maternité sur le seul site de la Gespe, à Tarbes. La maternité de Lourdes se transforme en Centre périnatal de proximité. Cette réorganisation a fait l'objet de nombreux débats, la suppression d'une activité de prise en charge de naissance touchant au symbolique.
- [192] Cette proposition d'arrêt de l'activité de naissance à Lourdes, portée conjointement par l'ARS et la direction médico-administrative de l'établissement, a mobilisé les élus, qui soutiennent le maintien de la maternité. Le Conseil général des Hautes-Pyrénées a exprimé dans une motion unanime le soutien au maintien de la maternité de Lourdes, position également exprimée par le Conseil municipal de Lourdes. Madame Dubié, députée des Hautes-Pyrénées, a interpellé Madame la Ministre des Affaires sociales, de la santé et des droits de la femme lors des questions orales à l'Assemblée Nationale le 4 octobre 2014. Madame la Ministre ayant précisé qu'elle attendrait le rapport de la mission IGAS pour définir sa position, la mission a attentivement examiné ce point crucial (voir annexes).
- [193] La maternité de Lourdes, dont l'autorisation a été renouvelée, conformément au PRS de Midi-Pyrénées, pour 5 ans en 2012, est une maternité de niveau 1.
- [194] Y exercent deux gynécologues obstétriciens, l'un à temps plein, et l'autre à temps partiel (0,6 ETP). Le gynécologue exerçant à temps partiel n'a pas la qualification chirurgicale, et doit être doublé lors de ses astreintes, puisqu'il n'est pas autorisé à effectuer seul les césariennes ou autres interventions chirurgicales. Son activité effective est très faible, puisqu'elle se limite à la prise en charge, hors nécessité d'intervention chirurgicale, d'une quarantaine d'accouchements annuels, issus de sa patientèle de ville. Ainsi qu'il l'a confirmé à la mission, il ne réalise pas de consultations ou d'échographies ni d'intervention à l'hôpital, en dehors de ce suivi d'accouchées.

- [195] L'activité du service de gynécologie obstétrique, modérée et essentiellement obstétricale, repose sur le praticien temps plein, qui assure également la majorité de la permanence des soins, et dont l'implication dans le service est reconnue. Ce gynécologue temps plein atteint l'âge de la retraite en juillet 2015, et n'a pas de candidat à sa succession. Il pourrait être prolongé dans ses fonctions en intégrant l'équipe commune de territoire. La maternité fonctionne avec 7 sages-femmes. La pédiatrie était assurée par deux pédiatres vacataires, mais qui refusaient de participer à la permanence des soins. La direction a mis fin à leur contrat en 2014. Il n'y a donc plus de pédiatre.
- [196] L'activité de naissance est faible, puisque la maternité Lourdes a réalisé 208 accouchements en 2014, dont 166 par voie basses et 42 par césariennes. Le service a accueilli 415 séjours, dont 282 en hospitalisation complète, avec un taux d'occupation inférieur à 30 %. En 2013, la maternité réalisait 39 % des parts de marché en obstétrique sur l'aire d'attraction du CH de Lourdes, 55 % étant réalisés par les établissements de Tarbes (*Données Hospidiag*). Le choix majoritaire des parturientes de l'aire lourdaise s'oriente spontanément vers les établissements tarbais.
- [197] Le déficit estimé de la maternité était de 485 206 euros en 2012 et de 677 909 euros en 2013, d'après la direction du CH de Lourdes. Rappelons que la circulaire DHOS/R1/2014/366 du 29 décembre fixe le point mort médico-économique à 1200 accouchements annuels.
- [198] L'activité de chirurgie gynécologique réalisée à Lourdes est essentiellement liée à l'obstétrique. L'équipe a réalisé globalement 95 actes chirurgicaux en 2014, soit environ un acte tous les quatre jours, incluant l'activité programmée et l'urgence (Nombre et types d'actes en annexes).
- [199] L'activité de naissance diminue de manière significative chaque année depuis 2010. Actuellement le nombre d'accouchements est très largement inférieur au seuil requis² de 300 accouchements annuels, moyennés sur les trois dernières années, et compte tenu de la proximité géographique de deux maternités, ne peut relever de l'autorisation dérogatoire prévue au même article du CSP. L'établissement était déjà sous le seuil requis depuis 2011.

² Article R6123-50 du Code de la Santé publique

Tableau 12 : Nombres d'accouchements aux CHB et CHL

	CH DE BIGORRE			CH DE LOURDES		
	2011	2012	2013	2011	2012	2013
Accouchements <i>Source Hospidiag</i>	918	960	900	273	268	234
Naissances département 65	2149	2201	2057	2149	2201	2057

Source : INSEE

- [200] Lors de la mission, deux incidents graves (« presque accidents ») sont survenus. Le premier a fait l'objet d'un signalement par la direction à l'ARS, et correspond à un accouchement par césarienne programmée le 9 septembre 2014 ; cet incident a donné lieu à une mission d'inspection contrôle. Le second s'est déroulé le 10 décembre 2014 en présence des membres de la mission, et a été signalé par la mission à l'ARS ; cet incident grave, sans complication ultérieure, était lié à l'injection d'un médicament périmé au nouveau-né, puis à l'opposition de l'équipe obstétricale au transfert en soins intensifs de néonatalogie décidé par le pédiatre qui venait de prendre ses fonctions sur injonction de l'ARS. Le premier incident concerne une naissance prématurée et selon les recommandations de la Haute autorité de santé³, l'enfant aurait du être transféré in utero ou réorienté dans un centre susceptible d'une prise en charge pédiatrique adaptée immédiate.
- [201] Sur préconisation de la mission d'appui de l'IGAS, l'ARS de Midi-Pyrénées a imposé une sécurisation par une présence pédiatrique, financée par des crédits d'aide à la contractualisation, en attendant la décision concernant l'avenir de la maternité. Cette sécurisation a prouvé son utilité, lors d'une naissance prématurée à 32 semaines, ayant nécessité un transfert en réanimation néonatale de niveau 3 d'un enfant en détresse vitale en janvier 2015. Compte tenu des conditions d'interventions, de l'activité de pédiatrie et de naissance, et du coût de la mesure (de l'ordre de 30000 euros par mois, pour moins de 20 naissances mensuelles), cette sécurisation ne peut être pérennisée dans les conditions actuelles.
- [202] Compte tenu de l'effectif médical (1,6 ETP de gynécologie-obstétrique dont un seul qualifié en chirurgie, absence de pédiatre accessible en permanence) et des seuils d'activité inférieurs aux seuils requis depuis plusieurs années, les conditions actuelles de la maternité de Lourdes ne permettent pas le maintien de l'activité de naissance, tant du point de vue de la qualité et de la sécurité des soins que sur le plan médico-économique.
- [203] Le territoire comporte deux maternités, situées à 18 et 20 kilomètres du CH de Lourdes, la maternité de niveau 2B du CH de Bigorre, et la maternité de niveau 1 de la clinique de l'Ormeau. L'accès rapide est donc garanti, avec une possibilité de choix offerte aux parturientes.
- [204] La maternité du CH de Bigorre, dont l'équipe médicale va assurer la responsabilité du centre périnatal de Lourdes, est en capacité d'accueillir les 200 naissances actuelles de Lourdes, avec le renfort partiel des sages femmes lourdaises, intégrées dans la même équipe médicale.
- [205] Un projet cohérent de centre périnatal de proximité, maintenant une offre de soins pré- et post-nataux, sans hospitalisation, et une activité de préparation à l'accouchement, peut être mis en œuvre dans un délai rapproché, avec la présence quotidienne, 5 jours par semaines, d'une sage-femme et d'un gynécologue-obstétricien.

³ « Qualité et sécurité des soins dans le secteur de naissance », HAS, 2/12/2014

- [206] Il apparaît souhaitable à la mission que le gynécologue-obstétricien soit intégré à l'équipe commune de territoire Bigorre-Lourdes, et que la consultation soit assurée par plusieurs membres de l'équipe, afin de garantir le choix des patientes et la continuité des soins.
- [207] La consultation de gynécologie et d'orthogénie adossée au CPP se justifie par le besoin local, l'offre en ville étant limitée (1 gynécologue travaillant à temps partiel et deux gynécologues dans une localité située entre Tarbes et Lourdes). Elle permet aussi d'assurer une activité suffisante pour l'équipe médicale que le seul suivi des grossesses n'occupera pas à temps plein et participera à l'amortissement des charges fixes. Enfin elle renforcera l'activité chirurgicale de l'équipe territoriale, comme l'a précisé la mission précédemment.
- [208] La présence hebdomadaire d'une consultation de pédiatrie assurée par l'équipe tarbaise complète le dispositif.
- [209] Compte tenu du faible volume d'activité avec une baisse continue depuis 5 ans des accouchements, des dysfonctionnements de sécurité constatés, de la proximité de deux maternités à moins de trente minutes de route, la mission préconise l'arrêt de la prise en charge des naissances à Lourdes.

Recommandation n°4 : Transformer de la maternité du Centre hospitalier de Lourdes en Centre périnatal de proximité, intégrant une consultation de gynécologie quotidienne les jours ouvrables, et de pédiatrie, dans le cadre d'une équipe médicales (gynécologues obstétriciens et sages-femmes, pédiatres) unique intervenant dans les deux centres hospitaliers de Bigorre et Lourdes. Cette mesure doit prendre effet au plus tard le 1 juillet 2015.

3.2.2 Les soins critiques

- [210] Le service de réanimation du centre hospitalier de Bigorre comprend 12 lits. Il s'agit d'une réanimation polyvalente, avec une équipe médicale spécifique de 6 praticiens tous qualifiés. Ce service a une activité soutenue, mais des durées de séjours longues (IPDMS supérieur à 1). Le surcoût lié à cet IPDMS et au surcoût de personnel médical a été relevé dans le diagnostic réalisé par l'ANAP, qui estime le déficit d'exploitation de 1,7 Millions d'euros en 2013.
- [211] Un plan de restructuration de l'activité a été proposé, avec un projet partagé entre la direction, le président de la commission médicale et le chef de pôle et de service, qui a piloté la réorganisation médicale. Ce projet cohérent à l'échelle tarbaise, conduisait à la fermeture de 4 lits de réanimation, et à l'ouverture de 5 lits de soins continus, destinés à limiter les entrées inappropriées en réanimation et à fluidiser les sorties, de manière à réduire la DMS et améliorer le taux d'occupation par des patients relevant de réanimation, donc bénéficiant de la tarification adéquate avec le supplément réanimation. Au vu des données issues du PMSI, seuls 8 des 12 patients relevaient en moyenne des critères d'admission en réanimation; l'établissement ne dispose pas de lits de soins continus polyvalents tels que le prévoit la circulaire DHOS/SDO du 2003. La circulaire préconise une capacité minimale de 1 lit de soins continus pour 2 lits de réanimation autorisés.
- [212] La mission d'appui ne peut avaliser ce projet du CH de Bigorre du fait des modifications des soins critiques au centre hospitalier de Lourdes, qui justifie le maintien de 12 lits de réanimation à Tarbes, dans le cadre de l'organisation de la réanimation sur le territoire.

- [213] Au centre hospitalier de Lourdes coexistent un service de réanimation autorisé de 6 lits et une unité de soins continus localisée dans le service de cardiologie. 5 anesthésistes temps plein exercent actuellement au CH de Lourdes, et assurent l'activité de réanimation et l'activité d'anesthésie du plateau technique. Le service de réanimation du CH de Lourdes, qui bénéficie d'une autorisation conditionnelle à une mise aux normes avant août 2015, ne répond pas aux normes réglementaires en matière de permanence des soins⁴. Le service est de 6 lits, un taux d'occupation global de l'ordre de 60 %, ce qui correspond à 3 patients pour 6 lits ; cette dérogation à la réglementation⁵ ne peut se justifier par l'éloignement géographique en raison de la proximité du service de réanimation de Tarbes. Ce service génère un déficit d'exploitation de 413 949 euros en 2013 d'après les données fournies par la direction de l'établissement. La mission considère que l'autorisation ne peut pas être maintenue.
- [214] Un projet de substitution de la réanimation par des soins continus est présenté par l'établissement, sans faire l'unanimité. La mission soutient ce projet d'extension des soins continus existants à 10 lits, unité liée par convention avec le service de réanimation du CH de Bigorre. La fermeture de la réanimation à Lourdes implique la prise en charge des soins continus par une équipe associant les praticiens urgentistes et les anesthésistes réanimateurs. Cette restructuration des soins critiques, qui s'inscrit dans la trajectoire de retour à l'équilibre de Lourdes, doit être mise en œuvre avant le mois de septembre 2015. Se posera la question de l'activité médicale des cinq anesthésistes réanimateurs et de la constitution à terme d'une équipe commune avec Tarbes. En effet cette restructuration et la fermeture de la maternité supprime la nécessité d'une garde dans cette discipline, et diminue l'activité.
- [215] La fermeture du service de réanimation du CH de Lourdes a un impact direct sur le projet du CH de Bigorre à Tarbes. La réanimation de cet établissement restera la seule réanimation du territoire de santé (et du département). Son dimensionnement capacitaire, contraint par les réalités architecturales du site de la Gespe, doit être de 12 lits, ce qui correspond à l'activité réelle de réanimation des deux services actuels. Une unité de soins continus de 6 lits, qui correspond aux recommandations de la circulaire précitée, est adossée à cette unité de réanimation.

Recommandation n°5 : La réanimation du centre hospitalier de Lourdes, qui ne répond pas aux normes réglementaires, doit arrêter son activité. Une unité de 10 lits de soins continus, dont la capacité est à réévaluer dans un an en fonction de l'activité réelle, est localisée au centre hospitalier de Lourdes. Cette unité est conventionnée avec la réanimation du centre hospitalier de Bigorre, dont la capacité est maintenue à 12 lits, adossée à une unité de 6 lits de soins continus, localisés sur le site de la Gespe.

⁴ Article R6123-35 du Code de la Santé publique

⁵ Article R6123-37 du Code de la santé publique

3.2.3 La cardiologie

- [217] Le centre hospitalier de Bigorre dispose d'un service de cardiologie, d'une unité de soins intensifs de 8 lits et d'une activité de cardiologie interventionnelle sous imagerie (type 3) réalisant des coronarographies et des angioplasties coronaires. Il détient une autorisation de rythmologie interventionnelle, mais son activité dans ce domaine ne lui permet pas d'atteindre les seuils requis de 50 actes annuels d'ablation hors ablation de la jonction auriculo-ventriculaire⁶. Le service a une activité significative de pose de stimulateurs, cette activité ne relevant pas d'une autorisation spécifique.
- [218] Ce service effectue une permanence des soins sous forme de garde sur place en soins intensifs de cardiologie et d'astreinte de sécurité en cardiologie interventionnelle. Cette astreinte de sécurité est partagée avec la clinique de l'Ormeau : chaque établissement tarbais assure quinze jours d'astreinte mensuelle.
- [219] Quatre praticiens exercent dans le service. L'ancien chef de service, principal intervenant en cardiologie interventionnelle, a quitté l'établissement en 2014 pour rejoindre l'équipe de cardiologie interventionnelle de la clinique de l'Ormeau, sans être remplacé à ce jour.
- [220] Le centre hospitalier de Lourdes dispose d'un service de cardiologie adossé à une unité de surveillance continue de 6 lits, dont le taux d'occupation est faible. Une astreinte de sécurité est effectuée, mais les urgences relevant de soins intensifs sont transférées à Tarbes. 1,6 ETP de cardiologues (1 PH temps plein et un PH temps partiel) exercent dans l'établissement, depuis le départ récent, en février 2015, de la chef de service, PH temps plein, qui rejoint l'équipe de la clinique de l'Ormeau.
- [221] La cardiologie hospitalière publique est donc en très grande fragilité dans le département. L'activité globale repose sur des équipes médicales restreintes, compte tenu de la charge de travail et des règles régissant le temps de travail hospitalier. Les perspectives de recrutements sont avancées par la direction de l'établissement mais demandent à être confirmées.
- [222] Si l'on considère les activités techniques, l'établissement dispose d'une autorisation de type 1 (rythmologie interventionnelle) et de type 3 (coronarographie et angioplastie)
- [223] L'activité de type 3 répond aux critères et aux seuils, mais la charge de l'astreinte repose exclusivement, quinze jours par mois, sur le praticien hospitalier temps partiel affecté à Lourdes, puisqu'il est le seul praticien compétent de l'équipe. L'activité programmée dans cette discipline est assurée conjointement par ce même praticien et deux praticiens mis à disposition, à raison d'une journée hebdomadaire, par le centre hospitalier de Pau. Compte tenu du temps de formation permettant une autonomie d'exercice en garde dans cette discipline, aucune solution interne à court terme n'est envisageable.
- [224] L'activité de rythmologie interventionnelle (type 1) n'atteint pas les seuils requis de 50 actes annuels ; la stimulation cardiaque, dont l'opérateur principal était la chef de service de Lourdes qui vient de démissionner, est également fragilisée. La participation, par convention de mise à disposition de praticiens du CH de Pau, est en cours de finalisation et permet de pallier transitoirement ce déficit démographique.
- [225] Cette situation reste précaire, depuis le départ des deux opérateurs principaux chez le concurrent local, la clinique de l'Ormeau, sans anticipation des recrutements indispensables à la pérennité de l'activité interventionnelle.

⁶ Article R6123-133 du CSP et Arrêté du 14 avril 2009

- [226] La mise en place d'une restructuration de la cardiologie, avec création d'une équipe territoriale, assurant la continuité des soins dans les deux Centres hospitaliers de Bigorre et de Lourdes, a été approuvée par les directoires et est opérationnelle depuis mars 2015. Cette réorganisation supprime l'astreinte de cardiologie à Lourdes, oriente les urgences vers Tarbes, et maintient une activité d'hospitalisation classique complète et de consultations spécialisées sur les deux sites.
- [227] Un renforcement rapide des équipes médicales est indispensable à la pérennité des activités techniques interventionnelles, d'autant qu'existe une offre privée à Tarbes et une offre publique à Pau, situé à 40 kilomètres par autoroute. Une réflexion qui dépasse le seul cadre de la cardiologie interventionnelle et définit les activités proposés sur les deux sites est nécessaire (développement possible de l'imagerie en coupe à Lourdes, qui dispose d'un scanographe performant, développement de la prise en charge en hospitalisation de jour avec une unité d'insuffisance cardiaque, développement de réadaptation cardiaque ambulatoire...).

3.2.4 La chirurgie

3.2.4.1 L'activité de chirurgie ne fait pas débat au centre hospitalier de Tarbes.

- [228] Cette activité restructurée avec l'arrêt, en 2014, de la chirurgie vasculaire, concerne quatre grandes spécialités : la chirurgie digestive, la chirurgie traumatologique et orthopédique, la chirurgie gynécologique et les spécialités chirurgicales (ophtalmologie, ORL, stomatologie...). L'activité est fortement concurrencée par la Clinique de l'Ormeau qui réalise près du double de l'activité du CH de Bigorre. Les taux de fuite extrarégionaux vers Pau et Toulouse sont significatifs en orthopédie, gynécologie et ophtalmologie (Tableau 3). Le pôle est déficitaire de 879 654 euros en 2013, mais ce déficit est exclusivement imputable à trois disciplines, la gynécologie dont le déficit est de 1 003 193 euros, l'odontostomatologie dont le déficit est de 488 619 euros, et l'ORL, dont le déficit est de 301 767 euros en 2013 (*données ANAP et direction du CHB*).
- [229] La chirurgie digestive dégage un excédent de 650 331 euros et le service d'orthopédie et de traumatologie un excédent de 148 883 euros. Le centre hospitalier de Tarbes n'a pas de service d'urologie et a fermé son service de chirurgie vasculaire en 2014, en raison de l'absence de candidat et d'un déficit de cette activité. La chirurgie a connu une croissance d'activité en 2014, avec un accroissement de 3,3 % des séjours par rapport à 2013 malgré la fermeture de l'unité de chirurgie vasculaire. Cette croissance d'activité est valorisée à 1 489 000 euros, avec un PMCT de 3030 euros (*Données DIM du CHB*). La croissance de l'activité chirurgicale est plus importante en hospitalisation complète (4,4 %) qu'en chirurgie ambulatoire (1,5 %), ce qui pose question sur l'attractivité et la dynamique ; le taux d'ambulatoire global est de 38,8 %, mais atteint 78 % pour les actes marqueurs en 2013 (*Hospidiag*).

3.2.4.2 L'activité de chirurgie à Lourdes comporte essentiellement de la chirurgie digestive et viscérale, et redémarre en ortho-traumatologie

- [230] La chirurgie digestive et viscérale est réalisée par trois PH temps pleins, dont deux ont plus de 60 ans. Un rapprochement avec l'équipe tarbaise, et la constitution d'une équipe commune est nécessaire.
- [231] L'activité de traumatologie et d'orthopédie, qui fonctionne en journée, a reprise depuis la mise en place d'une équipe commune sur les deux sites et le recrutement d'un praticien. Cette équipe est présente quotidiennement, du lundi au vendredi et opère à Lourdes. La mission n'a pas réussi à déterminer la typologie des actes qui seront effectués à Lourdes. Il semble essentiel, pour garantir la qualité des soins et l'optimisation des deux plateaux techniques, de définir les conditions et la typologie des actes réalisés chaque site, avec une réelle participation de l'ensemble des chirurgiens orthopédiques.

- [232] Le maintien de la chirurgie à Lourdes, dans les conditions actuelles, se justifie par la réponse aux urgences, le maintien d'une offre de proximité pour des gestes susceptibles d'y être effectués en sécurité. Ce maintien permet également à l'équipe d'orthopédistes, nombreuse puisque constituée de 6 praticiens temps plein, de réaliser une activité suffisante, l'activité de Tarbes ne justifiant pas une équipe aussi importante, ainsi que l'a relevé l'analyse de l'ANAP.
- [233] Le maintien d'une offre à Lourdes vise à corriger la fuite extraterritoriale en orthopédie, de plus de 1500 séjours. (Tableau 3).
- [234] Enfin, le taux d'occupation des lits de chirurgie à Tarbes est de 118 % (*Hospidiag*); la seule correction de l'IPDMS de chirurgie ne permet pas au CH de Bigorre d'accueillir l'ensemble de l'activité d'orthopédie à Tarbes, et l'établissement n'a pas les moyens d'investir dans une transformation adaptée des locaux.
- [235] La chirurgie lourdaise est déficitaire, avec un déficit de même niveau que la maternité, du fait des coûts de structure rapportés à l'activité. La reprise d'une activité de traumatologie et d'orthopédie devrait fortement limiter ce déficit, mais les premières données chiffrées ne seront connues qu'en mai 2015. Les incidences médico-économiques justifie une réévaluation régulière, afin d'apprécier l'impact global et la croissance réelle d'activité chirurgicale.

Recommandation n°6 : Le maintien de l'activité de chirurgie digestive et d'orthopédie-traumatologie, dans les conditions actuelles et avec des équipes médicales communes au CH de Bigorre et de Lourdes est préconisé. Une protocolisation, définissant la typologie des actes réalisés sur chaque plateau technique et les conditions de prise en charge et d'accès aux plateaux techniques de Lourdes et de Tarbes pour chaque chirurgien, en est la condition impérative. Cette mesure doit être effective dès 2015.

Christian CAHUT

Francis FELLINGER

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

N°	Recommandation	Autorité responsable	Echéance
1	Mettre en œuvre immédiatement le plan ANAP au CH de Bigorre et élaborer un plan de retour à l'équilibre commun aux deux centres hospitaliers dès la constitution d'un centre hospitalier intercommunal, pour éviter un effet de vases communicants, en transférant le déficit d'une structure sur l'autre.	ARS / Direction des CH	2015
2	Réunir les Centres hospitaliers de Bigorre et de Lourdes en un Centre hospitalier intercommunal.	ARS / Direction des CH	2015
3	Renforcer l'équipe de direction commune et désigner un directeur délégué à Lourdes.	Direction des CH	2015
4	Transformer la maternité du Centre hospitalier de Lourdes en Centre périnatal de proximité, intégrant une consultation de gynécologie quotidienne les jours ouvrables, et de pédiatrie, dans le cadre d'équipes communes avec le centre hospitalier de Bigorre. Cette mesure doit prendre effet au plus tard le 1 juillet 2015.	ARS /Direction des CH	Juillet 2015
5	Substituer à l'unité de réanimation du centre hospitalier de Lourdes, qui ne répond pas aux normes réglementaires, et dont l'activité ne peut se poursuivre, une unité de 10 lits de soins continus, dont la capacité est à réévaluer dans un an. Cette unité est conventionnée avec la réanimation du centre hospitalier de Bigorre, dont la capacité est maintenue à 12 lits, adossée à une unité de 6 lits de soins continus, localisés sur le site de la Gespe.	ARS /Direction des CH	Septembre 2015
6	Maintenir l'activité de chirurgie digestive et d'orthopédique traumatologie, dans les conditions actuelles et avec des équipes médicales communes. Un protocole, définissant la typologie des actes réalisés sur chaque plateau technique et les conditions de prise en charge et d'accès aux plateaux techniques de chaque chirurgien, en est la condition impérative. Cette mesure doit être effective en 2015.	Direction des CH	2015

LETTRE DE MISSION



MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

Le Ministre

CAB - EP/FR - Me D. 14-2215

Date le 24 JUIN 2014

Note à l'attention
de Monsieur Pierre BOISSIER
 Chef de l'inspection générale des affaires sociales

Objet : demande de mission d'appui auprès de l'Agence régionale de santé (ARS) de Midi-Pyrénées concernant la direction commune des centres hospitaliers (CH) de Tarbes et de Lourdes

Je vous demande de bien vouloir mettre en place une mission d'appui auprès de l'ARS Midi-Pyrénées concernant la direction commune des CH de Tarbes et de Lourdes afin de permettre la mise en œuvre du plan d'action de l'ANAP présenté au COPERMO le mois dernier.

Cette mission, composée de façon pluridisciplinaire, devra s'attacher notamment à finaliser un projet médical réaliste pour le territoire.

Marisol TOURAINE

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

Personnalités rencontrées

Cabinet de Madame la Ministre des Affaires sociales, de la santé et des droits de la femme :

M. Philippe PUCHEU, conseiller technique

Agence régionale de la santé de Midi-Pyrénées :

Madame CAVALIER, Directrice générale
Monsieur le docteur MORFOISSE, Directeur général adjoint
Madame LEVRIER, Directrice de l'offre de soins
Madame GAUME, Déléguée territoriale de Hautes-Pyrénées
Monsieur le Docteur GRAND, médecin de santé public
Madame Myriam THIEBAUX
Madame Véronique TEILHOL
Monsieur Jean-Marie GARCIA
Monsieur Mathieu ROY

Agence nationale d'appui à la performance des établissements sanitaires et médico-sociaux (ANAP)

Dr Christian ESPAGNO, Directeur du pôle déploiement et maintenance
Monsieur Majid TALLA, responsable du suivi du CHB

Elus des Hautes-Pyrénées :

Madame DUBIE, députée des Hautes-Pyrénées
Monsieur Jean GLAVANY, député des Hautes-Pyrénées
Monsieur Michel PELIEU, Président du Conseil général des Hautes-Pyrénées
Madame BOURDEU, maire de Lourdes, présidente du conseil de surveillance du CH de Lourdes
Monsieur TREMEGE, maire de Tarbes, président du conseil de surveillance du CH de Bigorre
Monsieur MENET, maire de Vic en Bigorre, vice-président du CH de Bigorre

Membres élus ou qualifiés des conseils de surveillance des CH de Lourdes et Bigorre :

Madame DOUBRERE, CHB
M. GAUTE, CH B
M. LARRAZABAI, CH B
M. MONTOYA, CHB
Madame TARDIF, CHB
Dr ROBERT, président du conseil départemental de l'Ordre des médecins des Hautes-Pyrénées
Madame LAMBLIN, CHL

Direction des Centres hospitaliers de Bigorre et Lourdes :

Monsieur BREHIER, directeur des CH de Bigorre et Lourdes
Docteur NETTER, président de la CME du CH de Bigorre
Docteur GARNIER, président de la CME de Lourdes

Equipe de direction :

Monsieur ANDRY, directeur adjoint et directeur par intérim du centre hospitalier de Bagnères de Bigorre

Madame FRIOT, directrice des finances (départ en janvier 2015)

Madame OUAZAN, directrice des systèmes d'information et de la qualité

Madame LIORT, directrice des affaires médicales

Madame HARDY, directrice des soins

Monsieur AUDHUI, directeur des ressources humaines

Monsieur GUEGAN, directeur de la gériatrie et HAD

Madame FRUTOS, contrôleur de gestion

Madame BARADAT, attachée, direction des finances CHB

Madame GAYET, responsable des services économiques, CHL

CH de Bigorre**Chef de pôle :**

Médecine : Docteur HEMERY

Chirurgie : Docteur JAULERRY

Urgences-anesthésie-réanimation : Docteur CHAOUKY

Mère-enfant : Docteur SROUR

Gériatrie : Docteur GASNIER

Médico-technique : Docteur SIANI

DIM : Docteur CAPDEPON

Docteur ELCHAM, chef de service de la maternité

Docteur DULAC, chef de service de réanimation

Docteur SAUCEDE, directeur du SAMU 65

Docteur LAFFORGUE, chef de service des urgences

Docteur SERRANO, chef de service de cardiologie

Docteur BONNEFOND, PH en gynécologie-obstétrique

Docteur GAILLETON, chef de service de chirurgie digestive

Madame GARRIGUES Cadre sage-femme

Madame ALGAR, Cadre du bloc opératoire

Centre hospitalier de Lourdes :

Chefs de pôle :

Urgences: Docteur GOV (départ fin 2014)

Médico-technique : Docteur CONSTANTIN,

Médecine : Docteur MALET,

Géiatre : Docteur DUBROCA

Docteur ANDRILLON, DIM

Docteur BENABI, chef de service de la maternité

Docteur MOUGHNIE, PH temps partiel à la maternité

Madame ABADIE, cadre de santé de la maternité

Docteur DULHOSTE, chef de service de cardiologie (départ en février 2015)

Docteur PINTA, Ph en cardiologie

Docteur DESMALES, PH temps partiel en cardiologie

Docteur BAUDON, chef de service des urgences
Docteur REDONNET, PH aux urgences

Docteur DESMALES, PH en chirurgie digestive
Docteur DONNECHE, chef de service de chirurgie digestive

Organisations syndicales :

CGT : Monsieur DUTREY et Madame LASALLE (CH de Bigorre)
CFDT : Madame JEANNICOU et Monsieur PARILLA (CH de Lourdes)
FO : Madame HAURINE (CH de BIGORRE)

Trésorier principal du CH de Bigorre (DDFIP de Tarbes) : M. ZAHRA

ANNEXES 1 : MOTION DU CONSEIL GENERAL DES HAUTES –PYRENEES DEMANDANT LE MAINTIEN DE LA MATERNITE ET DE L'ENSEMBLE DES ACTIVITES MCO DU CH DE LOURDES, (24 OCTOBRE 2014)

REPUBLIQUE FRANCAISE CONSEIL GENERAL DES HAUTES-PYRENEES	EXTRAIT DES PROCES-VERBAUX DES DELIBERATIONS DU CONSEIL GENERAL ----- SIXIEME REUNION DE 2014
--	---

Séance du 24 octobre 2014

Etaient présents : M. Anglade, M. Azavant, M. Beaucoueste, Mme Bédouret, M. Béhague, Mme Beyrié, M. Boube, Mme Bourdeu, M. Brune, M. Buron, Mme Darrieutort, M. Dubarry, M. Duberland, Mme Dubié, M. Dufaure, M. Dutour, M. Duzer, M. Forgues, M. Fortassin, M. Fourcade, M. Glavany, M. Laval, M. Léo, M. Loudet, M. Marthe, M. Miquieu, M. Palmade, M. Pélieu, Mme Siani Wembou, M. Verdier, M. Vignes.

Avalent donné pouvoir : Mme Durrieu à M. Dufaure, M. Guilhas à M. Palmade, Mme Robin-Rodrigo à M. Pélieu.

MOTION DEPOSEE PAR JOSE MARTHE POUR LE MAINTIEN DU CENTRE HOSPITALIER DE LOURDES

Après lecture par M. José Marthe, la motion suivante **est adoptée à l'unanimité**.

L'accès aux soins et notamment à la Médecine de premiers secours, aussi bien dans le pays de LOURDES que dans l'arrondissement d'Argelès-Gazost, va devenir problématique à très court terme.

S'agissant des Médecins Généralistes libéraux, une récente note réalisée par des praticiens de Lourdes, met en évidence :

- Que dans les 4 à 5 ans qui viennent, 11 médecins sur 25 partiront à la retraite.
- Que dans les 10 ans, ce sont les 2/3 qui ne seront pas remplacés.
- Que les médecins spécialistes disparaissent d'ores et déjà les uns après les autres : ORL, Rhumatologues, Gynécologues, Pédiatres... (les dentistes n'échappent pas à cette spirale).

S'agissant du centre hospitalier de Lourdes, le constat est tout aussi accablant. Une stratégie de démantèlement progressif est en cours.

Avec des précautions de langage, la direction parle de réorganisation des services, alors qu'il s'agit d'appliquer une feuille de route implacable débouchant sur la disparition du centre hospitalier de Lourdes.

La maternité qui bénéficie théoriquement d'une autorisation de fonctionnement délivrée en 2012 et qui court jusqu'en 2017 est en première ligne d'un processus qui se conclura selon la théorie des dominos par la fermeture de tous les autres services, réanimation, chirurgie, etc...

Le devenir de la Maternité est donc emblématique d'une volonté non avouée pour l'heure, de fermeture du centre hospitalier.

Si cette première ligne est enfoncée, le centre hospitalier deviendra une maison de retraite.

Prenant acte de la question déposée par la députée Jeanine DUBIE, le 1^{er} octobre 2014, à la Ministre de la Santé, demandant à ce qu'aucune décision intempestive ne soit prise au plan local, jusqu'au rendu de l'étude en cours menée par l'ARS Midi Pyrénées.

ANNEXE 2 : COUPURES DE PRESSE



sur l'hôpital de Lourdes

Dans le cadre de la séance des Questions au gouvernement, Jeanine Dubié, qui associait à sa démarche son collègue Jean Glavany, a interpellé le ministre de la Santé Marisol Touraine. « Suite à l'annonce par la direction de la fermeture de la maternité et du service de réanimation de l'hôpital de Lourdes, nous ne pouvons accepter qu'une telle décision soit annoncée alors que le travail sur le projet de santé du territoire, devant prendre en compte l'ensemble des paramètres et notamment l'égalité en matière d'accès aux soins, est encore en cours d'élaboration », a-t-elle lancé à la ministre, qui a répondu : « Oui, l'accès aux soins est un enjeu majeur, et l'égalité un objectif, et ce partout sur le territoire. Les hôpitaux de proximité sont nécessaires, avec un mode de financement adapté. Une enquête confiée à l'Igas et l'ARS est en cours

et elle ira à son terme, et c'est seulement sur la base de ses conclusions que les décisions seront prises, en concertation avec les élus et les acteurs de la santé ».

« S'il s'agit posé cette question, ajoute Jeanine Dubié, c'est d'abord parce que cette annonce de fermeture a été pour le moins maladroite, mais aussi parce qu'il faut sortir de cette logique qui veut que l'on ne raisonne qu'en termes comptables et que la seule solution, c'est de fermer les services. Je pense que fermer la maternité et la réanimation de Lourdes équivaut à fermer l'hôpital. Au contraire, j'ai demandé la publication d'une ouverture d'un poste de gynécologue et de pédiatre, mais la direction ne semble pas très dynamique. J'attends ce rapport de l'Igas et l'ARS avec impatience. »

C. V.

conseil municipal

Fermeture de la maternité : les élus se repassent le bébé

essentiel Le conseil municipal a fait une rentrée mouvementée, hier, à Lourdes. L'occasion pour l'opposition de revenir sur la question de la fermeture de la maternité.

À l'ouverture du conseil municipal, qui s'est déroulé hier soir au Palais des congrès de Lourdes, Josette Bourdeu, maire de la ville, a évoqué le meurtre d'Hervé Gourdel, en demandant aux conseillers municipaux d'observer une minute de silence. Puis ce fut l'installation de Michel Rebollo au sein du conseil, votée unanimement, alors que le maire a regretté qu'une femme soit remplacée par un homme, ce qui ne respecte plus la parité au sein de l'équipe municipale.

Une motion de soutien à l'association des maires de France (AMF), concernant la baisse massive des dotations de l'État, votée lors du conseil, a donné l'occasion à Jean-Pierre Artigave, ancien maire de Lourdes, d'enchaîner sur le sujet de l'hôpital de Lourdes, en proposant

une « motion de soutien auprès de l'agence régionale de santé (ARS) », évoquant « le besoin impérieux d'une dotation de l'État pour permettre à l'hôpital de passer le cap ».

Soulignant le fait que cette motion « n'était pas écrite et donc n'existait pas », Josette Bourdeu a tenu à rappeler : « nous avons été les premiers à défendre l'hôpital de Lourdes et la fermeture de sa maternité. Il est malvenu de critiquer la situation après avoir dirigé le conseil de surveillance de l'hôpital pendant des années. Cette déliquescence, vous l'avez entretenue. »

Le fin mot de l'affaire revient à Claude Hamz, élu Front national, qui souligne que « ce n'est pas un sujet prévu à l'ordre du jour » et qui propose « une réunion prochaine, ouverte aux élus et à la population ».

Une remarque acquiescée par le maire de Lourdes qui affirme qu'elle « appellera à manifester dès que l'IGAS (N.D.L.R. : inspecteurs généraux de l'action sanitaire) aura rendu son rapport à la fin du mois de novembre. »

Agathe Fleiss



Avec le retour de Michel Rebollo, qui s'est fait remarquer, au sein du conseil, l'opposition a critiqué de nombreux points à l'ordre du jour et a évoqué « l'inaction » de la ville concernant l'hôpital de Lourdes. / Photo A.K.

repères

3

MANDATS > D'élus municipal. Pour Michel Rebollo, qui est passé de gauche à droite au fil de ses mandats.

RETOUR DE MICHEL REBOLLO AU CONSEIL

Suite à la démission d'Antoinette Babin-Chassard, conseillère municipale, l'installation de Michel Rebollo, adjoint à l'urbanisme de l'ancienne majorité, a été votée à l'unanimité par le conseil municipal hier soir. « Je reprends ma place d' élu lourdais, annonce fièrement le nouveau conseiller tout en critiquant le « bilan catastrophique » d'Hollande et de son parti. Un retour au sein du conseil qui reste vivement critiqué par la majorité, dont le maire, qui lance : « De toute façon, il est difficile de savoir de quel parti vous êtes vous-même ! »

en bref

CINÉMA > Le Palais. Aujourd'hui, à 21 heures : « Tu veux ou tu veux pas ».

> Le Pax. Aujourd'hui, à 18 heures : « Hippocrate », et à 21 heures : « Les Combattants ».

CONDUITE > Stage. L'école La Pyrénéenne organise un stage de récupération de points du 28 et 29 novembre prochain. Inscriptions au 06.12.64.51.45 et 05.62.94.79.79.

CLUB LOURDES-HAUTE > Vide-greniers. Le Club Lourdes-Hautacam organise un vide-greniers, dimanche 5 octobre, place Capdevielle, de 8 heures à 18 heures. Renseignements : 05.62.94.94.00. De 9 heures à 18 heures, tombola prévue à nombreux lots, restauration offerte.

GOLF > Compétitions. Cette semaine, le Lourdes-Pyrénéen Golf-Club accueille les compétitions Laurent-Perrier. Dernière formule de jeu sera un scratch et les départs se feront en tranches horaires. Dimanche 5 octobre s'agira d'un stableford et les parts seront en tranches horaires.

ARRÊTÉ > Circulation. L'interdiction sera interdite de l'esplanade du Paradis, côté afin de permettre l'installation du montage des tribunes jusqu'au lundi 6 octobre. Le bornement sera interdit de totalité du parking, aujourd'hui 14 heures à 17 heures, afin de permettre l'installation d'une section, et jusqu'au dimanche 14 heures, afin de permettre

**ANNEXE 3 : CONVENTION CONSTITUTIVE DU
GCS GROUPE HOSPITALIER DES HAUTES-
PYRENEES**



PREFECTURE
DE LA RÉGION MIDI-PYRÉNÉES

SECRETARIAT GÉNÉRAL POUR LES AFFAIRES RÉGIONALES

RECUEIL
DES
ACTES ADMINISTRATIFS

SGAR
Recueil spécial
ARH

08 septembre 2009

VU l'avis favorable de la commission exécutive de l'agence régionale de l'hospitalisation Midi Pyrénées en date du 7 juillet 2009,

SUR proposition du Directeur Départemental des Affaires Sanitaires et Sociales des Hautes Pyrénées,

ARRETE

Article 1 : Est approuvée la convention jointe en annexe conclue le 24 juillet 2009 entre les signataires susvisés en vue de constituer, pour une durée indéterminée, un groupement de coopération sanitaire dénommé "Groupe Hospitalier des Hautes-Pyrénées", ayant pour objet de:

- mettre en œuvre toutes opérations notamment juridiques, financières ou immobilières pouvant se rattacher directement et exclusivement à son objet, et assurer, notamment, la maîtrise d'ouvrage du Nouveau Centre Hospitalier,
- permettre les interventions communes de professionnels médicaux et non médicaux exerçant dans les deux établissements en vue de la prise en charge en commun des patients notamment dans les domaines de la cardiologie, diabétologie-endocrinologie, anesthésie-réanimation ou de la réalisation des fonctions supports notamment le DIM, services financiers, et de gérer ces activités plus généralement, dans les domaines d'activités d'ores et déjà autorisées ou qui viendraient à l'être,
- réaliser ou gérer, pour le compte de ses membres, des équipements d'intérêt commun, y compris plateaux techniques tels des blocs opératoires, des services d'imagerie médicale, de biologie ou des pharmacies à usage intérieur, etc. et détenir à ce titre des autorisations d'équipement matériels lourds et d'activités de soins nouvelles ou transférées par commun accord des deux centres hospitaliers

Article 2 : Le siège du groupement de coopération sanitaire est établi au Centre Hospitalier de Lourdes 2 avenue Alexandre Marqui - 65107 Lourdes Cedex.

Article 3 : Le directeur régional des affaires sanitaires et sociales, le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales des Hautes Pyrénées, les signataires de la convention constitutive du Groupement de Coopération Sanitaire "Groupe Hospitalier des Hautes-Pyrénées" sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté dont un extrait sera publié au Recueil des Actes Administratif de la préfecture de la région Midi-Pyrénées.

Fait à Toulouse, le 4 août 2009
Signé Pierre GAUTHIER

ANNEXE 4 : RESULTAT PRINCIPAL (CRPH) RETRAITE DES AIDES CHB

[236] Si l'on neutralise les aides exceptionnelles dont a bénéficié l'établissement pour un total de 28.5 M€ sur la période, on obtient les « résultats hors aides exceptionnelles » ci-après, traduisant la situation financière réelle de l'établissement :

en k€	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013 (RIA 3)
résultat CRPH	- 6 716	- 2 523	- 2 471	- 2 539	- 2 464	- 2 917	- 2 174
aide ARH / ARS	2 500	5 015	2 692	4 877	5 790	3 709	3 840
résultat CRPH corrigés	- 9 216	- 7 538	- 5 163	- 7 416	- 8 254	- 6 626	- 6 014
Recettes d'exploitation corrigées	107 108	106 718	109 907	107 328	111 499	116 680	119 533
% du déficit/aux recettes d'exploitation	-9%	-7%	-5%	-7%	-7%	-6%	-5%

Source : (ARS Midi Pyrénées)

ANNEXE 5 : BUDGET PREVISIONNEL INITIAL DU CPP DE LOURDES



EVALUATION CPP CHL

Evaluation Charges		Effectif oible	Coût moyen CHB	Coût moyen CHL	Coût moyen Goupe T - L	Evaluation financière
PM	Gynéco-obstétricien PHTP (1)	1		124 053 €		124 053 €
	Gynéco-obstétricien PHTp (1)	0,8		59 970 €		59 970 €
	Addiologie	0,1		100 000 €		10 000 €
	Pédiatre (1)	0,2		100 000 €		20 000 €
	Sous-total PM	1,2 à 1,9	/	/	/	214 023 €
PNM	Sage-femme	2,85	55 100 €			157 035 €
	Auxiliaire Puériculture	0				0 €
	Dietéticienne	0,1	51 918 €			5 192 €
	Psychologue	0,1	66 873 €			6 687 €
	Assistante sociale	0,1	44 034 €			4 403 €
	Secrétaire Médicale	1,33	46 113 €			61 330 €
	Sous-total PNM	4,48	/	/	/	234 847 €
Autres charges	Titre 2 - Charges à caractère médical					10 000 €
	Titre 3 - Charges à caractère hôtelier et général					5 000 €
	Charges induites					15 000 €
	Charges indirectes					75 000 €
	Sous-total Autres charges	/	/	/	/	105 000 €
TOTAL						553 870 €

Evaluation Recettes		Recettes 2011	Evaluation activité	Cotation	Tarif unitaire	Valorisation
PM	Consultations PM (Obstétrique)		1 600	CS	25,00 €	40 000 €
	Notes CCAM PM (Obstétrique)		600	CCAM		57 193 €
	Sous-total PM hors IVG	/	/	/	/	97 193 €
PNM	Entretien précoce prénatal (4ème mois)		150	SF 15	2,80 €	6 300 €
	Cours préparation accouchement		1 050	SF 11,6	2,80 €	34 104 €
	Rééducation postnatale		500	SF 4	2,80 €	5 600 €
	Sous-total PNM	/	/	/	/	46 004 €
TOTAL hors IVG						143 197 €

[237] Ce budget, préparé par la direction du CHL, doit être corrigé en charge, car l'activité médicale est réalisée par 0,8 ETP et non 1,6 ETP.

[238] Il n'inclut pas en recettes l'activité d'IVG et de gynécologie.

[239] Il repose sur le suivi par un gynécologue de 200 femmes enceintes, avec 8 consultations de pré et post partum, et 3 échographies par patiente, et un suivi (Cs 4^o mois, cours de préparation à l'accouchement, rééducation post-partum) par les sages femmes de 150 patientes.

[240] (Echographies tarifées : T1 48,35€, T2 81,92 €, T3 73,99€).

ANNEXE 6: ACTIVITE ET VALORISATION DE LA REANIMATION DU CH DE LOURDES EN 2013-2014

REANIMATION CH LOURDES	2013	2014
Nombre de RUM	251	231
Nombre de RUM avec ventilation	149	129
Nombre de RUM avec ventilation de plus de 48h	129	113
Nombre de journées potentielles 6 lits	2190	2190
Nombre de journées réalisées	1467	1543
Taux d'occupation global	67%	70%
T.O réanimation/ 6lits	38%	41%
Valorisation réanimation	958 538 €	1 038 167 €

ANNEXE 7 : REDUCTION DU PNM APRES REORGANISATION DE LA REANIMATION ET DES SOINS CONTINUS A LOURDES (DONNEES DIRECTION DU CHL)

	Réanimation	SSC cardio	Cardio traditionnelle
ratios	normes en vigueur	ARS	ratios actuels
organisation	en 12h, 2IDE/24h, 2AS le jour et 1 AS la nuit	1 IDE et 1 AS/6 lits, 7h50 de jour et 10h la nuit	1IDE et 1 AS/24h, poste en journée de 7h50 et 10h la nuit
IDE (en ETP)	12		12
AS (en ETP)	8,75		9
TOTAL	20,75		21

Future organisation

	SSC de 8(+2) lits	Unité de cardiologie traditionnelle de 15(+2) lits
ratios	normes en vigueur	ratios révisés
organisation	organisation en 12h, 2IDE jour et 2 IDE nuit, 2 AS jour	1 IDE et 1 AS/24h, 1 IDE en Journée (semaine), poste en journée de 7h50 et 10h la nuit
IDE (en ETP)	11.7	7,5
AS (en ETP)	5.7	6,2
TOTAL	17.4	13.7
écart avec situation actuelle	3.35	7.3
total personnel économisé : 10,65 ETP		

ANNEXE 8 : NOMBRE ET TYPE D'ACTES DE CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE AU CENTRE HOSPITALIER DE LOURDES EN 2014 (SOURCE DIRECTION ET DIM DU CHL)

Nombre et type d'actes de chirurgie gynécologique au Centre hospitalier
de Lourdes en 2014 (*Source Direction et DIM du CHL*)

Nombre	Code CCAM 7c	Libellé acte
35	JNJD002	évacuation. ut. gravide aspi. +/- curetage 1er T
12	JQGA002	accouchement césarienne program. laparoscopie
10	JJFA008	kystectomie ovarienne laparoscopie
		accouchement césarienne pendant
9	JQGA003	travail laparoscopie
7	JKFA031	conisation du col
		accouchement césarienne urgence souffrance
6	JQGA004	pendant travail laparo
2	JJPA003	interruption perméabilité des trompes laparo
1	JJFA003	ovariectomie unilatérale laparo
1	JJFA004	salpingoovariectomie laparo
1	JJFA005	ovariectomie bilatérale. laparo
1	JJJA002	expression tubaire G.E.U laparo
1	JJPA001	salpingotomie +aspiration G.E.U laparo
1	JJPC003	interruption perméabilité des trompes coelioscopie
1	JKFA016	myomectomie unique utérine Laparo
1	JKFA024	hystérectomie part. laparo
1	JKGD002	curetage cavité utérine thérapeutique.
1	JKGD003	curetage cavité utérine diagnostique.
1	JKQE001	hystéroscopie +curetage cavité utérine.
1	JKQE002	hystéroscopie
1	JNJD001	évacuation utérine gravide 2ème trim. grossesse
1	QEFA004	tumorectomie sein
Total : 95 actes		

SIGLES UTILISES

ANAP	Agence nationale d'appui à la performance des établissements sanitaires et médico-sociaux
ARH	Agence régionale de l'hospitalisation
ARS	Agence régionale de santé
ASO	Classification de soins en MCO
CHB	Centre hospitalier de Bigorre (Tarbes et Vic en Bigorre)
CHL	Centre hospitalier de Lourdes
CHU	Centre hospitalier régional et universitaire de Toulouse
CPOM	Contrat d'objectifs et de moyens
COPERMO	Comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers
CPP	Centre périnatal de proximité
CREF	Contrat de retour à l'équilibre financier
CRP	Compte de résultat principal
CRPA	Compte de résultats prévisionnel annexe
CRPP	Compte de résultat prévisionnel du budget principal
DAF	Dotations annuelles de financement
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DMS	Durée moyenne de séjour
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ETP	Equivalent temps plein
GCS	Groupement de coopération sanitaire
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
INSEE	Institut national de la statistique
MCO	Activité de médecine-chirurgie-obstétrique
MIGAC	Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
ORUMIP	Observatoire régional des urgences de Midi-Pyrénées
PGFP	Plan global de financement pluriannuel
PRE	Plan de retour à l'équilibre
PRS	Projet régional de santé
SSR	Soins de suite et de réadaptation
SROS	Schéma régional d'organisation sanitaire
TMB	Taux de marge brute
USLD	Unité de soins de longue durée

**PIECES JOINTES N°1 : DIAGNOSTIC PROSPECTIF
FINANCIER CH DE LOURDES**

EVOLUTION DES EQUILIBRES FINANCIERS PLURIANNUELS (en €) - DIAGNOSTIC PROSPECTIF - CENTRE HOSPITALIER DE LOURDES

Comptes budgétaires	Années 2013 à 2018	CF 2013	CFA 2014	EPRP 2015	PGFP 2016	PGFP 2017	PGFP 2018	PGFP 2019
1°) Evolution de la marge brute d'exploitation Compte de Résultat Principal								
C 70 à 75	Produits d'exploitation hors aides financières	36 507 282	36 870 365	37 182 985	36 370 732	36 689 637	37 011 731	37 337 046
	<i>Dont PRE AM</i>	94 000	192 700	192 700	192 700	192 700	192 700	192 700
C 73111, 73112, 73113, 7312	<i>Dont Produits T2A</i>	20 888 551	20 008 364	20 210 375	20 414 406	20 620 477	20 828 609	21 038 822
C 731181	<i>Dont MIG</i>	1 061 084	1 150 116	1 150 116	1 150 116	1 150 116	1 150 116	1 150 116
	<i>MIG NR</i>		0	0	0	0	0	0
C 731182	<i>Dont AC (hors NR, hors AC soutien à l'invest)</i>	17 247	34 673	34 673	34 673	34 673	34 673	34 673
	<i>Autres AC NR</i>							
	<i>AC soutien investissement et autres NR</i>		0	0	0	0	0	0
C 73117	<i>Dont DAF (hors aides ponctuelles non reconductibles)</i>	3 456 474	3 439 240	3 439 240	3 439 240	3 439 240	3 439 240	3 439 240
	<i>DAF</i>	3 456 474	4 893 240	3 439 240	3 439 240	3 439 240	3 439 240	3 439 240
	<i>CNR</i>		-1 454 000					
C 73114	<i>Dont forfaits annuels</i>	1 296 091	1 131 134	1 131 134	1 131 134	1 131 134	1 131 134	1 131 134
C 7471	<i>Dont FIR</i>	996 387	1 045 372	1 045 372	1 045 372	1 045 372	1 045 372	1 045 372
	<i>CNR</i>	-646 900	-801 900	-146 900	-146 900	-146 900	-146 900	-146 900
Produits du T 2 compte principal	<i>Dont autres produits de l'activité</i>	3 732 179	4 075 861	4 116 620	4 157 786	4 199 364	4 241 358	4 283 771
	<i>Dont autres produits d'exploitation</i>	4 965 269	5 792 904	5 862 755	4 805 305	4 876 561	4 948 529	5 021 217
	<i>TOTAL TITRE 3</i>	7 736 847	8 426 143	7 848 854	6 799 343	7 238 616	6 958 682	7 039 549
	<i>Moins 603</i>	-423 879	-475 824	-480 582	-485 388	-490 242	-495 144	-500 096
	<i>Moins 7087</i>							
	<i>Moins Reprise/Provisions</i>	-113 657						
Comptes 70 à 75 du T3 3 du compte principal hors FIR	<i>Moins 64..... (charges nettes personnel)</i>	-164 867	-245 802	-248 260	-250 743	-253 250	-255 783	-258 340
	<i>Moins FIR</i>	-1 643 287	-1 847 272	-1 192 272	-1 192 272	-1 192 272	-1 192 272	-1 192 272
	<i>Moins 76&77</i>	-425 887	-64 342	-64 985	-65 635	-426 291	-66 954	-67 624
C 60 à 65	Charges d'exploitation	36 165 019	37 103 023	37 094 329	36 280 817	36 740 927	37 206 730	37 678 296
T1 CRP - Remb/rém. ou charges	<i>Charges nettes de personnel</i>	28 320 560	29 001 621	29 091 310	28 283 902	28 637 695	28 995 737	29 358 082
641 compte principal	<i>Dont rémunérations PNM</i>	13 790 871	14 023 517	14 065 680	14 234 468	14 405 282	14 578 145	14 753 083
	<i>Dont PRE Rémunérations PNM</i>	-174 400	-327 500	-407 500	-1 564 500	-1 564 500	-1 564 500	-1 564 500
642 compte principal	<i>Dont rémunérations PM</i>	4 915 694	5 138 642	5 165 490	5 227 476	5 290 206	5 353 688	5 417 932
	<i>Dont PRE Rémunérations PM</i>	0	0	0	0	0	0	0
Ch T2 CRP - S créditeur "VS"	<i>Charges nettes à caractère médical</i>	4 503 334	4 855 000	4 632 153	4 702 847	4 774 617	4 847 479	4 920 435
Ch T3 CRP - S créditeur "VS"	<i>Charges nettes à caractère hôtelier et général</i>	3 341 125	3 246 401	3 370 866	3 294 068	3 328 616	3 363 514	3 399 779
C 6123+6125 comte principal	<i>Dont loyer immobilier et BEH (C/ 6123/6125)</i>	0	0	0	0	0	0	0
	Marge brute d'exploitation avant aides financières	342 263	-232 658	88 656	89 915	-51 290	-194 999	-341 250
	<i>Taux de marge brute hors aides financières CRP</i>	0,94%	-0,63%	0,24%	0,25%	-0,14%	-0,53%	-0,91%
	Aides financières	646 900	2 255 900	146 900	146 900	146 900	146 900	146 900
	Dont aides financières non reconductibles ARS - soutien ponctuel (AC, DAF ou FIR)	646 900	801 900	146 900				
	Dont aides ARS-soutien régional à l'investissement inscrit en compte de résultat (AC, DAF ou FIR)		1 454 000	0	0	0	0	0
	Dont AC NR	0						
	Marge brute d'exploitation avec intégralité des aides financières	989 163	2 023 242	235 556	236 815	95 610	-48 099	-194 350
	<i>Taux de marge brute après aides financières</i>	2,66%	5,17%	0,63%	0,65%	0,26%	-0,13%	-0,52%
	Charges de structure (titre 4 hors charges exceptionnelles)	1 938 794	1 957 005	1 937 881	1 824 267	1 603 215	1 354 411	1 195 018
C 66	<i>Dont frais financiers</i>	128 835	138 746	190 011	193 760	199 768	204 277	206 343
C 68	<i>Dont amortissements</i>	1 809 959	1 818 259	1 747 870	1 630 507	1 403 447	1 150 134	988 675
C 68	<i>Dont provisions</i>	0	0	0	0	0	0	0

Moins 64.... 9

Moins SI et + VS

Moins SI et + VS

2°) Evolution de la marge brute d'exploitation entité juridique								
	Marge brute d'exploitation entité juridique	1 597 626	2 619 200	620 704	631 775	492 250	350 230	205 677
	<i>Dont Marge brute d'exploitation CRP après aides</i>	989 163	2 023 242	235 556	236 815	95 610	-48 099	-194 350
	<i>Dont Marge brute d'exploitation CRA</i>	608 463	595 958	385 148	394 960	396 641	398 330	400 027
C 70 à 75 hors 7087 tous CR	Total des produits courants d'exploitation entité juridique (hors 7087)	44 048 201	46 041 507	44 207 023	43 469 201	43 855 128	44 244 984	44 638 810
	<i>Taux de marge brute entité juridique</i>	3,63%	5,69%	1,40%	1,45%	1,12%	0,79%	0,46%
3°) Evolution des résultats d'exploitation - compte principal et compte consolidé								
	Résultat comptable CRP	-541 056	-166 907	-1 768 340	-1 652 817	-1 317 314	-1 466 556	-1 452 745
	Total des produits CRP	38 282 473	39 912 232	38 123 712	37 319 397	38 006 320	37 976 511	38 310 005
	Résultat comptable CRP en % des produits	-1,41%	-0,42%	-4,64%	-4,43%	-3,47%	-3,86%	-3,79%
	Résultat comptable consolidé (tous CR confondus)	-259 031	133 685	-1 768 340	-1 652 817	-1 317 314	-1 466 556	-1 452 745
	Total des produits consolidés	46 695 108	48 308 057	46 470 498	45 746 909	46 515 433	46 568 112	46 984 988
	Résultat comptable consolidé en % des produits	-0,6%	0,3%	-3,8%	-3,6%	-2,8%	-3,1%	-3,1%
4°) Evolution de la charge de la dette								
	Total charge annuelle de la dette	1 421 276	1 526 617	1 406 865	1 481 826	1 451 169	1 311 531	1 181 179
T1 emplois TF - hors 16449	<i>Dont remboursement contractuel du capital des dettes financières (hors options afférentes à une opération de tirage sur une ligne de trésorerie)</i>	1 250 697	1 346 168	1 172 555	1 243 767	1 207 102	1 062 956	930 538
C 66 tous CR	<i>Dont charges financières entité juridique</i>	170 579	180 449	234 310	238 059	244 067	248 576	250 642
	Total charge annuelle de la dette en % des produits courants	3,2%	3,3%	3,2%	3,4%	3,3%	3,0%	2,6%
	Encours de la dette en capital	7 896 722	7 246 025	7 010 357	8 018 033	7 895 478	7 772 923	7 757 033
	<i>Encours de la dette en capital en % des produits consolidés</i>	16,91%	15,00%	15,09%	17,53%	16,97%	16,69%	16,51%
	Marge brute disponible après paiement charge annuelle de la dette	176 350	1 092 583	-786 160	-850 051	-958 919	-961 301	-975 503
	<i>Marge brute disponible en % des produits courants d'exploitation</i>	0,40%	2,37%	-1,78%	-1,96%	-2,19%	-2,17%	-2,19%
5°) Tableau de financement								
	Total Ressources	2 310 820	3 334 608	1 382 167	1 363 822	1 578 946	1 073 081	927 130
	1°) Ressources hors dette	1 710 820	2 284 608	313 991	313 822	528 946	23 081	-122 870
	<i>Dont CAF</i>	1 451 475	2 284 198	313 991	313 822	168 946	23 081	-122 870
	<i>CAF en % des produits</i>	3,11%	4,73%	0,68%	0,69%	0,36%	0,05%	-0,26%
C 775 T3 ressources TF	<i>Dont cessions d'actifs</i>	259 345	0	0	0	360 000	0	0
T2 ressources TF	<i>Dont dotations et subventions investissements</i>	0	410	0	0	0	0	0
T3 ressources TF hors 775	<i>Dont autres ressources</i>	0	0	0	0	0	0	0
T1 ressources TF	2°) Endettement	600 000	1 050 000	1 068 176	1 050 000	1 050 000	1 050 000	1 050 000
	Total Emplois	2 558 518	2 306 609	2 240 731	2 293 767	2 257 102	2 112 956	1 980 538
T1 emplois TF - hors 16449	Remboursement dette financière	1 250 697	1 346 168	1 172 555	1 243 767	1 207 102	1 062 956	930 538
T2 emploi TF	Immobilisations	1 307 820	960 441	1 068 176	1 050 000	1 050 000	1 050 000	1 050 000
	<i>Dont opérations courantes</i>	1 307 820	960 441	1 068 176	1 050 000	1 050 000	1 050 000	1 050 000
	<i>Dont opérations majeures</i>	0	0	0	0	0	0	0
T3 emplois TF	Autres emplois	0	0	0	0	0	0	0
	Evolution du FRNG sur l'exercice	-507 043	1 027 999	-858 564	-929 944	-1 038 156	-1 039 875	-1 053 407
	Niveau du FRNG 31/12	4 853 625	5 881 624	5 023 060	4 093 116	3 054 959	2 015 084	961 677
	<i>FRNG en nbre de jours de charges courantes</i>	38,04	45,07	38,26	31,64	23,33	15,20	#DIV/0!
	Niveau du BFR 31/12	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	#DIV/0!
	<i>BFR en nbre de jours de charges courantes</i>	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	#DIV/0!
	Niveau de la Trésorerie 31/12	4 853 625	5 881 624	5 023 060	4 093 116	3 054 959	2 015 084	961 677
	<i>Trésorerie en nbre de jours de charges courantes</i>	38,04	45,07	38,26	31,64	23,33	15,20	#DIV/0!

**PIECE JOINTE N°2 : DIAGNOSTIC PROSPECTIF
FINANCIER CH DE BIGORRE**

EVOLUTION DES EQUILIBRES FINANCIERS PLURIANNUELS (en €) - DIAGNOSTIC PROSPECTIF - CENTRE HOSPITALIER DE BIGORRE

Comptes budgétaires		Années 2013 à 2018		2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
2°) Evolution de la marge brute d'exploitation entité juridique										
Marge brute d'exploitation entité juridique		9 998 719	8 973 825	9 831 838	9 900 741	9 691 606	9 390 959	9 079 223		
<i>Dont Marge brute d'exploitation CRP après aides</i>		8 244 209	7 436 741	8 663 313	8 694 728	8 376 405	7 963 482	7 535 864		
<i>Dont Marge brute d'exploitation CRA</i>		1 754 510	1 537 084	1 168 525	1 206 013	1 315 201	1 427 476	1 543 360		
C 70 à 75 hors 7087 tous CR	Total des produits courants d'exploitation entité juridique (hors	137 958 771	144 531 021	148 263 183	149 720 316	151 229 407	152 668 773	154 119 122		
<i>Taux de marge brute entité juridique</i>		7,25%	6,21%	6,63%	6,61%	6,41%	6,15%	5,89%		
3°) Evolution des résultats d'exploitation - compte principal et compte consolidé										
Résultat comptable CRP		-2 174 254	-1 760 656	-1 070 382	-162 794	278 347	713 381	189 040		
Total des produits CRP		123 373 045	129 965 468	132 800 992	134 067 228	135 311 691	136 481 273	137 656 130		
Résultat comptable CRP en % des produits		-1,76%	-1,35%	-0,81%	-0,12%	0,21%	0,52%	0,14%		
Résultat comptable consolidé (tous CR confondus)		-1 673 252	-1 235 244	-1 070 382	-162 794	278 347	713 381	189 040		
Total des produits consolidés		146 320 468	153 608 413	157 279 573	158 904 480	160 502 667	162 032 020	163 573 256		
Résultat comptable consolidé en % des produits		-1,1%	-0,8%	-0,7%	-0,1%	0,2%	0,4%	0,1%		
4°) Evolution de la charge de la dette										
Total charge annuelle de la dette		7 739 704	7 993 422	8 959 892	8 214 722	8 286 465	8 120 420	7 840 217		
T1 emplois TF - hors 16449	<i>Dont remboursement contractuel du capital des dettes financières (hors options afférentes à une opération de tirage sur une ligne de trésorerie)</i>	5 961 134	6 336 323	6 841 980	6 456 934	6 644 154	6 590 604	6 416 299		
C 66 tous CR	<i>Dont charges financières entité juridique</i>	1 778 570	1 657 099	2 117 912	1 757 788	1 642 312	1 529 815	1 423 918		
Total charge annuelle de la dette en % des produits courants		5,6%	5,5%	6,0%	5,5%	5,5%	5,3%	5,1%		
Encours de la dette en capital		49 678 837	48 352 593	53 450 614	50 681 680	47 931 659	45 441 321	43 331 421		
<i>Encours de la dette en capital en % des produits consolidés</i>		33,95%	31,48%	33,98%	31,89%	29,86%	28,04%	26,49%		
Marge brute disponible après paiement charge annuelle de la dette		2 259 015	980 403	871 946	1 686 019	1 405 140	1 270 539	1 239 006		
Marge brute disponible en % des produits courants d'exploitation		1,64%	0,68%	0,59%	1,13%	0,93%	0,83%	0,80%		
5°) Tableau de financement										
Total Ressources		13 103 967	12 385 127	17 992 704	10 917 168	10 826 951	10 642 276	10 250 908		
1°) Ressources hors dette		7 943 827	7 375 587	9 052 704	7 825 168	7 734 951	7 550 276	7 158 908		
<i>Dont CAF</i>		7 070 685	6 804 038	7 401 168	7 825 168	7 734 951	7 550 276	7 158 908		
<i>CAF en % des produits</i>		4,83%	4,43%	4,71%	4,92%	4,82%	4,66%	4,38%		
<i>Dont cessions d'actifs</i>		44 980	1 500	0	0	0	0	0		
<i>Dont dotations et subventions investissements</i>		828 162	570 049	1 651 537	0	0	0	0		
<i>Dont autres ressources</i>										
C 775 T3 ressources TF										
T2 ressources TF										
T3 ressources TF hors 775										
T1 ressources TF										
2°) Endettement		5 160 140	5 009 540	8 940 000	3 092 000	3 092 000	3 092 000	3 092 000		
Total Emplois		11 627 905	13 063 290	12 361 533	9 548 934	9 736 154	9 682 604	9 508 299		
T1 emplois TF - hors 16449	Remboursement dette financière	5 961 134	6 336 323	6 841 980	6 456 934	6 644 154	6 590 604	6 416 299		
T2 emploi TF	Immobilisations	5 606 770	6 724 567	5 519 553	3 092 000	3 092 000	3 092 000	3 092 000		
<i>Dont opérations courantes</i>		3 663 517	3 353 720	5 111 679	3 092 000	3 092 000	3 092 000	3 092 000		
<i>Dont opérations majeures</i>		1 943 254	3 370 848	407 874	0	0	0	0		
T3 emplois TF	Autres emplois	60 000	2 400	0	0	0	0	0		
Evolution du FRNG sur l'exercice		1 476 062	-677 263	5 631 172	1 368 234	1 090 797	959 672	742 610		
Niveau du FRNG 31/12		13 404 055	12 726 791	18 357 963	19 726 197	20 816 995	21 776 667	22 519 276		
<i>FRNG en nbre de jours de charges courantes</i>		34,14	30,55	42,96	45,82	47,81	49,46	50,57		
Niveau du BFR 31/12		14 326 106	12 291 928	12 000 000	12 000 000	12 000 000	12 000 000	12 000 000		
<i>BFR en nbre de jours de charges courantes</i>		36,48	29,50	28,08	27,87	27,56	27,25	26,95		
Niveau de la Trésorerie 31/12		-922 052	434 863	6 357 963	7 726 197	8 816 995	9 776 667	10 519 276		
<i>Trésorerie en nbre de jours de charges courantes</i>		-2,35	1,04	14,88	17,94	20,25	22,20	23,62		

7 535 864

0

Hors rbr Emprunt toxique (3 010 404,21)

Hors Renégociation Emprunt (3 010 404,21)

**PIECE N°3 : SUIVI DES EFFECTIFS PERSONNELS
NON MEDICAL (CRP) LOURDES ET BIGORRE**

STATUT / GRADE / QUALIFICAT ION	Moy annuelle	DECEMBRE	Prév. 14	JANVIER	FEVRIER	MARS	AVRIL	MAI	JUIN	JUILLET	AOÛT	SEPTEMBRE	OCTOBRE	NOVEMBRE	DECEMBRE	moyenne mensuelle 01 à 12
		ETP Rém 13	ETP Rémun.	ETP Rém 14												
TITULAIRES	ETP Rém 13	ETP Rém 13	ETP Rémun.	ETP Rém 14												
Personnel Ad	44,97	44,71	47,90	42,71	42,71	42,71	51,57	50,57	50,57	49,57	49,57	49,57	48,57	48,57	48,57	47,94
Personnel de	5,00	5,00	7,50	6,00	6,87	7,00	7,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	10,00	10,00	10,00	8,07
Personnel Mé	22,04	21,89	21,55	22,89	22,89	22,89	22,89	21,89	21,89	21,03	21,03	21,03	21,03	21,03	21,03	21,79
Personnel So	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00
Personnel Sol	270,67	273,40	280,26	278,16	281,81	282,04	278,11	276,95	276,52	276,29	278,78	275,30	276,45	276,31	277,31	277,83
Personnel Tec	55,39	56,43	63,15	58,57	63,43	62,43	63,43	63,43	61,93	61,23	61,43	62,20	62,43	62,43	62,43	62,11
TOTAL 1	402,07	405,43	424,37	412,33	421,70	421,07	426,99	424,83	422,90	420,12	422,81	420,09	422,48	422,33	423,33	421,75
CDI PERMANENTS - ST 20																
Personnel Ad	10,29	10,46	3,86	10,46	10,46	10,46	1,60	1,60	1,60	1,60	1,60	1,46	1,46	1,46	1,46	3,77
Personnel de	1,52	1,00	0,17	1,00	0,13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,09
Personnel Mé	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,00
Personnel So	0,00	-	0,30	0,30	0,30	0,30	0,30	0,30	0,30	-	-	-	-	-	-	0,15
Personnel Sol	1,04	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Personnel Tec	7,70	6,75	3,92	5,75	2,45	2,45	2,45	2,45	2,45	2,45	2,45	2,45	2,45	2,45	2,45	2,73
TOTAL 2	20,55	19,21	9,24	18,51	14,34	14,21	5,35	5,35	5,35	5,05	5,05	4,91	4,91	4,91	4,91	7,74
TOTAL 1+ 2	422,62	424,64	433,61	430,84	436,04	435,27	432,34	430,18	428,25	425,17	427,86	425,00	427,38	427,24	428,24	429,49
CDD PERMANENTS - ST 22																
Personnel Ad	1,00	1,00	3,75	1,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	3,75
Personnel de	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	-	0,97	1,00	1,00	1,00	-	-	-	0,66
Personnel Mé	1,00	1,00	1,92	1,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,92
Personnel So	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,16	0,30	0,30	0,30	0,30	0,30	0,14
Personnel Sol	7,64	8,24	4,31	4,00	5,25	5,25	6,25	6,25	6,25	7,25	7,15	8,25	8,25	8,25	7,18	6,63
Personnel Tec	8,16	8,70	10,83	6,70	11,50	11,50	11,50	11,30	11,20	11,50	11,50	11,50	11,50	11,50	11,50	11,06
TOTAL 3	18,79	19,94	21,80	13,70	23,75	23,75	24,75	23,55	24,42	25,91	25,95	27,05	26,05	26,05	24,98	24,16
CDD REMPLACANTS - ST 25																
Personnel Ad	6,54	7,50	4,75	7,50	4,50	4,50	4,50	4,50	4,50	4,50	3,50	3,50	3,50	3,50	4,00	4,38
Personnel de	1,00	1,00	1,33	2,00	1,90	2,00	2,00	2,00	0,70	1,00	1,00	1,00	-	-	-	1,13
Personnel Mé	2,36	2,50	0,33	1,25	0,25	0,25	0,25	0,25	0,25	0,50	0,50	0,50	0,50	0,50	0,50	0,46
Personnel So	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,00
Personnel Sol	15,61	13,46	8,81	12,46	8,21	7,04	7,21	7,21	8,21	7,21	8,21	8,37	9,21	8,61	9,52	8,45
Personnel Tec	13,19	13,50	6,63	13,50	7,00	6,00	6,00	6,00	6,00	6,00	6,00	6,00	6,00	6,00	6,00	6,71
TOTAL 4	38,70	37,96	21,85	36,71	21,86	19,79	19,96	19,96	19,66	19,21	19,21	19,37	19,21	18,61	20,02	21,13
Contrats soumis à dispositions particulières																
Personnel Ad	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Personnel de	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,00
Personnel Mé	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,00
Personnel So	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,00
Personnel Sol	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,00
Personnel Tec	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,00
Divers	0,32	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	4,00	4,87	5,00	5,00	5,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,07
TOTAL 5	1,32	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	5,00	5,87	6,00	6,00	6,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,07
Personnel Ad	63,80	64,67	61,25	62,67	62,67	62,67	62,67	61,67	61,67	60,67	59,67	59,53	58,53	58,53	59,03	60,83
Personnel de	8,52	8,00	10,00	10,00	9,90	10,00	10,00	10,00	9,67	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	9,96
Personnel Mé	25,40	25,39	23,80	25,14	25,14	25,14	25,14	24,14	24,14	23,53	23,53	23,53	23,53	23,53	23,53	24,17
Personnel So	4,00	4,00	4,30	4,16	4,30	4,30	4,30	4,30	4,30	4,29						
Personnel Sol	294,96	296,10	294,39	295,62	296,26	295,33	292,56	291,41	291,97	291,75	295,13	292,92	294,91	294,16	295,01	293,92
Personnel Tec	84,44	85,38	84,52	84,52	84,38	82,38	83,38	83,18	81,58	81,18	81,38	82,15	82,38	82,38	82,38	82,60
Divers	0,32	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	4,00	4,87	5,00	5,00	5,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,07
TOTAL GENE	481,43	486,54	481,26	485,25	485,65	482,81	482,05	479,56	478,32	476,29	479,01	476,42	477,64	476,90	478,25	479,85

ctrl	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Prev BUDGET				485,25	486,25	484,25	483,25	482,25	482,25	479,95	479,95	478,95	477,95	477,95	476,95	481,26
Ecart				-	-	0,60	-	1,43	-	1,20	-	2,69	-	3,92	-	-1,42

PNM	Janvier 2013	Janvier 2014	Février 2013	Février 2014	Mars 2013	Mars 2014	Avril 2013	Avril 2014	Mai 2013	Mai 2014	Juin 2013	Juin 2014	Juillet 2013	Juillet 2014	Août 2013	Août 2014	Septembre 2013	Septembre 2014	
631	Taxes sur les salaires	100 066 €	101 012 €	86 834 €	89 944 €	101 768 €	102 621 €	94 291 €	99 409 €	95 325 €	98 029 €	94 521 €	96 949 €	93 929 €	96 643 €	97 411 €	95 008 €	97 310 €	97 622 €
633	Impôts, taxes et versements assimilés (autres organismes)	46 412 €	46 915 €	43 677 €	45 244 €	53 683 €	47 777 €	45 045 €	47 033 €	45 261 €	46 267 €	45 846 €	52 375 €	46 187 €	46 203 €	46 745 €	46 109 €	46 423 €	45 972 €
Dont	Vers Transport	2 581 €	2 691 €	2 491 €	2 681 €	2 991 €	2 784 €	2 614 €	2 742 €	2 635 €	2 688 €	2 640 €	2 686 €	2 680 €	2 678 €	2 741 €	2 673 €	2 709 €	2 656 €
	ANFH	25 249 €	25 562 €	23 476 €	24 333 €	25 926 €	25 845 €	24 329 €	25 445 €	24 423 €	25 068 €	24 876 €	25 291 €	24 949 €	25 050 €	25 189 €	24 981 €	25 064 €	24 923 €
	FEH	9 228 €	9 208 €	8 945 €	9 190 €	9 630 €	9 528 €	9 042 €	9 371 €	9 104 €	9 190 €	9 106 €	9 184 €	9 272 €	9 166 €	9 402 €	9 167 €	9 316 €	9 136 €
	FMEP	6 587 €	6 668 €	6 085 €	6 265 €	6 763 €	6 742 €	6 347 €	6 638 €	6 371 €	6 539 €	6 489 €	6 598 €	6 509 €	6 535 €	6 571 €	6 517 €	6 538 €	6 502 €
	CSA	2 768 €	2 785 €	2 680 €	2 775 €	8 373 €	2 878 €	2 713 €	2 837 €	2 729 €	2 782 €	2 735 €	2 780 €	2 778 €	2 775 €	2 841 €	2 772 €	2 796 €	2 755 €
6411	Titulaires et Stagiaires	948 042 €	976 652 €	900 392 €	964 255 €	972 610 €	1 014 939 €	923 855 €	1 007 634 €	921 465 €	988 873 €	944 391 €	995 508 €	945 766 €	982 515 €	942 161 €	981 305 €	942 450 €	976 315 €
Dont	Indemnités (64118)	180 521 €	189 906 €	155 133 €	162 885 €	156 933 €	165 917 €	160 190 €	169 436 €	157 140 €	167 199 €	175 678 €	178 023 €	162 553 €	169 288 €	148 448 €	164 877 €	162 922 €	169 401 €
6413	CDI	42 532 €	38 841 €	43 646 €	30 313 €	40 259 €	29 006 €	41 096 €	14 244 €	42 591 €	14 488 €	43 314 €	14 343 €	40 744 €	13 688 €	39 591 €	13 688 €	39 561 €	13 447 €
6415	CDD	106 946 €	89 742 €	100 177 €	79 116 €	99 508 €	74 012 €	92 956 €	77 406 €	98 167 €	77 543 €	91 305 €	80 033 €	95 711 €	82 631 €	99 650 €	80 834 €	104 675 €	84 672 €
6416	Emplois-Aidés	1 000 €	5 542 €	1 000 €	5 414 €	1 000 €	5 134 €	4 200 €	7 282 €	1 400 €	8 269 €	1 400 €	8 768 €	800 €	9 180 €	800 €	7 664 €	800 €	6 269 €
	Sous-total Rém	1 098 520 €	1 110 777 €	1 045 215 €	1 079 098 €	1 113 377 €	1 123 090 €	1 062 108 €	1 106 566 €	1 063 623 €	1 089 172 €	1 080 409 €	1 098 651 €	1 083 021 €	1 088 014 €	1 082 202 €	1 083 491 €	1 087 486 €	1 080 703 €
6451	Charges de SS	416 608 €	439 779 €	405 803 €	452 943 €	464 321 €	464 629 €	436 380 €	451 244 €	427 315 €	442 278 €	421 722 €	441 932 €	444 063 €	440 805 €	448 894 €	440 707 €	430 612 €	438 424 €
Dont	URSSAFF	167 881 €	174 190 €	161 696 €	170 819 €	200 049 €	175 683 €	171 282 €	171 299 €	173 191 €	168 294 €	172 706 €	168 600 €	175 396 €	168 713 €	179 420 €	168 096 €	177 564 €	167 999 €
	IRCANTEC	5 577 €	5 307 €	5 336 €	4 468 €	5 253 €	4 220 €	4 888 €	3 894 €	5 157 €	3 947 €	5 084 €	4 065 €	5 159 €	4 149 €	5 273 €	4 048 €	5 459 €	4 161 €
	ASSEDIC	9 424 €		8 967 €		8 855 €		8 408 €		8 904 €		8 556 €		8 692 €		8 895 €		9 192 €	
	CNRACL cor	227 511 €	242 478 €	221 239 €	247 400 €	241 867 €	259 617 €	226 405 €	258 613 €	232 659 €	252 646 €	227 915 €	251 727 €	232 325 €	250 403 €	235 098 €	251 211 €	231 190 €	248 939 €
	CNRACL Val	- €	- €	- €	10 880 €	- €	6 979 €	17 955 €	- €	6 632 €	- €	- €	- €	14 977 €	- €	12 656 €	- €	- €	- €
	RAFP	6 214 €	9 045 €	8 566 €	8 030 €	8 297 €	8 039 €	7 441 €	7 899 €	7 404 €	7 855 €	7 460 €	3 194 €	7 514 €	3 194 €	7 551 €	3 206 €	7 207 €	3 174 €
	ATIACL		3 155 €		3 298 €		3 294 €		3 227 €		3 209 €		4 626 €		4 591 €		4 620 €		4 591 €
647	AUTRES CHARGES	21 129 €	21 557 €	19 608 €	20 680 €	22 151 €	21 662 €	20 723 €	21 571 €	20 812 €	21 260 €	21 110 €	21 397 €	21 102 €	21 226 €	21 484 €	21 174 €	21 307 €	21 086 €
Dont	FNAL	4 460 €	4 642 €	4 309 €	4 625 €	5 142 €	4 797 €	4 522 €	4 729 €	4 548 €	4 636 €	4 557 €	4 633 €	4 630 €	4 626 €	4 735 €	4 620 €	4 661 €	4 591 €
	Arbre Noël																		
	Alloc Chômage																		
	OSM	6 369 €	16 915 €	15 299 €	15 862 €	17 009 €	16 865 €	16 201 €	16 842 €	16 264 €	16 624 €	16 552 €	16 764 €	16 472 €	16 600 €	16 749 €	16 554 €	16 646 €	16 494 €
648	Autres Charges de personnel	1 435 €	1 445 €	4 339 €	1 445 €	1 496 €	1 445 €	1 621 €	1 917 €	1 612 €	1 445 €	1 727 €	1 925 €	1 598 €	1 445 €	1 610 €	1 445 €	1 440 €	2 937 €
	TOTAL PNM	1 684 171 €	1 721 485 €	1 581 664 €	1 689 355 €	1 766 197 €	1 761 226 €	1 660 168 €	1 727 739 €	1 653 948 €	1 698 451 €	1 665 335 €	1 713 230 €	1 689 900 €	1 694 338 €	1 701 795 €	1 687 934 €	1 684 578 €	1 686 744 €
	Dont Charges Hors validations	585 651 €	610 708 €	560 261 €	599 377 €	643 420 €	631 157 €	580 105 €	600 574 €	583 692 €	609 279 €	584 926 €	612 177 €	591 902 €	603 921 €	603 489 €	604 444 €	597 092 €	606 041 €
	Dont Rémunérations	1 098 520 €	1 110 777 €	1 045 215 €	1 079 098 €	1 113 377 €	1 123 090 €	1 062 108 €	1 106 566 €	1 063 623 €	1 089 172 €	1 080 409 €	1 098 651 €	1 083 021 €	1 088 014 €	1 082 202 €	1 083 491 €	1 087 486 €	1 080 703 €
dt Validation de services		- €	- €	- €	10 880 €	9 400 €	6 979 €	17 955 €	- €	6 632 €	- €	- €	- €	14 977 €	- €	12 656 €	- €	- €	- €
PNM HORS VALID		1 684 171 €	1 721 485 €	1 581 664 €	1 678 475 €	1 766 197 €	1 754 247 €	1 642 212 €	1 707 140 €	1 647 315 €	1 698 451 €	1 665 335 €	1 710 828 €	1 674 923 €	1 691 935 €	1 689 139 €	1 687 934 €	1 684 578 €	1 686 744 €



CENTRE HOSPITALIER DE LOURDES

T3

PNM	2011	2012	2013	2014	ECART 2014 / 2013		Validation de services				HORS Validation				ECART 2014 / 2013 HORS VALIDATION	
					Valeur	%	2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014	Valeur	%
Janvier	1 626	1 620	1 684	1 721	37	2,2%	-	23	-	-	1 626	1 597	1 684	1 721	37	2,2%
Février	1 603	1 580	1 582	1 689	107	6,8%	14	16	-	11	1 589	1 564	1 582	1 678	96	6,1%
Mars	1 610	1 593	1 766	1 761	5	-0,3%	9	16	-	7	1 601	1 577	1 766	1 754	12	-0,7%
Avril	1 647	1 605	1 660	1 728	68	4,1%	34	3	18		1 613	1 602	1 642	1 728	86	5,2%
Mai	1 595	1 621	1 654	1 698	44	2,7%	0	29	7	-	1 595	1 592	1 647	1 698	51	3,1%
Juin	1 598	1 647	1 665	1 713	48	2,9%	16	28	-	-	1 582	1 619	1 665	1 713	48	2,9%
Juillet	1 701	1 710	1 690	1 694	4	0,2%	9	39	15	-	1 692	1 671	1 675	1 694	19	1,1%
Août	1 685	1 640	1 702	1 688	14	-0,8%	37	16	13	-	1 648	1 624	1 689	1 688	1	0,0%
Septembre	1 623	1 654	1 685	1 687	2	0,1%	24	26	-	-	1 599	1 628	1 685	1 687	2	0,1%
Octobre	1 574	1 679	1 756	1 701	55	-3,1%	-	5	83	-	1 574	1 675	1 673	1 701	28	1,7%
Novembre	1 587	1 610	1 694	1 744	50	3,0%	18	-		-	1 569	1 610	1 694	1 744	50	3,0%
Décembre	2 671	2 669	2 748	2 777	29	1,1%	16		16		2 655	2 669	2 732			
A fin Sept	17 849	17 959	21 285	21 601	316	1,5%	176	201	152	18	20 344	20 427	21 133	18 806	405	1,9%

Tableau T1

Personnel Non Médical - Suivi mensuel des Effectifs - ETP rémunérés

2014

STATUT / CATEGORIE	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre	MOYENNE
TITULAIRES et STAGIAIRES													
Personnel administratif	161,53	161,93	160,82	174,44	178,49	175,53	174,29	174,75	175,11	175,53	172,80	173,59	171,57
Personnel soignant	759,79	762,33	760,60	767,12	770,69	768,52	763,32	753,20	755,10	752,54	749,38	744,92	758,96
Personnel de rééducation	18,49	18,49	18,32	18,31	18,34	18,30	18,33	18,34	17,49	17,42	17,46	17,49	18,07
Personnel socio-éducatif	8,96	8,80	7,91	7,87	7,91	7,90	7,91	7,91	7,91	7,91	7,89	7,91	8,07
Personnel médico-technique	78,71	78,20	77,98	78,87	76,60	78,07	78,41	79,70	77,99	76,10	74,75	73,93	77,44
Personnel technique	143,40	147,20	146,03	146,62	146,36	146,12	145,22	145,86	146,19	145,73	145,02	138,90	145,22
Total 1	1 170,88	1 176,95	1 171,66	1 193,23	1 198,39	1 194,44	1 187,48	1 179,76	1 179,79	1 175,23	1 167,30	1 156,74	1 179,32
CDI PERMANENTS - ST 20													
Personnel administratif	13,37	13,37	13,37	2,12	1,66	1,66	-1,84	1,16	1,16	1,16	1,16	1,16	4,13
Personnel soignant (MT)	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Personnel de rééducation	0,25	0,25	0,25	0,25	0,25	0,25	0,25	0,25	0,25	0,25	0,25	2,41	0,43
Personnel socio-éducatif	1,06	1,06	1,06	1,06	1,06	1,06	1,06	1,06	1,06	1,06	1,06	1,06	1,06
Personnel médico-technique													0,00
Personnel technique	5,89	2,82	2,86	2,86	2,86	2,86	2,86	2,86	2,00	2,00	2,00	2,00	2,82
Total 2	21,57	18,50	18,54	7,29	6,83	6,83	3,33	6,33	5,47	5,47	5,47	7,63	9,44
CDD PERMANENTS - ST 22													
Personnel administratif	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	3,50	0,50	0,50	0,50	0,50	0,50	1,00
Personnel soignant	7,43	6,98	5,97	1,00	3,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,00	2,53	4,00	3,08
Personnel de rééducation	0,31	0,31	0,31	0,31	0,31	0,31	0,31	0,31	0,31	0,31	0,31	0,31	0,31
Personnel socio-éducatif													0,00
Personnel médico-technique											1,87	2,00	0,32
Personnel technique													0,00
Total 3	8,74	8,29	7,28	2,31	4,31	3,31	4,81	1,81	1,81	1,81	5,21	6,81	4,71
CDD REMPLACANTS - ST 25													
Personnel administratif	13,71	14,85	14,71	12,17	10,66	10,36	10,36	10,44	10,36	10,36	10,54	12,65	11,76
Personnel soignant	39,52	42,99	42,56	35,87	33,10	34,40	35,73	38,02	35,40	35,02	35,83	37,16	37,13
Personnel de rééducation	1,08	1,08	1,08	1,08	1,08	1,08	1,08	1,08	1,08	1,08	1,08	-1,08	0,90
Personnel socio-éducatif	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	4,00	3,12	2,10	4,52
Personnel médico-technique	5,00	5,87	6,00	6,00	7,10	6,83	7,70	7,00	6,00	6,83	6,00	8,63	6,58
Personnel technique	13,00	9,50	9,50	9,50	9,50	10,00	9,62	9,77	9,00	7,63	7,50	6,07	9,22
Total 4	77,31	79,29	78,85	69,62	66,44	67,67	69,49	71,31	66,84	64,92	64,07	65,53	70,11
Contrat soumis à dispositions particulières													
Personnel administratif	3,57	2,57	3,14	3,14	4,60	7,97	8,80	10,13	9,93	8,00	8,00	7,99	6,49
Personnel service de soins	1,97	2,23	2,00	2,00	2,00	2,00	1,67	1,33	2,00	2,00	2,00	2,00	1,93
Personnel médico-technique	1,14	1,14	0,57	0,57					1,00	1,00	1,00	1,00	0,62
Personnel technique	7,66	7,10	9,70	10,00	13,00	10,56	10,63	9,75	8,33	9,08	9,84	8,84	9,54
Total 5	14,34	13,04	15,41	15,71	19,60	20,53	21,10	21,21	21,26	20,08	20,84	19,83	18,58
Ss Personnel administratif	193,18	193,72	193,04	192,87	196,41	196,52	195,11	196,98	197,06	195,55	193,00	195,89	194,94
<i>dont Assist Médico-Adm</i>	<i>103,21</i>	<i>104,94</i>	<i>104,10</i>	<i>104,48</i>	<i>104,37</i>	<i>103,69</i>	<i>101,20</i>	<i>101,75</i>	<i>101,82</i>	<i>102,24</i>	<i>101,35</i>	<i>101,73</i>	<i>102,91</i>
Ss Personnel soignant	809,71	815,53	812,13	806,99	809,79	807,92	802,72	794,55	794,50	791,56	790,74	789,08	802,10
<i>dont IDE + spécialisées</i>	<i>369,50</i>	<i>372,50</i>	<i>371,03</i>	<i>370,53</i>	<i>369,74</i>	<i>368,32</i>	<i>370,35</i>	<i>368,86</i>	<i>367,34</i>	<i>365,82</i>	<i>366,04</i>	<i>363,17</i>	<i>368,60</i>
<i>dont AS</i>	<i>329,28</i>	<i>331,98</i>	<i>330,52</i>	<i>327,63</i>	<i>328,82</i>	<i>329,24</i>	<i>324,52</i>	<i>319,69</i>	<i>321,61</i>	<i>320,53</i>	<i>319,74</i>	<i>320,40</i>	<i>325,33</i>
Ss Personnel de rééducation	20,13	20,13	19,96	19,95	19,98	19,94	19,97	19,98	19,13	19,06	19,10	19,13	19,71
Ss Personnel socio-éducatif	15,02	14,86	13,97	13,93	13,97	13,96	13,97	13,97	13,97	12,97	12,07	11,07	13,64
Ss Personnel médico-technique	84,85	85,21	84,55	85,44	83,70	84,90	86,11	86,70	84,99	83,93	83,62	85,56	84,96
Ss Personnel technique	169,95	166,62	168,09	168,98	171,72	169,54	168,33	168,24	165,52	164,44	164,36	155,81	166,80
<i>dont Conduct. Ambul.</i>	<i>22,86</i>	<i>23,36</i>	<i>23,35</i>	<i>23,33</i>	<i>23,35</i>	<i>23,83</i>	<i>23,85</i>	<i>23,86</i>	<i>23,94</i>	<i>23,50</i>	<i>23,49</i>	<i>23,50</i>	<i>23,52</i>
TOTAL GENERAL (1+2+3+4)	1 292,84	1 296,07	1 291,74	1 288,16	1 295,57	1 292,78	1 286,21	1 280,42	1 275,17	1 267,51	1 262,89	1 256,54	1 282,16



CENTRE HOSPITALIER DE BIGORRE
T2

EPRD 2014 : 58 660 036 €

PNM		Janvier 2013	Janvier 2014	Février 2013	Février 2014	Mars 2013	Mars 2014	Avril 2013	Avril 2014	Mai 2013	Mai 2014	Juin 2013	Juin 2014	Juillet 2013	Juillet 2014	Août 2013	Août 2014	Septembre 2013	Septembre 2014
631	Taxes sur les salaires	274 389 €	286 466 €	273 060 €	261 418 €	274 091 €	269 132 €	266 723 €	257 523 €	260 833 €	262 247 €	265 069 €	268 792 €	263 583 €	261 584 €	258 968 €	259 263 €	258 334 €	260 950 €
633	Impôts, taxes et versements assimilés (autres organismes)	140 243 €	142 631 €	140 391 €	138 542 €	143 123 €	141 520 €	136 614 €	135 462 €	138 642 €	139 066 €	139 263 €	151 488 €	139 760 €	138 397 €	138 942 €	137 504 €	138 600 €	137 094 €
Dont	Vers Transport	21 199 €	21 296 €	21 335 €	21 380 €	22 175 €	21 912 €	21 265 €	21 604 €	21 492 €	21 499 €	21 340 €	21 421 €	21 597 €	21 317 €	21 586 €	21 210 €	21 441 €	21 079 €
	ANFH	68 673 €	70 615 €	68 602 €	67 156 €	69 077 €	68 467 €	65 951 €	64 660 €	67 005 €	67 416 €	67 810 €	68 513 €	67 752 €	67 300 €	67 143 €	66 801 €	67 104 €	66 718 €
	FEH	24 964 €	24 797 €	25 044 €	24 960 €	26 034 €	25 559 €	24 971 €	25 189 €	25 106 €	24 996 €	24 933 €	24 848 €	25 151 €	24 715 €	25 120 €	24 595 €	25 013 €	24 471 €
	FMEP	17 915 €	18 421 €	17 896 €	17 519 €	18 020 €	17 861 €	16 944 €	16 390 €	17 480 €	17 587 €	17 690 €	17 873 €	17 674 €	17 557 €	17 515 €	17 427 €	17 505 €	17 405 €
	CSA	7 492 €	7 501 €	7 514 €	7 526 €	7 817 €	7 721 €	7 483 €	7 619 €	7 559 €	7 568 €	7 490 €	7 544 €	7 585 €	7 509 €	7 578 €	7 471 €	7 537 €	7 420 €
													11 288 €	- €	- €	- €	- €	- €	- €
6411	Titulaires et Stagiaires	2 764 226 €	2 854 078 €	2 764 172 €	2 721 926 €	2 780 341 €	2 766 175 €	2 688 723 €	2 701 295 €	2 699 667 €	2 767 904 €	2 727 317 €	2 810 494 €	2 719 768 €	2 754 733 €	2 694 150 €	2 731 906 €	2 680 691 €	2 735 151 €
Dont	Indemnités (64118)	505 949 €	585 935 €	496 633 €	422 069 €	420 038 €	413 536 €	428 610 €	433 685 €	420 107 €	425 209 €	466 881 €	485 403 €	439 234 €	442 809 €	413 589 €	431 883 €	422 676 €	441 761 €
6413	CDI	48 028 €	42 859 €	46 224 €	37 158 €	45 470 €	37 432 €	44 895 €	19 080 €	45 410 €	18 183 €	44 680 €	18 421 €	45 177 €	12 436 €	44 911 €	17 545 €	44 311 €	15 984 €
6415	CDD	175 385 €	158 318 €	176 471 €	162 620 €	181 498 €	153 971 €	167 070 €	126 485 €	172 483 €	125 236 €	176 681 €	127 440 €	173 508 €	132 981 €	177 115 €	129 736 €	184 061 €	123 610 €
6416	Emplois-Aidés	2 105 €	21 648 €	2 248 €	19 782 €	3 378 €	23 194 €	2 248 €	23 523 €	5 823 €	27 077 €	6 927 €	28 695 €	13 452 €	29 015 €	16 623 €	29 302 €	14 707 €	29 846 €
	Sous-total Rém	2 989 745 €	3 076 903 €	2 989 115 €	2 941 487 €	3 010 687 €	2 980 771 €	2 902 936 €	2 870 384 €	2 923 383 €	2 938 400 €	2 955 606 €	2 985 050 €	2 951 906 €	2 929 164 €	2 932 799 €	2 908 488 €	2 923 770 €	2 904 592 €
6451	Charges de SS	1 202 574 €	1 175 109 €	1 192 567 €	1 282 605 €	1 195 556 €	1 240 491 €	1 193 632 €	1 262 113 €	1 181 887 €	1 196 347 €	1 228 107 €	1 219 192 €	1 180 775 €	1 207 159 €	1 208 525 €	1 176 691 €	1 171 828 €	1 170 634 €
Dont	URSSAFF	449 684 €	440 459 €	450 782 €	441 844 €	468 191 €	451 711 €	447 179 €	439 816 €	452 239 €	436 027 €	448 442 €	434 788 €	452 764 €	432 905 €	451 924 €	430 872 €	451 077 €	427 189 €
	IRCANTEC	9 578 €	9 843 €	9 635 €	9 626 €	9 825 €	9 513 €	8 995 €	7 799 €	9 539 €	7 846 €	9 665 €	8 004 €	9 969 €	8 204 €	10 076 €	8 125 €	10 263 €	7 891 €
	CNRACL cot	658 974 €	696 123 €	662 505 €	702 721 €	689 917 €	722 878 €	665 390 €	725 684 €	665 418 €	720 646 €	659 952 €	715 253 €	666 287 €	711 000 €	665 429 €	706 981 €	659 923 €	705 224 €
	CNRACL Val	58 336 €	1 557 €	41 751 €	101 047 €	- €	28 709 €	29 141 €	45 111 €	23 858 €	- €	79 445 €	29 752 €	20 955 €	23 863 €	50 623 €	- €	20 743 €	- €
	RAFP	17 144 €	18 230 €	18 999 €	18 405 €	18 359 €	18 458 €	34 003 €	34 447 €	21 904 €	22 642 €	21 743 €	22 274 €	21 852 €	21 536 €	21 691 €	20 964 €	21 334 €	21 334 €
	ATIACL	8 857 €	8 897 €	8 895 €	8 963 €	9 263 €	9 222 €	8 924 €	9 256 €	8 928 €	9 186 €	8 860 €	9 122 €	8 947 €	9 071 €	8 937 €	9 021 €	8 857 €	8 997 €
647	AUTRES CHARGES	59 426 €	62 833 €	60 673 €	61 754 €	60 968 €	60 583 €	44 812 €	42 954 €	59 779 €	58 922 €	59 102 €	60 179 €	60 209 €	59 474 €	59 424 €	59 829 €	61 331 €	59 451 €
Dont	FNAL	12 486 €	12 501 €	12 523 €	12 539 €	13 026 €	12 863 €	12 471 €	12 698 €	12 598 €	12 612 €	12 483 €	12 573 €	12 641 €	12 515 €	12 630 €	12 451 €	12 561 €	12 366 €
	Arbre Noël	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €
	Alloc Chômage	1 594 €	3 731 €	2 355 €	4 448 €	2 366 €	2 636 €	2 619 €	2 854 €	2 535 €	1 399 €	1 433 €	2 145 €	2 417 €	2 121 €	2 275 €	2 873 €	4 071 €	2 605 €
	OSM	45 346 €	46 601 €	45 795 €	44 766 €	45 576 €	45 084 €	29 723 €	27 402 €	44 647 €	44 911 €	45 187 €	45 461 €	45 151 €	44 838 €	44 518 €	44 506 €	44 699 €	44 479 €
648	Autres Charges de personnel	- €	- €	3 159 €	128 €	88 €	3 967 €	7 €	2 061 €	6 353 €	322 €	5 169 €	3 084 €	184 €	389 €	1 247 €	- €	404 €	138 €
	TOTAL PNM	4 666 378 €	4 743 942 €	4 658 963 €	4 685 934 €	4 684 513 €	4 696 463 €	4 544 725 €	4 570 497 €	4 570 877 €	4 595 303 €	4 652 315 €	4 687 786 €	4 596 417 €	4 596 167 €	4 599 905 €	4 541 775 €	4 554 268 €	4 532 859 €
	Dont Charges Hors validations	1 618 297 €	1 665 482 €	1 628 097 €	1 643 401 €	1 673 826 €	1 686 983 €	1 612 648 €	1 655 001 €	1 623 635 €	1 656 903 €	1 617 264 €	1 672 984 €	1 623 555 €	1 643 140 €	1 616 483 €	1 633 287 €	1 609 755 €	1 628 267 €
	Dont Rémunérations	2 989 745 €	3 076 903 €	2 989 115 €	2 941 487 €	3 010 687 €	2 980 771 €	2 902 936 €	2 870 384 €	2 923 383 €	2 938 400 €	2 955 606 €	2 985 050 €	2 951 906 €	2 929 164 €	2 932 799 €	2 908 488 €	2 923 770 €	2 904 592 €
dt Validation de services		58 336 €	1 557 €	41 751 €	101 047 €	- €	28 709 €	29 141 €	45 111 €	23 858 €	- €	79 445 €	29 752 €	20 955 €	23 863 €	50 623 €	- €	20 743 €	- €
PNM HORS VALID		4 608 042 €	4 742 385 €	4 617 212 €	4 584 887 €	4 684 513 €	4 667 754 €	4 515 584 €	4 525 386 €	4 547 018 €	4 595 303 €	4 572 871 €	4 658 034 €	4 575 462 €	4 572 304 €	4 549 281 €	4 541 775 €	4 533 528 €	4 532 859 €



CENTRE HOSPITALIER DE BIGORRE

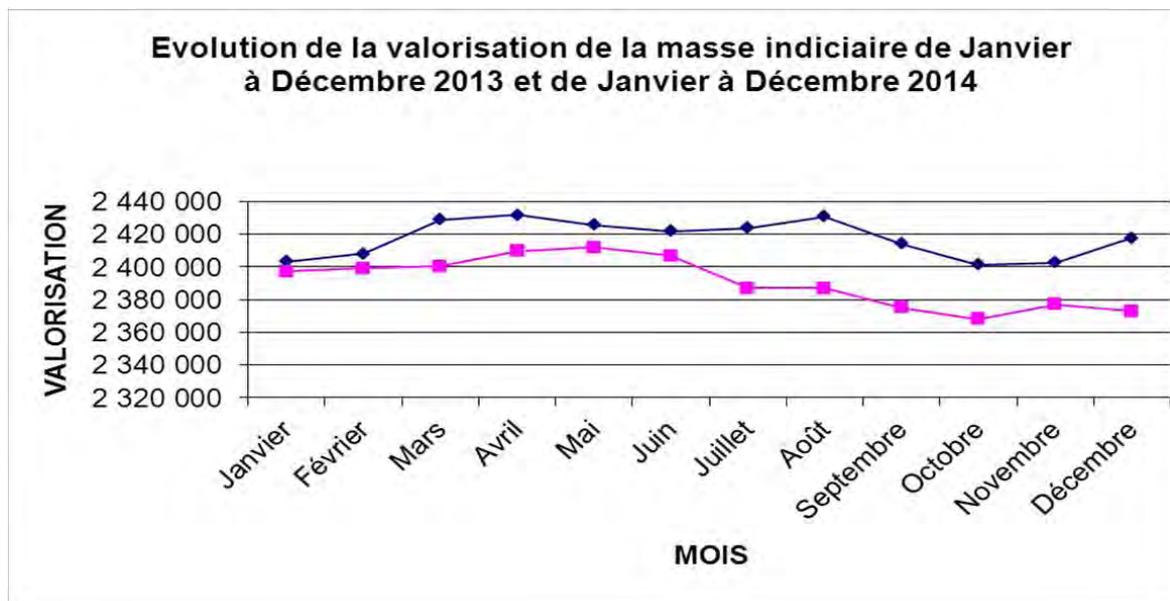
T3

PNM	2013	2014	ECART 2014 / 2013		Validation de services		Hors validation		ECART 2014 / 2013 HORS VALIDATION	
			Valeur	%	2013	2014	2013	2014	Valeur	%
Janvier	4 666	4 744	78	2%	58	2	4 608	4 742	134	2,9%
Février	4 659	4 686	27	0,6%	42	101	4 617	4 585	- 32	-0,7%
Mars	4 685	4 696	11	0,2%	-	29	4 685	4 667	- 18	-0,4%
Avril	4 545	4 570	25	0,6%	29	45	4 516	4 525	9	0,2%
Mai	4 571	4 595	24	0,5%	24	-	4 547	4 595	48	1,1%
Juin	4 652	4 688	36	0,8%	79	30	4 573	4 658	85	1,9%
Juillet	4 596	4 596	-	0,0%	21	24	4 575	4 572	- 3	-0,1%
Août	4 599	4 542	- 57	-1,2%	51	-	4 548	4 542	- 6	-0,1%
Septembre	4 554	4 533	- 21	-0,5%	21	-	4 533	4 533	- 0	0,0%
Octobre	4 620	4 480	- 140	-3,0%	5	3	4 615	4 477	- 138	-3,0%
Novembre	5 244	5 717	473	9,0%	-	34	5 244	5 683	439	8,4%
Décembre	6 592	6 580	- 12	-0,2%	-	-	6 592	6 580	- 12	-0,2%
A fin Sept	57 983	58 427	444	0,8%	330	268	57 653	58 159	506	0,9%

Tableau T4

DEPENSES de PERSONNEL
Evolution dépenses Titre 1 - PNM - Budget H
Masse Indiciaire - ETP - 2014 / 2013
CHB

	2013			2014		
	Points	Valorisation	ETP	Points	Valorisation	ETP
Janvier	519 049	2 403 347	1 294,25	517 690	2 397 054	1 292,84
Février	520 078	2 408 112	1 295,48	518 125	2 399 069	1 296,07
Mars	524 540	2 428 773	1 294,84	518 409	2 400 384	1 291,74
Avril	525 161	2 431 647	1 291,21	520 442	2 409 796	1 288,16
Mai	523 851	2 425 584	1 292,46	520 930	2 412 055	1 295,57
Juin	523 042	2 421 838	1 289,23	519 809	2 406 868	1 292,78
Juillet	523 428	2 423 622	1 300,64	515 528	2 387 044	1 286,21
Août	525 008	2 430 940	1 301,00	515 481	2 386 827	1 280,42
Septembre	521 403	2 414 248	1 293,36	512 969	2 375 195	1 275,17
Octobre	518 596	2 401 249	1 288,33	511 431	2 368 074	1 267,51
Novembre	518 882	2 402 573	1 286,26	513 391	2 377 147	1 262,89
Décembre	522 124	2 417 583	1 301,11	512 455	2 372 816	1 256,54
MOYENNE	522 097	2 417 460	1 295,68	516 388	2 391 027	1 282,16



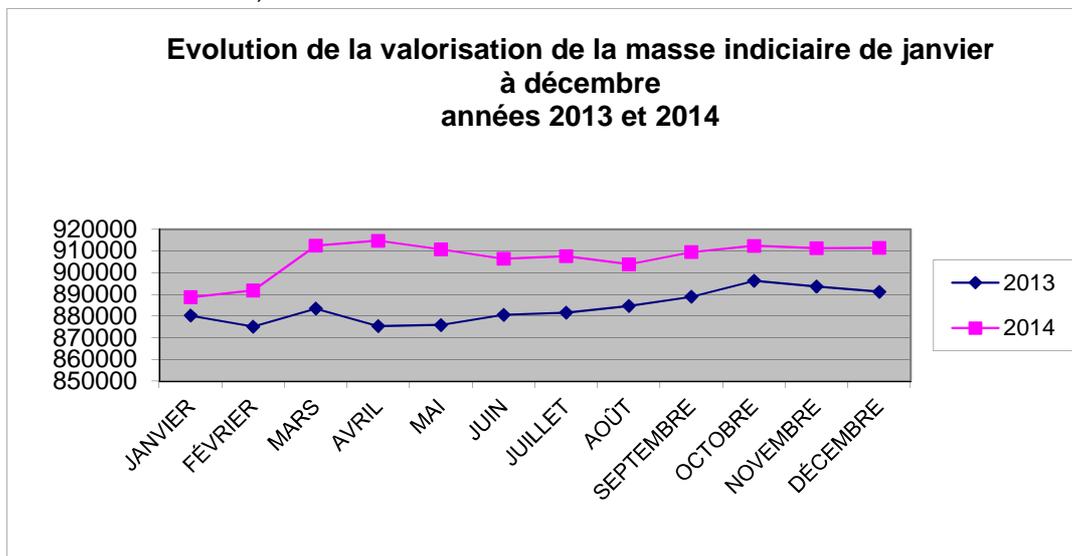
DEPENSES DE PERSONNEL

Evolution dépenses Titre 1 - PNM Masse indiciaire - ETP - 2014 / 2013

BUDGET H

	2013			2014		
	POINTS	VALORISATION	ETP	POINTS	VALORISATION	ETP
JANVIER	190 114,87	880 287	483	191 906,30	888 582	485,25
FÉVRIER	189 002,94	875 138	479,68	192 598,17	891 785	485,65
MARS	190 797,01	883 445	478,54	197 053,40	912 414	482,81
AVRIL	189 046,06	875 338	474,77	197 559,15	914 756	482,05
MAI	189 162,70	875 878	476,66	196 701,80	910 786	479,56
JUIN	190 182,40	880 600	476,93	195 770,84	906 476	478,32
JUILLET	190 399,78	881 606	477,92	196 009,50	907 581	476,29
AOÛT	191 058,60	884 657	480,03	195 205,40	903 858	479,01
SEPTEMBRE	191 981,38	888 929	487,76	196 419,60	909 480	476,42
OCTOBRE	193 558,10	896 230	486,3	197 045,30	912 377	477,64
NOVEMBRE	192 991,80	893 608	484,07	196 802,26	911 252	476,9
DÉCEMBRE	192 468,41	891 185	486,54	196 845,68	911 453	478,25
MOYENNE	190 897,00	883 908,49	481,43	195 826,45	906 733,25	479,85

VALO 4,63029



PIECE JOINTE N°4 : RESULTAT BUDGETAIRE ET COMPTABLE CH BIGORRE LOURDES DE 2010 A 2014

Tableau 13 : Résultats budgétaires et résultats comptables du CH DE BIGORRE
depuis 2010 en euros

	2010	2011	2012	2013	2014
Charges du compte financier CRPP	114 743 086	119 752 846	123 305 740	125 547 298	131 726 124
Charges retraitées CRPP	113 746 112	117 126 863	122 105 740	124 315 898	130 926 124
Produits- Compte financier CRPP	112 204 535	117 289 164	120 388 999	123 373 044	129 965 468
Produits retraités CRPP	112 173 298	117 289 164	120 388 999	123 373 044	129 965 468
Résultat comptable CRPP	-2 538 550	- 2 463 682	- 2916 740	- 2 174 253	-1 760 656
Résultat comptable CRPP/produits du CRPP	-2,3 %	-2,1 %	-2,4 %	-1,8 %	-1,4 %
Résultat structurel CRPP	-8 544 813	- 6 388 181	-6 329 740	-5 637 090	-3 460 656
Résultat structurel CRPP/produits du CRPP	-7,6 %	-5,4 %	-5,3 %	-4,6 %	-2,7 %
Montant des aides hors PRE	3 277 000	3 188 316	1 209 000	2 090 000	0
Montant PRE	2 500 000	2 500 000	2 500 000	2 500 000	2 500 000

Source : Services financiers - CHB

Tableau 14 : Résultats budgétaires et résultats comptables du CH DE LOURDES depuis 2010 en euros

	2010	2011	2012	2013	2014
Charges du compte financier CRPP	39 951 353	38 926 567	39 010 621	38 823 529	40 086 431
Charges retraitées CRPP	38 955 614	38 876 566,93	38 726 964	38 823 529	40 086 431
Produits- Compte financier CRPP	39 561 490	38 111 621	38 564 118	38 282 473	39 814 583
Produits retraités CRPP	39 321 276	38 011 621	38 564 118	38 168 816	39 814 583
Résultat comptable CRPP	-389 864	-814 946	-446 503	-541 056	-271 848
Résultat comptable CRPP/produits du CRPP	-1,0 %	-2,1 %	-1,2 %	-1,4 %	-0,7 %
Résultat structurel CRPP	-387 609	-1 192 346	-460 844	-1 187 937	-271 848
Résultat structurel CRPP/produits du CRPP	-1,0 %	-3,1 %	-1,2 %	-3,1 %	-0,7 %
Montant des aides hors ZRR	0	0	0	500 000	2 109 000
Montant ZRR	360 000	282 000	212 000	0	0

Source : Services financiers - CHL

PIECE JOINTE N°5 : PROJET MEDICAL BIGORRE- LOURDES



Orientations
stratégiques
Groupe Hospitalier
Tarbes-Lourdes
2012-2018

AVANT-PROJET

Document interne
Version 4

confidentiel

Introduction

Le contexte local et les besoins de santé de la population :

Le département des Hautes-Pyrénées est unique au sein de la région Midi-Pyrénées du fait de nombreuses particularités qu'il convient de citer dans la mesure où elles peuvent influencer les besoins de santé de la population.

Il s'agit tout d'abord d'un petit département d'une superficie de 4 464 km² et d'une population de 229 670 habitants au recensement de 2009. Ce département est rural. La plus grande ville, Tarbes ne comptait en 2009 que 45 613 habitants. De plus, d'un point de vue de la densité démographique, il est important de souligner que ce département est composé de zones montagneuses et isolées ce qui rend le critère de proximité de l'offre de soins extrêmement prégnant dans certaines zones du département. Deux bassins de population bien différents se côtoient donc : l'un regroupant l'agglomération tarbaise et le nord du département et l'autre plus au Sud avec l'agglomération de Lourdes et les zones montagneuses.

Une autre caractéristique de ce département est son fort potentiel touristique. En effet, l'attrait des montagnes amène hiver comme été une population importante et le flux de travailleurs saisonniers en rapport.

Enfin la ville de Lourdes, deuxième ville hôtelière de France, centre mondialement connu de pèlerinages, attire d'avril à octobre 6 millions de visiteurs chaque année, faisant passer sa population de 15000 à 100000 habitants.

Le département des Hautes-Pyrénées est caractérisé par un maillage sanitaire important, il compte quatre établissements publics de santé : le Centre Hospitalier de Tarbes, le Centre Hospitalier de Lourdes, le Centre Hospitalier de Lannemezan et enfin celui de Bagnères-de-Bigorre. Ces établissements couvrent l'ensemble de l'offre de soins du département allant du court au long séjour en passant par la rééducation et la psychiatrie. La ville de Tarbes compte également une clinique de taille importante, la polyclinique de l'Ormeau-Pyrénées située sur deux sites distincts. Le département est également marqué par une forte proximité d'établissements de santé des départements limitrophes et peu distants de la ville de Tarbes comme c'est notamment le cas du Centre Hospitalier de Pau et des cliniques paloises.

La genèse du projet médical du groupe hospitalier Tarbes-Lourdes :

Depuis la signature de la convention constitutive du GCS « Groupe Hospitalier des Hautes-Pyrénées », la stratégie de l'hospitalisation publique sur les Hautes-Pyrénées a été de créer et de renforcer des coopérations entre les hôpitaux de Tarbes et de Lourdes dans un but d'efficacité économique. Une direction commune a été mise en place en décembre 2009. En 2010, la construction d'un hôpital neuf à mi-distance des deux établissements avait même été envisagée.

Pour autant, le 20 juillet 2011 à la préfecture des Hautes-Pyrénées, les différents responsables locaux et élus, se sont prononcés, en accord avec la demande de l'ARS, pour la constitution d'un pôle de santé public-privé à Tarbes avec reconstruction du centre hospitalier de Bigorre sur le terrain de la polyclinique Ormeau-Pyrénées. L'orientation prise aujourd'hui est donc celle d'un hôpital pivot de territoire à Tarbes, porteur de coopérations avec la clinique et les autres hôpitaux

publics du département. Il persistera à Lourdes une structure de proximité devant répondre aux besoins de santé de sa zone d'attraction.

L'objectif de ce document est donc de définir les grandes orientations du groupe hospitalier Tarbes-Lourdes pour un projet médical commun, définissant les activités nécessaires à réaliser au sein de chacun des établissements, avec comme soucis principaux :

- La nécessité de répondre au mieux aux besoins de santé de la population, tant en termes de proximité que de technicité, et en prenant en compte les caractéristiques démographiques tant de la population locale (vieillesse, chronicité des maladies...) que des saisonniers.
- La nécessité de relever le défi de la démographie médicale en renforçant l'attractivité des établissements du territoire pour de jeunes professionnels de santé : équipes correctement dimensionnées, accès aux évolutions techniques des disciplines médicales..
- La nécessité de rétablir l'équilibre financier des deux établissements publics de Tarbes et de Lourdes par la réalisation d'un projet d'envergure, restructurant et permettant un partage des activités équilibré entre les deux sites.
- La nécessité d'une meilleure organisation des parcours patients depuis les établissements de proximité jusqu'à l'établissement pivot du territoire qui concentrera un plateau technique de haute qualité

A la demande du directeur général de l'Agence Régionale de Santé et des présidents des conseils de surveillance des deux villes, le groupe hospitalier s'est donc lancé dans une double démarche de construction d'un projet médical :

- La construction d'un projet médical Tarbes-Lourdes dans la perspective de la constitution d'un groupe hospitalier
- La construction d'un projet médical Groupe Hospitalier-polyclinique de l'Ormeau, public-privé avec développement d'axes de coopération sur quatre disciplines identifiées comme prioritaires :
 - o Les urgences
 - o La cardiologie interventionnelle
 - o La cancérologie
 - o L'obstétrique

Les négociations avec la clinique ainsi que l'organisation du comité de pilotage en résultant devaient avoir lieu sous la présidence du directeur général de l'Agence Régionale de Santé et n'ont pas encore démarré. D'autres réunions devaient également permettre de faire se rencontrer les médecins des deux structures.

Ces coopérations doivent garantir :

- la possibilité de mise en œuvre du projet médical de chacune des structures
- l'équilibre financier retrouvé pour le groupe hospitalier Tarbes-Lourdes
- la préservation de l'identité des structures publique et privée
- une différenciation claire dans l'organisation des activités entre secteur public et privé

Parallèlement, la démarche Tarbes Lourdes a permis d'avancer sur les perspectives de coopérations et d'intégration entre les deux établissements du territoire afin de donner tout son contenu à la notion de groupe hospitalier.

Cette notion de groupe hospitalier public, initiée dès 2009, par deux actes fondateurs à savoir la constitution du GCS et la convention de direction commune, est d'ores et

déjà ancrée dans les esprits et dans les fonctionnements grâce à de nombreuses collaborations médicales existantes (diabétologie, gastro-entérologie, laboratoire, imagerie, orthopédie, anesthésie réanimation, ophtalmologie ...). La construction du projet médical permet d'aller plus loin dans cette notion d'intégration et de répartition des activités. Il est essentiel de renforcer cette notion afin de créer une culture commune et un sentiment d'appartenance à cette notion de groupe hospitalier.

Le projet médical public du groupe hospitalier Tarbes-Lourdes est construit sur la base de quelques principes généraux qui tiennent compte des préconisations des projets de SROS et du PRS et qui sous-tendent les orientations prises et déclinées par spécialité. Dans ces spécialités, seront étudiés les axes de coopération stratégiques du fait des partenariats Tarbes-Lourdes ou public/privé ou du fait des nouvelles organisations de la permanence des soins.

Sont également distinguées pour certaines spécialités deux périodes d'analyse :

- la période transitoire allant de 2012 jusqu'à la construction du nouvel hôpital à Tarbes (horizon 2018)
- la période d'ouverture du nouvel hôpital à Tarbes.

Les projets de coopérations sont étudiés à la lumière de ces deux périodes successives porteuses d'évolution, notamment du fait de la démographie médicale ou des perspectives de développement d'activité.

1. Les principes généraux

a. La constitution d'équipes territoriales de spécialités et la répartition des activités :

Les différents projets de SROS sur les spécialités médicales, chirurgicales comme médico-techniques encouragent les établissements de santé des différents territoires à collaborer et à se regrouper dans l'objectif de former des équipes territoriales par spécialité autour de l'hôpital pivot du territoire. Il s'agit pour le territoire des Hautes-Pyrénées de constituer ou parfois d'officialiser, les pratiques existantes d'équipes territoriales par spécialités.

Les orientations stratégiques des deux établissements reprennent ce principe pour la quasi-totalité des spécialités. Ces créations d'équipes communes ou ces renforcements de coopérations existantes permettront d'avancer sur plusieurs objectifs des SROS :

- La centralisation ou la réorganisation des équipes de permanence des soins sur le département autour de l'hôpital pivot : centralisation de l'orientation des patients et participation de l'ensemble des praticiens d'une spécialité à la même ligne de permanence pour diminuer les difficultés en termes de démographie médicale
- La mise en œuvre d'activités avancées sur l'hôpital de proximité. Ces activités et consultations seront renforcées ou mises en œuvre pour des spécialités à Lourdes dans un objectif affiché de proximité de la prise en charge pour la population du bassin lourdaise et de captation de cette patientèle pour le groupe hospitalier public.

- Le partage de certaines activités notamment à terme en chirurgie, avec orientations sur l'un ou l'autre des deux sites en fonction du profil des patients et de la lourdeur des cas traités.

L'organisation de ces équipes aboutira à une répartition des activités et des profils des patients selon les spécialités entre l'hôpital pivot de territoire et le site de proximité.

Ces équipes ont vocation à se déployer sur les deux sites du groupe hospitalier dans l'objectif de maintenir présentes l'ensemble des spécialités sur le site de proximité selon des modalités pouvant aller de la simple consultation ou avis dans les services jusqu'à de possibles interventions. Cette présence sur le site de proximité est primordiale dans le double objectif de répondre aux besoins de la population et de préserver l'activité et l'équilibre financier des deux hôpitaux du groupe hospitalier.

Ces équipes territoriales ont pour vocation d'être créées dans les meilleurs délais et devront aboutir à l'identification d'un seul service par spécialité, voire d'un remodelage des pôles d'activités sur les deux établissements. La refondation des responsabilités des structures se fera dans les conditions prévues par la loi.

Cette évolution va représenter un changement fort de cultures et d'habitudes de travail, de mentalités pour les praticiens des deux établissements et ne pourra fonctionner que si elle est accompagnée de l'élaboration de protocoles de soins.

b. La recherche de l'efficience et de l'équilibre financier

Les orientations du projet médical du groupe hospitalier Tarbes-Lourdes ont été pensées dans un objectif de recherche de l'efficience médico-économique et de retour à l'équilibre financier des deux établissements. L'objectif est d'une part, de travailler sur les organisations à l'intérieur des deux sites et entre les deux sites pour réaliser des économies et des gains de productivité, et d'autre part d'envisager certains développements d'activité, devant répondre aux besoins de la population et aux orientations du SROS, tout en assurant une bonne valorisation de l'activité, facteur important du retour à l'équilibre financier.

c. Une politique de recrutement médical active

Afin de pouvoir mettre en œuvre les orientations du projet médical qu'il s'agisse de développer de nouvelles activités mais aussi et surtout de maintenir des activités existantes et de l'offre de soins au regard de la démographie médicale, il est essentiel que le groupe hospitalier Tarbes Lourdes s'inscrive dans une politique de recrutement médical active et dynamique.

La possibilité d'un exercice partagé entre les deux sites sera recherchée et fera l'objet d'une information du postulant.

De nombreuses disciplines sensibles comme par exemple l'anesthésie-réanimation, la chirurgie ou la radiologie sont d'ores et déjà en difficulté au regard de la démographie médicale. La pyramide des âges de la population médicale laisse prévoir de nombreux départs à la retraite dans les cinq années à venir mettant ainsi en péril le maintien d'activités indispensables à la mission de l'hôpital public.

C'est pourquoi le Groupe Hospitalier Tarbes-Lourdes pose comme un objectif prioritaire le lancement d'une politique de recrutement active basée sur :

- Les prévisions de départs à la retraite dans les cinq ans : optique quantitative
- Les compétences et sur-spécialités de certains praticiens dans une logique de GPMC : Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences : optique qualitative.

Pour réussir ce pari du renouvellement générationnel, des liens doivent être tissés et renforcés avec les chefs des Diplômes d'Etudes Spécialisées (DES) et Diplômes d'Etudes Spécialisées Complémentaires (DESC) notamment toulousains, bordelais ou même au niveau national, pour encourager les jeunes médecins à venir dans un premier temps sur un statut d'assistant ou d'assistant partagé sur les hôpitaux publics des Hautes-Pyrénées, pour ensuite entrevoir des carrières hospitalières à plus long terme.

2. La déclinaison des orientations par spécialités :

Orientations du projet de SROS Chirurgie :

- Renforcer le développement de la chirurgie ambulatoire
 - Développement des liens avec les médecins traitants pour organiser le post-opératoire
 - Définition d'une liste d'actes marqueurs régionaux (établie par le COTER)
 - Structures et équipes identifiées
- Assurer une offre de soins graduée sur le territoire grâce à la constitution d'équipe territoriale par spécialités qui « met en œuvre le projet médical de la spécialité » qui définit :
 - L'organisation médicale : de jour et en période de permanence des soins
 - Les coopérations entre les différents praticiens
- Organiser des plateaux techniques de spécialité pivot sur le territoire
 - Il coordonne l'offre de soins de proximité sur le territoire
 - Assure des consultations avancées
 - Organise le recours à des avis spécialisés (recours régional pour certaines chirurgies)
- Promouvoir les démarches d'accréditation des professionnels de santé

Spécialité : CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE

1. Pistes de coopérations Hospitalières

1.1. Partenariats stratégiques pendant la période transitoire :

Coopération Tarbes-Lourdes :

La chirurgie orthopédique et traumatologique s'inscrit d'ores et déjà totalement dans le principe de construction d'une équipe territoriale. L'organisation actuelle comporte une astreinte commune départementale (depuis le 1^{er} avril 2011) sur le centre hospitalier de Tarbes à laquelle participe le chirurgien orthopédiste de Lourdes. Des consultations avancées et de la chirurgie ambulatoire sont réalisées à Lourdes par un praticien Tarbais en complément de l'activité programmée de l'orthopédiste de Lourdes.

La démographie médicale du Centre Hospitalier de Lourdes et la nécessité d'être présent sur ce bassin de santé pour apporter une offre publique à la population et capter l'activité médicale encourage la coopération entre les praticiens des deux sites. L'objectif de l'équipe territoriale est double :

- Assurer la prise en charge de la traumatologie sur le centre hospitalier de Bigorre avec une permanence des soins centralisée et développer au maximum la chirurgie orthopédique programmée lourde sur le centre hospitalier de Bigorre
- Assurer une présence quotidienne en journée, du lundi au vendredi, d'un chirurgien orthopédiste sur le centre hospitalier de Lourdes pour assurer des consultations avancées, des interventions en ambulatoire ou en chirurgie de semaine ainsi que les urgences traumatologiques de la journée. Les patients consultés à Lourdes sont opérés à Lourdes ou à Tarbes en fonction de leur profil et de la permanence médicale.

L'équipe composée en 2012 de 6 chirurgiens a pour objectif de se déployer sur les deux établissements du territoire.

Problématique de la permanence des soins

L'organisation cible de l'ARS concernant la permanence des soins identifie le centre hospitalier de Bigorre comme l'hôpital devant accueillir la totalité de la traumatologie du département 365 jours par an en intégrant pour y faire face, les praticiens des autres établissements.

Entre les centres hospitaliers de Tarbes et de Lourdes, cette organisation est déjà en place depuis le 1^{er} Avril 2011, puisque la permanence des soins du centre hospitalier de Lourdes a été regroupée sur Tarbes avec participation du praticien lourdaise à la ligne de garde.

Toutefois, on note depuis la mise en œuvre de cette organisation deux effets pervers que le projet médical va tenter de corriger :

- la perte d'une activité importante pour le centre hospitalier de Lourdes qui ne s'est pas reportée en totalité sur le centre hospitalier de Tarbes mettant en péril l'équilibre financier et les recettes du groupe hospitalier
- la saturation en lits du centre hospitalier de Bigorre à certaines périodes de l'année du fait des caractéristiques touristiques du territoire et de l'afflux massif de patients.

Une autre proposition du projet médical est de permettre l'accueil des urgences traumatologiques sur période de PDS en journée lors des week-ends les plus chargés de l'année (vacances d'hiver et vacances d'été soit environ 6 à 7 week-ends dans l'année) sur Lourdes. Ceci permettrait un accueil des patients nécessitant une intervention en urgence et une diminution des transferts. Pendant ces périodes très restreintes, la capacité d'accueil du centre hospitalier de Lourdes est précieuse afin de pouvoir accueillir l'ensemble des patients en traumatologie.

1.2. Perspectives du nouvel hôpital

L'ouverture du nouvel hôpital posera la question de la présence de chirurgie au Centre Hospitalier de Lourdes. Le site pivot aura vocation à concentrer toute la chirurgie complète à Tarbes.

Un enjeu important sera la définition des capacités du nouvel hôpital en chirurgie afin de déterminer les capacités nécessaires de chirurgie ambulatoire. Une réflexion devra s'engager sur la nécessité d'assurer de la chirurgie ambulatoire sur le site de Lourdes.

La période transitoire permettra de tisser des liens avec les médecins généralistes sur le bassin de Lourdes afin que l'ouverture de l'hôpital neuf permette l'adressage des patients du bassin de Lourdes vers les praticiens publics de l'équipe médicale de territoire.

En effet, l'équilibre économique des deux établissements suppose d'éviter des pertes d'activité dommageables pour les deux établissements, du fait des réorganisations.

2. Pistes de développement d'activité

Dans le domaine de l'orthopédie, le taux de fuite hors du département est plus important que pour la moyenne des autres spécialités, alors même que les interventions pratiquées ne justifient pas des équipements ou un recours particulier.

L'objectif de l'équipe territoriale Tarbes-Lourdes est d'être mieux positionnée sur la chirurgie orthopédique programmée en plus de son rôle de recours en traumatologie du département. Pour ce faire, deux objectifs principaux sont poursuivis :

Une spécialisation des chirurgiens :

Pour développer l'activité de chirurgie orthopédique et ainsi diminuer les fuites hors du département, l'équipe souhaite s'orienter vers une sur-spécialisation des chirurgiens (exemple : spécialisation dans la chirurgie du genou, de la hanche ou de l'épaule). Le recrutement d'un cinquième orthopédiste ira dans ce sens.

Une information et une communication importante vis-à-vis des médecins traitants seront primordiales pour développer cette activité et rendre visible la spécialisation de nos chirurgiens. En effet, l'attractivité du groupe en orthopédie repose en grande partie sur la renommée et la compétence des chirurgiens.

Le développement de la chirurgie ambulatoire :

La chirurgie ambulatoire en orthopédie est déjà bien développée sur le groupe hospitalier Tarbes-Lourdes mais des parts de marché peuvent encore être gagnées (fuites importantes hors département dans ce secteur...).

Une fois encore le lien avec les médecins généralistes est primordial pour faciliter l'adressage vers les chirurgiens publics. La chirurgie ambulatoire est reconnue par tous les praticiens comme étant l'avenir de la spécialité. Cela permet aussi de dégager des capacités d'hospitalisation pour de l'hospitalisation complète en orthopédie ou en traumatologie.

L'accompagnement de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) dont le groupe hospitalier va bénéficier devra permettre de mieux se positionner sur cette activité.

Spécialité : CHIRURGIE DIGESTIVE ET VISCERALE

1. Pistes de coopérations Hospitalières

1.1. Partenariats stratégiques pendant la période transitoire :

Coopérations Tarbes-Lourdes :

L'objectif du projet médical est également en chirurgie viscérale de créer une équipe territoriale selon les orientations du SROS. Dans les cinq ans à venir, en raison de la démographie médicale, deux phases vont se succéder : une première période avec une équipe de 7 chirurgiens (4 à Tarbes et 3 à Lourdes) puis une deuxième avec une équipe de 5 chirurgiens (si aucun recrutement n'est réalisé d'ici là : 4 à Tarbes et 1 à Lourdes). Pour autant, la création de l'équipe territoriale ne doit pas attendre le départ des chirurgiens lourdaux.

L'organisation à terme devra être la même que celle de l'orthopédie avec une concentration de la PDS et des activités lourdes sur Tarbes et une présence assurée d'un chirurgien de cette équipe sur Lourdes toute la semaine en journée, pour de la chirurgie, en majorité ambulatoire, des consultations avancées et un avis chirurgical. Une réflexion devra être menée concernant les modalités de prise en charge de la continuité des soins.

Les activités vont être d'ores et déjà réparties entre les deux sites. La chirurgie lourde (œsophage, foie, pancréas) sera exclusivement réalisée sur le site pivot. La chirurgie des cancers digestifs sera à terme également effectuée à Tarbes, lorsque les capacités d'hospitalisation et l'organisation médicale le permettront. En effet, les chirurgiens de Lourdes doivent pouvoir réaliser ces interventions à Tarbes dans le cadre des coopérations entre les deux sites, ce qui va aussi nécessiter une réorganisation du bloc opératoire du Centre Hospitalier de Bigorre afin de pouvoir leur dégager des plages opératoires.

L'équipe territoriale ainsi créée devra travailler sur les protocoles de prise en charge et l'harmonisation des pratiques notamment dans la perspective d'une continuité des soins des patients opérés organisée entre les chirurgiens tarbais et lourdaux.

Problématique de la permanence des soins

L'organisation cible de l'ARS concernant la permanence des soins reconnaît le centre hospitalier de Bigorre comme l'hôpital devant accueillir la totalité des urgences de chirurgie viscérale du département 365j par an en intégrant pour y faire face les praticiens des autres établissements.

Dans l'hypothèse de la concentration de la PDS sur Tarbes il faut être vigilant concernant la potentielle baisse d'activité sur le centre hospitalier de Lourdes car les conséquences d'une suppression de l'activité chirurgicale et des recettes ne peuvent être absorbées (frais de structures importants). Il ne faut pas renouveler l'expérience de la perte d'activité par le regroupement de la PDS sur Tarbes en orthopédie.

L'activité sur deux sites est un atout car elle permet de fixer la clientèle de Lourdes sur laquelle il n'y a pas actuellement de concurrence.

La permanence des soins unique pourra être mise en place dès que le centre hospitalier de Bigorre sera en capacité d'accueillir la totalité des urgences viscérales

du département (réorganisation du bloc opératoire et des capacités d'hospitalisation). Les praticiens de Lourdes y participeront alors. Cela se mettra en place une fois les réorganisations faites et inévitablement au moment du départ des deux chirurgiens du centre hospitalier de Lourdes.

Les praticiens de la clinique ayant fait connaître leur opposition à une participation à la permanence des soins, le centre hospitalier de Bigorre avec ses propres praticiens et à terme ceux de Lourdes, assurera donc la totalité de la permanence des soins.

1.2. Perspective du nouvel hôpital

Une vigilance accrue devra être apportée au dimensionnement des capacités de chirurgie du nouvel hôpital prenant en compte la possibilité de conserver à Lourdes des prises en charge en chirurgie ambulatoire.

2. Pistes de développement d'activité

Développement de la chirurgie ambulatoire et de semaine :

Le développement de la chirurgie ambulatoire, en lien avec la mission d'accompagnement de l'ANAP se fera sur Tarbes comme sur Lourdes. Cela permettra également de dégager des places d'hospitalisation complète à Tarbes pour des patients non programmés notamment.

Question des actes de chirurgie vasculaire

Au regard des orientations prises par le projet médical en chirurgie vasculaire (voir fiche chirurgie vasculaire), il apparaît primordial d'organiser des passerelles entre chirurgie vasculaire et chirurgie viscérale pour certains actes.

Les principaux besoins internes en chirurgie vasculaire sont liés à l'activité de néphrologie. Un praticien viscéral de l'équipe lourdaise va se former à ces actes et à leurs suites opératoires afin de répondre à ce besoin en interne.

Une formation sera organisée avec les chirurgiens vasculaires de Tarbes encore en activité.

Spécialité : CHIRURGIE VASCULAIRE

Orientation principale

La situation en chirurgie vasculaire est très difficile à Tarbes. Les besoins sont multiples mais les ressources sont extrêmement limitées.

Les besoins sont essentiellement liés à l'activité de néphrologie et de dialyse mais également aux urgences notamment sur des polytraumatisés qui ne peuvent pas être transférés. Pour autant, il ne reste sur l'ensemble du territoire de santé que trois chirurgiens (1 à l'hôpital de Tarbes et 2 à la polyclinique de l'Ormeau dont deux seront partis à la retraite d'ici deux ans).

Plusieurs obstacles et freins s'opposent au maintien d'une activité publique en chirurgie vasculaire :

- La difficulté importante de recrutement dans ce secteur : deux praticiens au minimum seraient nécessaires pour relancer cette activité à l'hôpital
- L'activité actuelle en chirurgie vasculaire est faible et lourdement déficitaire.

Le projet médical du groupe hospitalier propose donc l'abandon de cette spécialité au moment du départ à la retraite du dernier praticien. Un partenariat avec la clinique devra être envisagé pour organiser le maintien sur Tarbes de cette spécialité.

Des protocoles sont en cours de réflexion avec la polyclinique de l'Ormeau pour les urgences ne nécessitant pas de réanimation (possibilité de transfert des patients) ainsi que pour les patients nécessitant une réanimation (possibilité d'intervention à l'hôpital public d'un praticien privé). Des coopérations avec les centres hospitaliers de Pau ou de Toulouse pourront également être envisagées.

Pour les besoins en interne, une solution est envisagée en lien avec un des membres de l'équipe territoriale de chirurgie viscérale (cf fiche chirurgie viscérale)

Problématique de la permanence des soins

L'organisation cible de l'ARS concernant la permanence des soins reconnaît la polyclinique de l'Ormeau-Pyrénées comme devant accueillir la totalité des urgences de chirurgie vasculaire du département 365 jours par an en intégrant pour y faire face, les praticiens des autres établissements à savoir le chirurgien vasculaire public. Aucune solution n'a pu être trouvée à ce jour pour une PDS commune mais la réflexion pour la construction d'une ligne commune publique-privée intégrant les praticiens des deux établissements est en cours.

Reste également en suspens, le problème de la continuité des soins des patients opérés par le chirurgien public qui se trouve seul pour assurer une ligne de continuité des soins. Là encore, la convention avec le privé devrait permettre d'apporter une solution à ce problème.

Spécialité : SPECIALITES CHIRURGICALES / OPHTALMOLOGIE, ORL, STOMATOLOGIE

1. Pistes de coopérations Hospitalières

1.1. Coopérations Tarbes-Lourdes

ORL

Dans une logique de constitution d'une équipe territoriale de spécialité et afin de conforter l'attractivité du Groupe Hospitalier Public, il est nécessaire que des activités de consultations et opératoires puissent perdurer sur Lourdes.

Les praticiens tarbais ont fait une proposition de développement d'activité de consultation et de chirurgie ambulatoire sur le Centre Hospitalier de Lourdes dont la prise d'effet se situe au début de l'année 2013 à l'issue du départ du praticien exerçant sur Lourdes en mode « Clinique ouverte ».

Ophthalmologie

L'intérêt de maintenir le dispositif incluant des consultations avancées sur le site de Lourdes sera poursuivi. Ces consultations avancées mises en place depuis novembre 2010 permettent ensuite aux patients qui nécessitent un suivi médical particulier ou une intervention chirurgicale d'être orientés sur Tarbes.

Dans une logique de filière et de développement de consultations avancées il faudra étudier, en fonction des évolutions de la démographie médicale sur le territoire l'intérêt, en cas de carence du secteur libéral, du développement des consultations avancées sur d'autres sites (ex : Bagnères-de-Bigorre) au prix d'un renforcement éventuel de l'équipe médicale.

1.2. Problématique de la permanence des soins

ORL

L'organisation cible de l'ARS concernant la permanence des soins reconnaît à part égale l'astreinte entre le public et le privé (0.5% de l'astreinte et du financement pour l'hôpital et pour la polyclinique de l'Ormeau-Pyrénées). Une collaboration doit donc être envisagée pour permettre l'exercice partagé de cette astreinte.

Pour autant, la réflexion est en cours entre les praticiens publics et privés pour organiser un partage de cette ligne d'astreinte, à ce jour organisée sur les deux établissements.

Ophthalmologie

Pas de volonté du secteur privé de participer à la PDS ce qui maintient le secteur public au centre de cette organisation selon les orientations de l'organisation cible de l'ARS.

1.3. Perspective du nouvel hôpital

ORL

Les coopérations existantes avec la clinique notamment en matière de chimiothérapies (organisation des Réunions de Concertation Pluridisciplinaires) doivent être maintenues et développées pour conforter l'activité oncologique.

Une réflexion stratégique doit se poursuivre sur l'ORL dans le cadre d'une prochaine cessation d'activité de praticiens privés atteints par la limite d'âge.

Ophthalmologie

Le regroupement sur un site unique permettra peut-être selon les praticiens, de mutualiser certains équipements, pour mettre en commun un plateau technique indispensable à l'activité mais très couteux (exemple : laser excimer).

2. Pistes de développement d'activité :

En ORL, deux pistes peuvent être envisagées :

Chirurgie Thyroïdienne : celle-ci peut être assurée par un des praticiens ORL sur le site de Tarbes pour reprendre et augmenter la part d'activité du secteur public avec une mise à disposition en conséquence des plages opératoires.

A noter que la chirurgie thyroïdienne est déjà couramment réalisée par les spécialistes de chirurgie viscérale exerçant actuellement à Lourdes.

Chirurgie Oncologique ORL : là aussi la perspective d'atteinte des seuils (20 actes) est réelle et peut permettre d'envisager une augmentation sensible sous condition de créer des plages opératoires fixes supplémentaires.

Spécialité : CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE ET OBSTETRIQUE

1. Pistes de coopérations Hospitalières

1.1. Partenariats stratégiques pendant la période transitoire :

Coopérations Tarbes-Lourdes :

L'objectif principal entre Tarbes et Lourdes est de créer une maternité publique départementale pendant la période transitoire ainsi qu'une équipe commune de gynécologues-obstétriciens.

Il est retenu le principe d'un seul service (bi-site) avec un Centre Périnatal de Proximité à Lourdes, sous la coordination de la maternité départementale du site pivot où auront lieu l'ensemble des accouchements. Cela est souhaitable dans l'intérêt des mères et des nouveaux nés.

Cette orientation est justifiée par différents arguments :

- il s'agit tout d'abord garantir à l'ensemble des parturientes des conditions de sécurité optimales à la naissance. Le centre hospitalier de Lourdes ne dispose en effet pas de pédiatres présents ou pouvant être appelés en cas de difficultés au moment de la naissance. Aucune ligne d'astreinte de pédiatre n'est organisée.
- L'activité est limitée dans la mesure où la barre des 300 accouchements par an n'est pas atteinte. En effet, l'année 2011 fait apparaître un nombre de 276 accouchements soit une baisse importante par rapport à l'année 2010 qui comptait 315 accouchements.

Les praticiens de Tarbes souhaitent travailler avec les deux gynécologues obstétriciens de Lourdes et trouver une formule pour les intégrer dans la garde et dans le fonctionnement du service. A l'inverse, les tarbais pourraient participer aux consultations de Lourdes dans le cadre du Centre Périnatal de Proximité (CPP).

Il faudra informer et préparer les personnels et la population, orienter les patientes de manière progressive vers Tarbes pour préparer l'arrêt des accouchements à Lourdes et assurer le report le plus important possible de parturientes sur la maternité publique.

Parallèlement, il faut organiser les activités de périnatalité au centre hospitalier de Lourdes (cours de préparation, entretien précoce prénatal, consultations de sages-femmes, consultation de lactation, consultations de pédiatres, consultations d'assistantes sociales...) afin que le suivi de la grossesse puisse avoir lieu dans le CPP avec un accouchement « délocalisé » sur le centre hospitalier de Tarbes dans des conditions de sécurité optimales. L'objectif est également de développer des liens entre le CPP et la Protection Maternelle et Infantile.

La prise en charge des accouchements aujourd'hui réalisés à Lourdes est possible dans les locaux actuels de Tarbes.

En conclusion, l'orientation stratégique pour la spécialité gynécologie-obstétrique est la transformation de la maternité du Centre Hospitalier de Lourdes en Centre Périnatal de Proximité afin de créer une maternité unique publique départementale à horizon décembre 2012.

Problématique de la permanence des soins

L'organisation cible de la PDS reconnaît deux lignes d'astreintes opérationnelles sur les deux établissements pour l'obstétrique du fait du renouvellement de l'autorisation de la maternité du Centre Hospitalier de Lourdes jusqu'en 2017.

Pour autant, au moment de la cessation des accouchements à Lourdes, une seule ligne d'astreinte subsistera sur le territoire à laquelle pourront être intégrés les praticiens tarbais et lourdais (urgences obstétricales et urgences chirurgicales).

1.2. Perspective du nouvel hôpital

La gynécologie obstétrique fait partie des 4 domaines identifiés par l'ARS comme devant faire l'objet d'une coopération plus poussée entre le centre hospitalier de Bigorre et la polyclinique de l'Ormeau au moment de la construction de l'hôpital neuf sur le site de la clinique.

Dans un premier temps, l'objectif est donc de créer une maternité unique publique et dans un second temps une maternité unique départementale publique/privée. Il faudra alors que les équipes médicales travaillent ensemble en développant des coopérations éventuellement au travers d'un plateau technique partagé entre les deux équipes de gynécologues-obstétriciens.

Les obstétriciens de la clinique et de l'hôpital de Tarbes sont d'accord sur le principe d'une maternité unique départementale afin de sécuriser totalement les naissances. Par ailleurs, la maternité unique qui fera plus de 1500 accouchements par an devra proposer une garde sur place de pédiatre, d'anesthésiste et d'obstétricien.

La maternité atteindra alors une taille critique et deviendra attractive pour de jeunes médecins.

2. Pistes de développement d'activité

2.1. Chirurgie gynécologique et cancérologique :

Le Centre Hospitalier de Bigorre dépasse les seuils en chirurgie cancérologique gynécologique et mammaire. De plus, une convention existe pour qu'un praticien lourdais puisse intervenir au centre hospitalier de Tarbes afin de réaliser les interventions cancérologiques.

Il est indispensable de conserver et de développer notamment par un recrutement exigeant, cette activité cancérologique et chirurgicale pour être attractif pour les jeunes médecins qui aujourd'hui sont tous chirurgiens (plus de gynécologie médicale mais de la gynécologie chirurgicale)

La file active concernant les chimiothérapies du sein et de l'ovaire est également importante. En l'absence d'oncologue médical public, c'est pour l'instant, l'oncologue médical de la clinique de l'Ormeau qui valide les chimiothérapies et intervient en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire. L'établissement souhaite recruter un oncologue médical pour assurer la supervision et la pérennité de cette activité.

Orientations du SROS Anesthésie-Réanimation :

Orientation 1 : Adapter l'offre de soins sur les trois niveaux de prise en charge en assurant la couverture territoriale

1. La réanimation :

- Conditions d'autorisation d'une réanimation :
 - o Au minimum 8 lits
 - o L'établissement doit disposer d'une hospitalisation complète de médecine et de chirurgie, d'une unité de surveillance continue ou une convention avec un établissement en disposant
- Existence d'au moins une unité de réanimation par territoire : prise en charge H24
- Favorise le regroupement des unités de réanimation pour la constitution d'équipes étoffées et spécialisées garante d'une prise en charge de qualité et de sécurité
- Implantation cible pour le département : 1.

2. Les soins de surveillance continue

Quand ils sont couplés à une réanimation leur capacité est au moins égale à la moitié des lits de réanimation (au minimum 4 lits). Une unité de lits de Soins de Surveillance Continue est possible dans un établissement sans réanimation s'il existe une convention pour organiser les transferts.

Les Soins de Surveillance Continue font l'objet d'une reconnaissance contractuelle, ils sont sous la responsabilité des réanimateurs ou des spécialistes selon des protocoles précis.

Orientation 2 : Améliorer la qualité et la sécurité des soins

- Lutter contre les infections nosocomiales : suivi régulier des Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales et des Equipes Opérationnelles d'Hygiène.
- Développer les Evaluations des Pratiques Professionnelles : réunions pluridisciplinaires régulières, surveillance des événements indésirables graves
- Accompagnement par les Equipes Mobiles de Soins Palliatifs, formation des soignants prise en charge douleur et fin de vie
- Développer les prélèvements d'organes et de tissus : lien avec la coordination hospitalière

Spécialité : ANESTHESIE-REANIMATION

1. Pistes de coopérations Hospitalières

1.1. Partenariats stratégiques pendant la période transitoire :

Propositions d'organisation Tarbes-Lourdes :

La période transitoire s'étend de 2012 jusqu'à l'ouverture d'un nouvel établissement. D'ici là, le groupe hospitalier Tarbes-Lourdes doit s'adapter dans son offre de réanimation et de soins continus. En effet, deux impératifs vont imposer aux praticiens de proposer une nouvelle organisation :

- l'impact de la démographie médicale et des nombreux départs à la retraite prévisibles dans les années à venir, à Tarbes comme à Lourdes
- l'impact des orientations des projets de SROS où seule la réanimation de Tarbes sur l'hôpital pivot est reconnue à échéance du SROS

Deux orientations principales se dégagent : il s'agit dans un premier temps de la création de lits de soins continus à Tarbes et dans un second temps de l'évolution du service de réanimation du centre hospitalier de Lourdes.

L'ensemble des praticiens de l'établissement, qu'il s'agisse de praticiens de spécialités médicales ou chirurgicales, s'accordent à dire que le centre hospitalier de Bigorre souffre d'un déficit de lits de surveillance continue pouvant prendre en charge des patients médicaux lourds mais également des patients chirurgicaux en période post-opératoire. De plus, selon la réglementation, à chaque unité de réanimation doit être adossé un service de soins continus de capacité au moins égale à la moitié de ses lits.

Ainsi dans l'optique du projet de plan directeur de Tarbes (Cf page), l'implantation de lits de soins de surveillance continue est envisagée à proximité du service de réanimation. Ces lits seront pris en charge médicalement par l'équipe des réanimateurs.

Parallèlement, au centre hospitalier de Lourdes, la démographie médicale conduira à l'arrêt d'activité de réanimation dans quelques années (probablement en 2015-2016), et le rapatriement des patients sur le site pivot s'imposera. Ce rapatriement de ces lits sur Tarbes est conditionné à la possibilité de les intégrer sur le centre hospitalier de Bigorre.

Cette période avant la fermeture de la réanimation est nécessaire pour organiser des modifications des capacités d'accueil sur le centre hospitalier de Bigorre afin que ce dernier soit en capacité d'accueillir les patients de Lourdes. En effet, les études actuelles en termes d'activité et de capacités nécessaires à la réanimation sur le département montrent qu'une quinzaine de lit est nécessaire. Il faudra donc que le centre hospitalier de Tarbes soit en mesure de les accueillir avant de fermer le service lourdaise. Aujourd'hui ce dernier répond notamment aux besoins des 20000 patients accueillis chaque année aux urgences, ainsi qu'à la demande des services adjacents.

Le schéma proposé pour la période intermédiaire est donc le suivant :

	Situation actuelle		Situation intermédiaire	
	Réa	Soins continus	Réa	Soins continus
Tarbes	12	0	10 à 12	4 à 6
Lourdes	6	6 (non activés)	6	0
Total	18	0	16 à 18	4 à 6

L'objectif est d'organiser un fonctionnement en équipe territoriale pour l'anesthésie comme pour la réanimation et/ou les soins continus des deux sites.

Problématique de la permanence des soins

Concernant l'anesthésie, la question principale qui est posée est celle de la réponse aux besoins des services de soins. En effet, en plus de toute l'activité programmée de chirurgie et d'endoscopie, les anesthésistes vont devoir faire face à une augmentation forte de leur activité en période de PDS du fait de la concentration de toutes les lignes de PDS de chirurgie sur l'établissement pivot. De plus, l'arrêt des accouchements à Lourdes entraînera selon les estimations, un transfert d'environ 200 accouchements sur le centre hospitalier de Bigorre.

Les anesthésistes sont déjà depuis février 2011 organisés du fait de l'augmentation d'activité la nuit et les week-ends en garde sur place malgré la reconnaissance d'une astreinte opérationnelle dans le schéma d'organisation cible de l'ARS.

Il conviendra à terme d'évaluer l'augmentation d'activité résultant de cette organisation de la PDS pour réfléchir à une astreinte en second pour les anesthésistes au centre hospitalier de Bigorre.

La question de la polyvalence des praticiens :

Les deux équipes du centre hospitalier de Bigorre : celle d'anesthésie d'une part et celle de réanimation d'autre part fonctionnent aujourd'hui de manière totalement indépendante. En effet, les anesthésistes ne participent actuellement pas à l'activité de réanimation et inversement seuls trois réanimateurs (dont 2 issus de Lourdes et mis à disposition pour faire fonctionner la réanimation de Tarbes) sur sept apportent une aide complémentaire à l'équipe d'anesthésie pour le fonctionnement du bloc de jour uniquement. Dans un souci d'attractivité pour d'éventuels futurs praticiens et afin de s'inscrire totalement dans les orientations régionales, l'objectif des deux équipes est de créer des passerelles entre elles afin de permettre à de jeunes praticiens d'exercer à la fois en anesthésie et en réanimation. Une réflexion sur la polyvalence des praticiens et des équipes va donc être entamée.

1.2. Perspective du nouvel hôpital

Au moment de l'ouverture du nouvel hôpital, le principe d'un regroupement de tous les « lits chauds » du groupe hospitalier sur le site du nouvel hôpital neuf est acquis avec fermeture totale de la réanimation et/ou des soins continus du centre hospitalier de Lourdes.

Une vigilance particulière devra être apportée au dimensionnement des capacités du nouvel hôpital tant en réanimation qu'en soins continus afin de répondre aux besoins de la population de l'ensemble du département. Par ailleurs, cette concentration de services sur l'hôpital pivot permettra une attractivité plus importante pour de futurs praticiens.

URGENCES

Orientations du SROS Urgences :

Orientation 1 : Améliorer la qualité de la prise en charge de l'urgence

Moderniser l'organisation des SAMU-Centre 15 :

- Améliorer la qualité de la régulation médicale
- Optimiser l'utilisation des ressources médicales en mutualisant les moyens de plusieurs régulations : à décliner par territoire et par tranche horaire.

Conforter l'organisation territoriale des SMUR et des services d'urgences : réponse de proximité pour organisation des filières de soins

- Chaque Service d'Accueil des Urgences doit être doté d'une Unité d'Hospitalisation de Courte Durée
- À Tarbes « un regroupement des services d'urgence pourra être préconisé »
- Transmission obligatoire des données à l'ORUMIP

Développer les coopérations entre structures d'urgence au sein d'un même territoire

- Critères d'un service d'urgence isolé : Si < 8000 passages par an, Absence d'AR ou de chirurgien viscéral ou de radiologue, Nombre d'interventions SMUR < 70/médecin/an

La structure isolée doit se rapprocher de l'établissement pivot d'où une nouvelle coopération à développer entre le CH de Lannemezan et le CH de Tarbes : devra évoluer vers des fédérations médicales inter-hospitalières.

Organiser les filières de prise en charge : 4 filières identifiées prioritaires

- Cardiologie (Syndrome Coronarien Aigu)
- Neuro-vasculaire (Accidents Vasculaires Cérébraux et Accidents Ischémiques Transitoires)
- Psychiatrie
- Pédiatrie :

Orientation 2 : Renforcer les relations ville-hôpital

Objectif : infléchir l'afflux de patients aux urgences

- Sensibiliser la population
- Assurer la complémentarité entre les SAU et les structures de Permanence Des Soins Ambulatoires (organisées par le SROS ambulatoire)
- Intervenir précocement pour éviter l'arrivée aux urgences : Comment ?
En organisant l'accès :
 - À des avis spécialisés (psychiatrie + personnes âgées : protocole SAMU/EHPAD)
 - À des consultations spécialisées non programmées pour l'ensemble des spécialités
 - À un plateau technique de biologie et d'imagerie médicale en semaine de 08h à 20h en réponse aux demandes des généralistes

Spécialité : URGENCES

1. Pistes de coopérations Hospitalières

1.1. Partenariats stratégiques pendant la période transitoire :

Coopération Tarbes-Lourdes :

La principale orientation du projet médical concernant le rapprochement Tarbes-Lourdes est la constitution d'une structure juridique type « fédération hospitalière » tout en gardant l'autonomie des deux services. Cela rentre dans les orientations du projet de SROS et pourra représenter la première étape vers une structure de coopération plus intégrée.

Dans une logique de filière territoriale et selon les orientations du SROS médecine d'urgence, l'équipe des urgences du centre hospitalier de Lannemezan devra également se rapprocher de celle de l'hôpital pivot. Ainsi des liens fonctionnels existeront entre les 4 pôles publics d'urgences du département : Tarbes, Bagnères-de-Bigorre, Lourdes et Lannemezan.

Cette fédération permettra dans un premier temps, de conserver deux organisations propres avec deux responsables d'unité mais permettra d'harmoniser les règles de fonctionnement et de travailler sur les protocoles de transferts entre les deux établissements afin de sécuriser les fonctionnements dans la perspective d'un pôle de santé public-privé à Tarbes. Cela permettra également de fluidifier les parcours patients en évitant le passage dans plusieurs services d'urgences consécutifs. Le support institutionnel aidera les praticiens à harmoniser leurs pratiques

L'objectif est de créer un grand pôle d'urgence commun à moyen et à long terme prenant en charge plus de 50 000 passages par an.

Le travail sur l'organisation du circuit patient et sa fluidification devra intégrer les chirurgiens et médecins spécialistes de l'hôpital pivot pour assurer la prise en charge en urgence de tous les patients du territoire.

Un service bien organisé selon des filières de soins coordonnées sur le territoire comme au sein des établissements permettra d'augmenter l'attractivité du centre hospitalier de Bigorre afin de limiter le recours aux médecins remplaçants.

1.2. Perspective du nouvel hôpital et coopérations avec le privé :

Les urgences font partie des quatre thèmes identifiés par l'Agence Régionale de Santé comme devant faire l'objet au moment de la construction du nouvel hôpital d'une collaboration public-privé. Dans l'attente des négociations avec la clinique sur ce point, il paraît pertinent aux praticiens publics d'avoir à terme un service unique d'urgences dans laquelle les praticiens des deux structures pourraient être intégrés notamment dans un souci d'adaptation à la démographie médicale.

2. Pistes d'optimisation des organisations et de gains d'efficience

Les urgences du centre hospitalier de Bigorre assurent une mission de service public importante, à vocation territoriale, multidimensionnelle. Elle comprend notamment la régulation du SAMU, deux lignes de SMUR, une ligne de SMUR Montagne, les

urgences et l'UHCD mais également les urgences de Bagnères-de-Bigorre, et doit répondre à des critères médico-économiques. Ainsi, un travail sur l'optimisation de l'organisation, du fonctionnement, en particulier des lignes de garde du centre hospitalier doit impérativement être mené afin d'améliorer les résultats médico-économique du service.

Question de Bagnères-de-Bigorre :

L'objectif est d'organiser des liaisons fonctionnelles entre les hôpitaux de Tarbes, Bagnères et Lourdes afin que des praticiens de Lourdes puissent également participer à la ligne de garde de Bagnères. Ainsi la charge ne reposera pas entièrement sur l'équipe limitée du centre hospitalier de Bigorre. L'idée est intéressante dans l'objectif d'une mutualisation du personnel médical sur plusieurs établissements sous réserve que cet effectif soit quantitativement suffisant. Cela va dans l'esprit du renforcement des coopérations et permet d'afficher une coopération départementale.

Question de l'organisation du SAMU :

Le SROS prévoit d'étudier des mutualisations de médecins régulateurs en heure profonde. Après une expérimentation dans d'autres départements de Midi-Pyrénées, une telle organisation pourra être étudiée en particulier avec le centre hospitalier d'Auch.

Meilleure utilisation de l'UHCD :

L'UHCD doit au maximum conserver sa vocation d'évaluation et surveillance avant orientation rapide (hospitalisation ou sortie). Trop de patients y attendent une hospitalisation. Il faut réfléchir aux entrées directes dans les services de soins y compris la nuit pour éviter des temps d'attente à l'UHCD. Cela permettra d'en optimiser les moyens et le roulement. L'objectif est de respecter les critères d'inclusion pour l'UHCD. Il faut proposer une régulation avec l'ensemble des services et travailler à des protocoles.

Le centre hospitalier de Bigorre doit conforter son offre de soins ce qui permet une sécurisation de la prise en charge de certains patients mais aussi une valorisation importante pour le secteur des urgences.

Meilleure organisation des filières d'aval des urgences :

Au centre hospitalier de Bigorre une réflexion devra être menée institutionnellement avec l'ensemble des praticiens sur la fluidification des entrées et des admissions dans les services de soins depuis les urgences afin d'éviter des situations de tension dans l'ensemble de l'établissement.

En ce sens, une réflexion devra être engagée pour organiser l'aval comme l'amont des urgences accompagnée d'un travail sur un dispositif « Hôpital sous tension ».

Conformément aux orientations du SROS, les centres hospitaliers de Tarbes et de Lourdes travailleront ensemble sur les filières de prise en charge des urgences cardiologiques, neurologiques, psychiatriques et pédiatriques.

Le centre hospitalier de Bigorre a d'ores et déjà mis en place une filière d'urgence enfant individualisée tant en terme de locaux que de personnel. Cette organisation est à conforter dans l'organisation du département de l'urgence.

La filière urgence gériatrique reste à organiser (cf fiche médecine interne, court séjour gériatrique, gériatrie) notamment avec une plus grande place de l'Equipe Mobile de Gériatrie dans l'évaluation gériatrique dès les urgences.

Orientations du projet de SROS Médecine :

- Constitution d'équipe territoriale par spécialité (peut être composée de praticiens publics et privés)
- Offre de soins coordonnée par un plateau technique pivot avec développement de liens (type consultations avancées)
- Développer le dépistage des maladies chroniques et l'éducation thérapeutique
- Développer des liens ville-hôpital : relations directes avec les médecins traitants
- Développer la prise en charge des personnes âgées : développer des structures et services dans les bassins de santé, consolider les dispositifs territoriaux et assurer une meilleure qualité de prise en charge

Orientation du projet de SROS « Prise en charge des personnes atteintes de cancer »

Orientation 1 : Améliorer le parcours de soins et la qualité de vie des patients

- Respect des critères de conformité INCA (Institut National du Cancer) : dispositif d'annonce, Réunion de Concertation Pluridisciplinaire, Plan Personnalisé de Soins.
- Identification d'un référent oncogériatrique par territoire de santé au sein du « plateau technique pivot de gériatrie » (sollicité par les oncologues)
- Axe « Soins de support » : chaque établissement doit en organiser l'accès en interne ou par convention, + Identification de poste d'infirmiers coordonnateurs des soins de support
- Développement des liens ville-hôpital
- Accompagnement de l'après cancer

Orientation 2 : permettre l'accès à un traitement adapté

- Conforter le maillage territorial des établissements autorisés : Chirurgie digestive, sein, chimiothérapie garantie dans chaque territoire, Renforcement des 3C
- Renforcement des prises en charge en HAD
- Distinction entre établissements autorisés et établissements associés pour les chimiothérapies
- Organisation de l'accès aux ressources régionales de recours

Orientation du projet de SROS Activités interventionnelles sous imagerie médicale par voie endovasculaire

Orientation 1 : adapter l'offre de soins de l'activité de type 1 aux besoins

- Développer l'activité de rythmologie interventionnelle au delà des centres toulousains
- Offre de soins de proximité tout en garantissant un haut niveau de compétences

Existence de seuils : Electrophysiologie interventionnelle : 50 procédures d'ablation par an : gradation en 3 niveaux de centres en fonction du nb d'interventions
Pose de défibrillateurs cardiaques implantables : 50 poses par an
Astreinte de rythmologie interventionnelle 24h/24
Privilégier le regroupement des équipes : accès au plateau technique à d'autres praticiens

Orientation 3 : adapter l'offre de soins de type 3 : cardiopathies de l'adulte plus particulièrement les sténoses coronariennes

Le seuil minimal de 350 actes d'angioplastie coronarienne par an conditionne l'autorisation

Nécessité d'organiser la filière pour diminuer les délais de prise en charge et de protocoliser l'organisation interne

Privilégier le regroupement des équipes pour maintenir les compétences : 100 à 150 actes/an/ opérateur

Projet de SROS « Périnatalité, santé de la mère et de l'enfant »

Orientation 1 : Assurer une prise en charge de qualité de proximité

Sur **chaque bassin de santé**, missions de suivi des grossesses et du post-partum, de gynécologie, de pédiatrie, d'éducation et de prévention

L'organisation des CPP relève de la responsabilité des maternités avec lesquelles ils passent convention avec équipes communes.

Orientation 2 : Anticiper, dépister et prendre en charge les situations pathologiques et/ou à risques psychosocial

- Généraliser l'entretien du 4ème mois
- Repérer les conduites addictives pendant la grossesse
- « Dépistage au plus tôt pour prendre en charge précocement »
 - La trisomie 21 et les dépistages prénataux
 - Les risques de psychopathologie en période périnatale (troubles du lien, dépression du nourrisson, dépression du post-partum)
- Prise en charge des nouveaux nés à risque de handicap
- Dépister évaluer et prendre en charge les troubles de l'apprentissage : offre régionale graduée : Tarbes comme centre de référence régional
- Conforter l'offre de néonatalogie : Objectif : limiter séparation mère et enfant :
- Développement des services d'HAD néonatale

Orientation 3 : Assurer les prises en charge d'aval de proximité

- Proposer des soins pédopsychiatriques précoces pendant les 18 à 24 premiers mois (cf SROS psychiatrie infanto-juvénile)
- Liens ville-hôpital : staffs post-nataux sur les familles vulnérables
- Suivre les enfants à risque de handicap

Spécialités : GASTRO-ENTEROLOGIE

1. Pistes de coopérations Hospitalières

1.1. Coopérations Tarbes-Lourdes :

La gastro-entérologie fait déjà partie des services qui fonctionnent selon le principe d'une équipe territoriale publique entre les centres hospitaliers de Tarbes et de Lourdes. En effet, les deux praticiens exerçant à Lourdes sont un retraité du centre hospitalier de Tarbes et un jeune praticien dont l'exercice est partagé entre les deux établissements.

En ce qui concerne l'activité de cancérologie digestive, des diagnostics peuvent être réalisés à Lourdes avec une intervention à Tarbes et un traitement en chimiothérapie à Lourdes au plus près du domicile du patient.

Une filière de soins est d'ores et déjà organisée entre les deux établissements, puisque seul le Centre Hospitalier de Tarbes dispose d'une unité identifiée gastro-entérologie. Les patients de gastro-entérologie les moins lourds peuvent ainsi selon des protocoles de soins être hospitalisés en médecine polyvalente à Lourdes ou, si leur état le nécessite, être hospitalisés dans le service de spécialité de Tarbes.

Cette équipe a vocation à continuer et à développer son déploiement sur deux sites en confortant la présence d'un temps de gastro-entérologue sur le site lourdaise notamment pour des activités exploratoires ainsi que pour des consultations.

1.2. La problématique de la permanence des soins et le développement de liens avec le privé

L'organisation cible de l'ARS concernant la permanence des soins reconnaît à part égale l'astreinte entre le public et le privé (0.5% de l'astreinte et du financement pour l'hôpital et pour la polyclinique de l'Ormeau-Pyrénées). Une collaboration devait être envisagée pour permettre l'exercice partagée de cette astreinte.

Pour autant, les gastro-entérologues privés, interrogés sur ce thème par leurs confrères du public ont fait savoir par écrit qu'ils ne souhaitent pas participer à la permanence des soins de leur discipline.

Le Centre Hospitalier de Bigorre doit se préparer à une augmentation de son activité en période de permanence des soins. L'organisation cible de l'ARS pour la PDS en gastro-entérologie n'est pas envisageable, le centre hospitalier de Bigorre sera le seul à assurer les urgences gastro-entérologiques sur le département.

2. Développement d'activité et filières de soins :

2.1. Liens avec la réanimation et les soins continus

Sur la question des soins continus (Cf fiche Anesthésie – Réanimation - Soins continus) et le projet d'identification de lits de soins continus, les gastro-entérologues s'accordent pour soutenir ce projet institutionnel dans lequel les lits sont pris en charge médicalement par les réanimateurs. En effet, la gastro-entérologie est le deuxième service, après la chirurgie viscérale, nécessitant le recours à des lits de soins continus.

2.2. Identification et individualisation du service de gastro-entérologie

Les praticiens ne sont pas favorables à l'organisation actuelle dans laquelle une aile d'hospitalisation est partagée entre le service de gastro-entérologie et une partie du Court Séjour Gériatrique.

Le plan directeur du centre hospitalier de Bigorre (présenté page ...) permet d'améliorer le fonctionnement de ce service en l'individualisant et en augmentant ses capacités d'hospitalisation. Cette augmentation est liée à une forte activité, à la présence d'une équipe complète de praticiens, à la nécessité d'avoir des lits d'hospitalisation de semaine et au projet de développement d'une unité d'addictologie (cf paragraphe suivant). Cette individualisation permettra une unicité de fonctionnement médical et paramédical.

Les praticiens vont maintenant travailler concrètement sur ce projet pour en définir les capacités précises et les organisations soignantes.

L'augmentation des capacités se fera après une étude médico-économique qui démontrera que les surcoûts éventuels seront compensés par une augmentation prévisible des recettes d'activité. Les éventuels moyens supplémentaires seront contractualisés dans un avenant au contrat de pôle du pôle Médecine, partie gastro-entérologie.

2.3. Création d'une unité d'addictologie selon les orientations du SROS

L'équipe d'addictologie et de gastro-entérologie du groupe hospitalier Tarbes-Lourdes souhaite s'inscrire dans le projet de développement d'une unité d'addictologie de niveau 2, de recours territorial, opportunité ouverte par territoire de santé dans le projet de SROS « Addictologie ».

Il faudra pour mettre en œuvre ce projet compléter les moyens de l'équipe d'addictologie actuelle notamment en temps médical même si ce projet peut être monté par les praticiens compétents tarbais en coopération avec leur confrère lourdaise, formé en addictologie. Le projet à construire est un projet de filière de soins avec l'hôpital d'Astugue pour une prise en charge adaptée en SSR suivant l'hospitalisation.

Le centre hospitalier de Bigorre ainsi que l'hôpital d'Astugue se positionnent, dans une logique de filière, pour mettre en œuvre ce projet accompagné des moyens nécessaires pour son fonctionnement. Il s'agit donc d'un projet territorial. La question du dimensionnement de cette unité est primordiale car le centre hospitalier de Bigorre se positionnerait plutôt pour une unité de 5 lits, suffisante selon les praticiens au regard des besoins de la population, là où le projet de SROS parle d'unité de minimum 10 à 15 lits.

Spécialités : PNEUMOLOGIE

1. Pistes de coopérations Hospitalières

1.1. Coopérations Tarbes-Lourdes :

La pneumologie fait partie des spécialités où l'objectif de création d'une équipe territoriale est une priorité. En effet, il faut que les pneumologues des deux établissements déclinent leurs activités sur les deux sites et participent ensemble à la permanence des soins de l'hôpital pivot.

Le maintien d'une activité de pneumologie programmée est souhaitable et possible sur le CH de Lourdes tant en hospitalisation qu'en activité externe (explorations fonctionnelles et consultations).

En ce qui concerne l'hospitalisation complète celle-ci serait possible au sein de l'unité de médecine polyvalente (Broncho-pneumopathies Chroniques Obstrucives BPCO – infectiologie – etc...) dans laquelle le pneumologue lourdaise intervient pour des prises en charge en journée et/ou des avis sur demande de ses confrères.

L'activité de cancérologie thoracique nécessitant une prise en charge en hospitalisation complète et les pathologies de pneumologie lourdes seront préférentiellement orientées vers le centre hospitalier de Bigorre. En ce qui concerne l'activité ambulatoire, celle-ci peut se déployer sur les 2 sites y compris les polygraphies du sommeil.

En ce qui concerne l'activité externe et de plateau technique, la réalisation d'endoscopies doit pouvoir être réalisée sur Tarbes et maintenue sur Lourdes autant que possible pour rester au plus près des besoins de la population.

Sur les deux sites, des programmes « d'éducation thérapeutique » ou du moins de formation à la gestion de certaines pathologies (BPCO) devraient être privilégiés en articulation avec les acteurs du premier recours (médecins – kinésithérapeutes...).

L'équipe territoriale a donc vocation à se déployer sur les deux sites et l'objectif est d'assurer une permanence des avis pneumologiques en journée et en semaine sur le site de Lourdes pendant les absences du seul praticien Lourdaise.

1.2. Organisation de la filière de prise en charge :

Filière d'amont : des protocoles de prises en charge et/ou de transfert doivent être définis en lien avec les services d'urgences de Tarbes et de Lourdes pour l'orientation des patients se présentant sur l'un ou l'autre des SAU du département pour privilégier la meilleure adéquation et une plus grande fluidité de la prise en charge des patients en fonction des besoins identifiés.

Filière d'aval : Le parcours vers les SSR du département fonctionne bien.

En ce qui concerne les patients devant bénéficier d'une rééducation respiratoire, il est souhaitable dans la mesure du possible compte tenu du plan personnalisé de soins défini pour chaque patient de faire appel à l'offre de soins et aux compétences propres au territoire (Astugue). Des conventions ont d'ailleurs été signées ou sont en cours de signature en ce sens entre les hôpitaux d'Astugue, de Tarbes et de Lourdes.

Le développement d'une offre d'hospitalisation à domicile pour le secteur de Lourdes et de la Vallée des Gaves est mis en évidence, il est souhaitable de pouvoir, dans un délai assez bref, structurer cette prise en charge.

1.3. La problématique de la permanence des soins et le développement de liens avec le privé

La permanence des soins de pneumologie doit être organisée sur le site de Tarbes. L'organisation cible de l'ARS prévoit un partage de cette PDS avec la polyclinique de l'Ormeau. Les discussions avec les praticiens privés n'ont pas encore eu lieu. L'équipe médicale publique est d'ores et déjà en capacité d'assurer la PDS sur le site public avec la participation des praticiens privés.

Tous les praticiens publics participent d'ores et déjà à la PDS sur Tarbes.

2. Pistes de développement d'activité dans la perspective de hôpital neuf

Au centre hospitalier de Bigorre, l'activité de cancérologie doit être maintenue, consolidée et développée. L'hôpital a en effet dernièrement recruté une pneumologue titulaire d'un DESC d'oncologie ce qui rend l'établissement autonome dans la pratique des RCP et la prescription des chimiothérapies dans les cancers pneumologiques. Il convient également de rendre l'activité d'oncologie à l'hôpital public lisible pour la population et pour les médecins traitants par une politique de communication active sur ce point.

Les activités interventionnelles et de consultations vont également être développées avec l'arrivée d'un nouveau praticien.

Concernant le développement des activités sommeil et dans la perspective de l'hôpital neuf, des liens avec les pneumologues privés peuvent être développés. Les relations entre les équipes privées et publiques sont bonnes ce qui permettra de construire un projet de plateau technique commun notamment sur l'activité sommeil au moment de la construction de l'hôpital neuf.

Spécialités : NEPHROLOGIE HEMODIALYSE

1. Pistes de coopérations Hospitalières

1.1. Coopérations Tarbes-Lourdes et conséquences sur les coopérations avec le centre de dialyse de Bartrès

L'objectif en néphrologie ne peut pas être de créer une équipe territoriale puisque le centre hospitalier de Lourdes ne dispose pas de néphrologue. Pour autant, le projet médical a pour objectif d'organiser et de développer les liens entre les équipes médicales du centre hospitalier de Lourdes et l'équipe de néphrologie du centre hospitalier de Tarbes.

Les patients ayant besoin d'être dialysés en urgence le sont aujourd'hui en réanimation à Lourdes s'ils ont une défaillance polyviscérale, ou sont transférés à Tarbes en néphrologie en cas de pathologie rénale exclusive.

Une convention lie aujourd'hui le centre hospitalier de Lourdes au centre de dialyse de Bartrès. Pour les insuffisants rénaux chroniques, le Centre Hospitalier de Bigorre ne peut en aucun cas récupérer l'activité saisonnière de Bartrès essentiellement constituée de pèlerins.

Cela n'empêche pas que le centre de dialyse et de consultation référent du Centre Hospitalier de Lourdes doit être le Centre Hospitalier de Bigorre.

Les praticiens tarbais s'engagent à proposer une offre de service au centre hospitalier de Lourdes pour pouvoir réorienter la filière des patients néphrologiques entre les deux hôpitaux. Cette offre d'avis néphrologique doit être dimensionnée à partir des besoins des praticiens Lourdais. Il faudra interroger les services de soins pour dimensionner le besoin en avis néphrologiques.

1.2. La problématique de la permanence des soins

Les praticiens précisent que les urgences de néphrologie représentent réellement des urgences vitales ne permettant pas de faire patienter le patient jusqu'au lendemain ou jusqu'à Toulouse pendant un transfert. Si le médecin n'a plus d'astreinte pour la PDS, le dispositif de dialyse en urgence ne pourra plus être maintenu. La prise en charge de ces urgences doit être organisée entre les services de réanimation et de néphrologie.

2. Pistes de développement d'activité :

2.1. Question du développement de la dialyse péritonéale (DP), orientation du SROS :

L'ARS souhaite augmenter le taux de dialyse péritonéale notamment dans les EHPAD et à domicile. En Midi-Pyrénées il y a actuellement très peu de DP dans les centres hospitaliers essentiellement parce que les néphrologues n'ont pas appris la DP. L'école toulousaine est plutôt l'école de la transplantation et Midi Pyrénées une des premières régions de France en nombre de greffes.

Pour réaliser la DP il faut

- Une équipe médicale formée
- Une équipe d'infirmières formées avec de l'expérience

Beaucoup d'hôpitaux n'ont pas ces conditions : à Tarbes un seul médecin est partiellement formé et aucune infirmière. Cette méthode ne fonctionne pas en urgence et ne représente pas une perspective d'avenir pour l'équipe tarbaise
A Tarbes, l'objectif prioritaire de l'hôpital est de développer la greffe.

Spécialité : DIABETOLOGIE ENDOCRINOLOGIE et MEDECINE VASCULAIRE

1. Coopérations hospitalières :

1.1. Coopération Tarbes-Lourdes

L'équipe de diabétologie-endocrinologie Tarbes-Lourdes est un exemple pour les autres spécialités médicales puisqu'elle est déjà, depuis 2010, organisée en équipe territoriale de spécialité avec un partage d'activité entre les hôpitaux de Tarbes et de Lourdes. En effet, l'hospitalisation complète est concentrée sur Lourdes avec une unité de 10 lits et l'hospitalisation de semaine et de jour se fait au centre hospitalier de Bigorre avec une unité de 12 lits.

Les praticiens Tarbais viennent participer à Lourdes au fonctionnement de l'unité d'hospitalisation complète ainsi qu'à l'astreinte pour la continuité et la permanence des soins, astreinte qui n'a pas été reconnue comme faisant partie d'une activité de permanence des soins.

Les coopérations Tarbes-Lourdes sont d'ores et déjà activées et méritent d'être préservées et consolidées à l'avenir. Un travail d'harmonisation des pratiques notamment sur les stages d'éducation thérapeutique peut être envisagé.

Des liens transversaux importants existent entre les spécialités de diabétologie-endocrinologie et de médecine vasculaire.

Le recrutement d'un assistant partagé en médecine vasculaire avec le CHU pourrait permettre de diminuer les délais d'attente, développer de nouvelles activités et proposer une présence à Lourdes (qui possède le matériel) sur la base de deux demi-journées par semaine. En effet, cela répondrait à un besoin sur le centre hospitalier de Lourdes aujourd'hui plutôt tourné vers un cabinet de ville. Ce recrutement pourrait être envisagé à la lumière d'une étude médico-économique plus complète.

1.2. Filière de prise en charge sur le territoire :

Une filière de prise en charge officialisée par une convention et permise par une mise à disposition de temps de praticien endocrinologue est d'ores et déjà effective avec l'hôpital Le Montaigu à Astuges. Les praticiens de Lourdes s'y rendent en effet en alternance deux fois par mois notamment pour effectuer le suivi des patients du centre hospitalier de Lourdes et participer à des actions d'éducation thérapeutique. Cette proximité et cette coopération permettent d'éviter des retours précoces en hospitalisation complète après passages aux urgences.

Les filières d'aval sont donc bien identifiées pour les patients diabétiques avec Astuges mais également avec les autres SSR du département dont Lourdes et l'Ayguerote.

2. Pistes de développement d'activité :

Les praticiens font remonter un projet d'équipement important, prévu dans le SROS pour toute équipe de territoire et tout plateau technique pivot : il s'agit d'un appareil de rétinographie. Cet équipement manque aujourd'hui sur le groupe hospitalier ce

qui ne permet pas aux diabétologues d'effectuer des bilans complets en hospitalisation de jour. Cet équipement permet la réalisation de fonds d'œil par des techniciens avec seulement une interprétation par le médecin ophtalmologiste ce qui permet d'augmenter le nombre d'examen potentiellement réalisables. Les praticiens lourdais précisent qu'avant d'envisager ce type d'équipement à Lourdes il faut déjà le positionner à Tarbes et voir comment l'offre répond à la demande sur un bassin de population plus important. Il faudra réfléchir cet investissement dans une logique commune entre les diabétologues et les ophtalmologistes.

Une piste pourrait être de récupérer le matériel acheté par la CPAM positionné aujourd'hui dans ses locaux.

Spécialité : MEDECINE INTERNE, MEDECINE POLYVALENTE,
FILIERE DE PRISE EN CHARGE GERIATRIQUE ET
COURT SEJOUR GERIATRIQUE
SOINS PALLIATIFS

En gériatrie et en médecine interne ou polyvalente, le projet médical ne propose pas la constitution d'équipes territoriales. En effet, l'ensemble des praticiens considère qu'il s'agit de prises en charge de proximité. Même si des liens existent entre les différents sites du département notamment sur la consultation mémoire départementale la proximité est indispensable et les différentes structures sont complémentaires entre elles notamment pour certaines prises en charge spécifiques. Les orientations seront donc présentées par établissement et sans distinction entre la période transitoire et la période d'ouverture de l'hôpital neuf.

1. Propositions pour le Centre Hospitalier de Bigorre, un renforcement de la filière gériatrique :

- *Renforcement de Court Séjour Gériatrique.* On note aujourd'hui une insuffisance des capacités de ce service. Par ailleurs, ce dernier partage aujourd'hui une aile d'hospitalisation avec la gastro-entérologie, il est primordial d'autonomiser ce service (même souhait de la part de la gastro-entérologie) avec un fonctionnement dédié ainsi qu'une équipe dédiée. Cet aspect quantitatif n'est pas une fin en soi, il s'y ajoute l'aspect qualitatif avec la nécessité de personnel complémentaire (IDE, kiné, assistante sociale, psychologue...), qui permettra de suivre l'augmentation des capacités. Ce projet est intégré dans le plan directeur (Cf page ...). il conviendra enfin de développer les compétences gériatriques des praticiens de Court Séjour Gériatrique.
- *Développement de l'Evaluation gériatrique :* cela peut passer par :
 - *La création d'une véritable Equipe Mobile de Gériatrie (EMG)* dimensionnée par rapport aux besoins des services (aujourd'hui uniquement un 0.5 ETP de gériatre). Des moyens supplémentaires ont déjà été demandés dans le cadre des Missions d'Intérêt Général. Pour autant, l'apport de l'EMG dans les services de soins est non négligeable notamment en termes de fluidité dans l'orientation des patients. L'objectif est aussi d'éviter les ré-hospitalisations par la programmation par l'EMG d'évaluations gériatriques complètes et complémentaires notamment en hôpital de jour. Cela permettra de créer du lien entre gériatres et spécialistes et de développer les filières de prise en charge.
 - *Le développement des évaluations en hospitalisation de jour ou de semaine.* Là encore le rôle de l'EMG est primordial puisqu'elle permettra notamment par une présence accrue aux urgences de faire une première évaluation de la personne, puis de l'orienter vers des « Consultations de Post-Urgences » qui pourront être créées par les gériatres de l'Ayguerote et de Vic-en-Bigorre. Cette première consultation permettra ensuite d'orienter vers des bilans plus complets notamment en HDJ. Cette proposition sera à discuter avec les urgentistes afin d'affiner leurs besoins et leurs problématiques. Il faudra alors former les urgentistes pour repérer la fragilité des personnes qui

vont déterminer la nécessité d'une consultation. le développement de cette notion d'évaluation passera également par la réactivation de cinq lits de court séjour sur le site de Vic-en-Bigorre associé à un ou deux lits d'hospitalisation de jour sans moyens supplémentaires afin de réaliser une prise en charge rapide, principalement tournée vers l'évaluation, sur le bassin de proximité, au plus près des besoins des personnes âgées.

- *Développement de la consultation mémoire* aujourd'hui réalisées en grande partie par les gériatres. Il serait intéressant que les neurologues puissent y participer car les deux spécialités réalisent aujourd'hui leurs consultations parallèlement.
- *Augmentation des capacités des accueils de jour Alzheimer* à Vic-en-Bigorre et aussi et surtout à l'Ayguerote car ces capacités sont pour un bassin de population comme Tarbes insuffisantes avec seulement 10 places activées.

2. Propositions concernant l'activité de médecine interne et de médecine polyvalente :

Le centre hospitalier de Bigorre dispose d'une unité de médecine interne, véritable spécialité médicale complexe alliant des prises en charge d'infectiologie ou encore d'hématologie. La spécialité d'hématologie est reconnue régionalement avec des RCP réalisées par télé-médecine à Toulouse pour des cures de chimiothérapies pouvant être mises en œuvre localement. Parallèlement à ces prises en charge, une démarche de réflexion sur les plaies et les cicatrisations a également été lancée par l'équipe médicale de ce service.

Concernant l'activité de médecine interne du centre hospitalier de Bigorre il est important d'insister sur la nécessaire démarche prospective en matière de recrutements médicaux à avoir tant sur la rhumatologie (départ prochain du seul praticien temps partiel) que sur la dermatologie (absence totale d'offre de soins sur le centre hospitalier).

3. Proposition pour le centre hospitalier de Lourdes : consolidation de l'organisation actuelle et finalisation d'une filière gériatrique complète :

L'EMG fonctionne mieux grâce à un dimensionnement plus adéquat et une présence plus fréquente aux urgences ce qui a permis aux urgentistes de développer petit à petit une culture gériatrique.

Aujourd'hui l'EMG rencontre des difficultés pour sortir des murs de l'hôpital afin de travailler en amont notamment au domicile pour éviter que les patients arrivent aux urgences. Les services hospitaliers dont le court séjour gériatrique vont revoir à la baisse leur besoin en EMG pour lui permettre de sortir davantage. Le projet identifié comme le plus important reste donc bien l'évaluation gériatrique et notamment le repérage des personnes âgées fragiles non encore dépendantes puisque Lourdes a été identifiée par l'ARS et par le gérontopôle comme un site expérimentateur d'une plate forme d'évaluation et de repérage. L'évaluation est d'autant plus importante que le projet MAIA est en train de se mettre en place sur Lourdes avec les premiers cas complexes pris en charge par les gestionnaires de cas. L'EMG va devoir se mettre à disposition pour sortir afin de faire les évaluations nécessaires au fonctionnement de la MAIA.

Un autre objectif est d'officialiser, d'identifier clairement et de labelliser la consultation mémoire du centre hospitalier de Lourdes qui sera réalisée par des gériatres en plus des consultations aujourd'hui réalisées par le neurologue.
Un projet PASA SASA est également actuellement à l'étude.

4. Orientation en termes de soins palliatifs :

Au centre hospitalier de Bigorre l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP) intervient sur demande des médecins dans les services. Son dimensionnement lui permet toutefois difficilement d'être présente sur les trois sites du centre hospitalier auxquelles se rajoutent parfois des évaluations au domicile.

A Lourdes, le problème du dimensionnement de l'équipe est aussi prégnant afin de réaliser au mieux les missions confiées.

On note toutefois une évolution des deux équipes vers des questions d'éthique ce qui permet d'apporter une aide et un soutien important aux équipes soignantes dans la gestion des fins de vie.

Dans la perspective de l'hôpital neuf il faudra se poser la question d'une Unité de Soins Palliatifs ou de Lits Identifiés Soins Palliatifs regroupés et non flottants ce qui pourra permettre de mobiliser le personnel supplémentaire induit par la reconnaissance de ces lits

Spécialité : NEUROLOGIE

1. Pistes de coopérations Hospitalières

1.1. Coopérations Tarbes-Lourdes :

En neurologie comme dans les autres spécialités médicales, l'objectif est de créer une véritable équipe territoriale entre les neurologues des centres hospitaliers de Tarbes et de Lourdes.

En effet, l'équipe du centre hospitalier de Tarbes se déploie d'ores et déjà sur trois sites (Tarbes, Lannemezan, Bagnères-de-Bigorre) et a vocation dans un avenir proche à se déployer sur quatre sites en ajoutant le centre hospitalier de Lourdes notamment pour des avis neurologiques dans les services de médecine et aux urgences.

1.2. la question de la filière de soins neurologique

Le dispositif central de la filière de soins des patients neurologiques est l'Unité Neuro-Vasculaire qui traite de la phase aiguë des Accidents Vasculaires Cérébraux et qui est ouverte et active au centre hospitalier de Bigorre depuis le 09 janvier 2012. Des coopérations sont à développer ou à consolider en amont et en aval de cette prise en charge aiguë, d'une part avec les différents services d'urgences du département et d'autre part, avec les services de SSR de tous les établissements du département.

L'UNV représente indéniablement la tête de pont de cette filière mais ne peut fonctionner qu'avec un adressage et une offre de rééducation performants.

En amont : liens avec les services d'urgences du département :

Les adressages dans les plus brefs délais de patients présentant les signes d'un AVC fonctionnent bien entre les différents services d'urgences du département (Lourdes, Bagnères-de-Bigorre, Lannemezan) et l'UNV.

Des protocoles doivent encore être finalisés avec le service d'urgence de la polyclinique de l'Ormeau.

Un développement important d'activité pour les services d'urgence est ouvert par la **Circulaire DGOS/R4/R3/PF3 no 2012-106 du 6 mars 2012 relative à l'organisation des filières régionales de prise en charge des patients victimes d'accident vasculaire cérébral (AVC)** qui ouvre la voie vers la prise en charge précoce des AVC dans les services d'urgences de proximité.

En effet, la thrombolyse peut être initiée soit dans un établissement siège d'une UNV, soit dans un établissement de proximité susceptible d'effectuer l'acte de thrombolyse et répondant aux critères d'appartenance à la filière suivants :

- établissement disposant d'un service de médecine d'urgence ouvert 24 h/24,
- d'une équipe de médecins formés,
- d'un accès direct au plateau d'imagerie – IRM ou scanner à défaut –
- et disposant d'une liaison par télé-médecine avec l'UNV permettant de réaliser des actes de télé-médecine (télédiagnostic et accompagnement de l'acte de thrombolyse).

Avec une formation adaptée de la part des neurologues et la création de liens de plus en plus forts avec les urgentistes de Lourdes, il est envisageable que ces

derniers puissent initier sur place la thrombolyse en lien par télé-médecine avec le neurologue d'astreinte. Cela permettrait de consolider et d'améliorer la filière de prise en charge des AVC en effectuant l'acte de thrombolyse le plus rapidement possible et dans une logique de proximité pour le patient.

En aval : liens avec les SSR

La neurologie est un exemple de filière de soins organisée entre les différents établissements du département en ce qui concerne les liens entre les services de court séjour et les services de Soins de Suite et de Réadaptation. Un médecin rééducateur de Bagnères-de-Bigorre intervient de manière hebdomadaire dans le service de neurologie du centre hospitalier de Tarbes pour cibler l'orientation vers le type de SSR, CRF ou poly pathologiques et inversement les neurologues tarbais interviennent à Bagnères-de-Bigorre pour garder contact avec le patient et assurer un suivi neurologique pendant la rééducation.

Un projet de convention est d'ailleurs en cours de discussion avec les différents services de SSR du département pour déterminer les conditions d'accueil des patients neurologiques. La structure logique d'accueil de ces patients reste le SSR neurologique du CRF de Bagnères-de-Bigorre. Pour autant, chaque SSR polyvalent ou à orientation « Personnes âgées poly pathologiques » peut accueillir des patients provenant de neurologie pour une rééducation plus douce. L'objectif de cette convention est d'officialiser la possibilité de « réserver » 2 à 4 lits pour des patients de neurologie. Cela concerne les SSR de Vic-en-Bigorre, de l'Ayguerote, de Lourdes et de Bagnères-de-Bigorre.

Un projet important consistera également, pour finaliser la filière de prise en charge des AVC, à mettre en place des lits et places d'hospitalisation de jour en SSR sur Tarbes, spécialisés en neurologie (cf SROS).

2. Piste de développement d'activité :

2.1. Le développement de projets d'éducation thérapeutique en neurologie :

L'équipe des neurologues du centre hospitalier de Bigorre est porteuse de nombreux projets d'éducation thérapeutique du patient dont le plus avancé qui a été autorisé par l'ARS en 2012 est celui concernant la prise en charge des patients épileptiques. Les objectifs de ce programme sont entre autres de mieux connaître la maladie et son traitement et de faire face aux difficultés de la vie quotidienne (travail, loisirs, conduite automobile...).

D'autres projets sont également à l'étude concernant notamment la sclérose en plaques.

2.2. Consolidation de la consultation douleur chronique :

Cette consultation pluridisciplinaire qui répond à des besoins croissants de santé publique n'est pas en l'état actuel des choses assurée de sa pérennité. Il convient d'en conforter le fonctionnement et la gestion.

Spécialité : PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ATTEINTES DE CANCER

1. Pistes de coopérations Hospitalières

1.1. Coopération Tarbes-Lourdes :

Activité de chimiothérapie

Le consensus se fait sur le maintien du site de Lourdes en site autorisé avant d'envisager éventuellement par la suite (fusion ou construction du nouvel Hôpital sur Tarbes) que Lourdes soit structuré en site associé. La transformation en site associé représenterait une véritable complexification du parcours patient pour les personnes qui devraient faire des navettes entre Lourdes pour le diagnostic et le traitement et Tarbes pour la consultation et la primo-prescription. Dans l'intérêt des patients et au regard de la démographie médicale, cette orientation paraît difficile à mettre en œuvre.

Il convient de prendre en compte le code de la santé publique à savoir que les seuils d'activité doivent être atteints sur chacun des sites lorsqu'une autorisation est délivrée à une entité juridique multi-site.

Le seul oncologue public exerce sur le site de Lourdes et les seuils sont atteints. Les conditions sont donc remplies pour le maintien d'un site autorisé à Lourdes.

L'intérêt de pouvoir disposer d'une unité d'hospitalisation à domicile sur le bassin de Lourdes est évident pour permettre des cures de chimiothérapie à domicile.

Pour ce faire, il est nécessaire de pouvoir bénéficier du relais d'infirmières formées et d'une « logistique » permettant d'assurer le transport des produits depuis la pharmacie à usage intérieur vers la pharmacie de proximité du patient.

L'impact du développement de ce type de prise en charge devra être évalué par rapport au fonctionnement et à la capacité des places d'Hôpital de Jour.

Chirurgie Oncologique

Eu égard à la nécessité d'atteindre les seuils il convient d'envisager une centralisation de l'activité de chirurgie oncologique sur le site de Tarbes en étudiant de façon plus approfondie le parcours du patient afin de concilier l'intérêt du patient et l'intérêt économique du Groupe Hospitalier.

1.2. Transversalité avec d'autres disciplines

Le recours à un plateau technique pourvu d'un TEPSCAN présente un intérêt majeur pour le soutien de cette activité tout en prenant en compte le fait que cet équipement ne répond pas exclusivement aux besoins de la Cancérologie et peut être utilisé dans d'autres activités (infectiologie...).

Le projet d'installation d'un TEPSCAN sur Pau prévu dans le cadre du SROS Aquitaine doit être étudié sans pour autant compromettre une hypothèse d'installation sur Tarbes dans le cadre d'une association publique – privée. Toutefois cela nécessiterait une modification du projet de SROS en cours de réalisation ou se situer dans la perspective du SROS suivant (2017-2022). Il apparaît que cette coopération interrégionale est envisagée dans le COTER Imagerie de Midi-Pyrénées.

En ce qui concerne l'Onco-gériatrie il est nécessaire d'identifier au sein du Groupe Hospitalier Public un gériatre impliqué dans l'oncologie comme cela est demandé dans les orientations du projet de SROS. Cela permettra de compléter la prise en charge des personnes âgées atteintes de cancer pour y intégrer un aspect pluridimensionnel et spécifiquement gériatrique.

1.3. Collaboration envisagée avec le secteur privé dans la perspective de l'hôpital neuf

Les activités de traitement du cancer font partie des quatre spécialités identifiées comme devant faire l'objet d'une coopération avec le secteur privé dans le cadre de la construction de l'hôpital neuf sur le site de la clinique.

Celle-ci existe depuis plusieurs années dans le cadre du 3C territorial, de la tenue des RCP et dans le recours à la radiothérapie.

Durant la période intermédiaire, une volonté se manifeste de ne pas changer la répartition des activités entre le public et le privé car l'Oncologie est une part non négligeable des activités des spécialités déployées dans le secteur public (Gastro-entérologie - pneumologie - médecine interne - gériatrie - chirurgie ...).

Au-delà de la coopération existante par l'intervention d'un oncologue du secteur privé dans certaines disciplines (gynécologie) pour valider des ordonnances de chimiothérapie, il est manifeste que le secteur public notamment sur Tarbes a intérêt à recruter un oncologue médical temps plein pour stabiliser cette activité.

L'organisation future publique/privée notamment dans la pratique des chimiothérapies en hôpital de jour fera l'objet d'une réflexion sous l'égide du comité de pilotage.

Spécialité : CARDIOLOGIE ET CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

1. Pistes de coopérations Hospitalières

1.1. Coopération Tarbes-Lourdes :

Les cardiologues de deux établissements ont proposé un projet de réorganisation de l'activité de cardiologie entre les deux sites.

Les objectifs de ce projet sont multiples, il s'agit :

- de créer une équipe territoriale de spécialité déclinée sur les deux sites composée de l'ensemble des praticiens,
- d'organiser la prise en charge cardiologique en fonction des profils des patients avec répartition des activités entre la cardiologie lourde (Unité de Soins Intensifs de Cardiologie, Soins de Surveillance Continue) sur l'hôpital pivot et la cardiologie plus « générale » sur l'hôpital de proximité. Cela permet de répondre aux besoins de la population qu'il s'agisse d'un besoin de plateau technique interventionnel ou d'un besoin de prise en charge de proximité notamment pour des patients âgés polypathologiques.
- d'optimiser la permanence des soins entre les deux sites en la recentrant sur l'hôpital pivot grâce à la présence de la garde sur place pour l'unité de soins intensifs.
- Renforcer l'équipe de cardiologie et plus précisément la cardiologie interventionnelle par le recrutement d'un praticien.

Le projet présenté par les cardiologues consiste à regrouper les équipes et les activités de cardiologie et de cardiologie interventionnelle sur Tarbes tout en conservant à Lourdes les capacités en lits existantes.

A horizon 2014, au moment où le centre hospitalier de Bigorre sera en capacité de les accueillir, il conviendra de réorienter les lits de soins continus cardiologiques du centre hospitalier de Lourdes vers celui de Tarbes afin de créer une concentration de la prise en charge des patients lourds, ayant besoin d'une surveillance rapprochée sur l'hôpital pivot du territoire. Cela ne pourra se faire qu'après rénovation et réorganisation des ailes actuelles de cardiologie au centre hospitalier de Tarbes. Ainsi, l'ensemble des sept praticiens présents actuellement augmentés par un recrutement supplémentaire participeront à la garde sur place de cardiologie qui sera l'unique ligne de permanence des soins pour les deux hôpitaux de Tarbes et de Lourdes.

Le fait de maintenir jusqu'à l'ouverture de l'hôpital neuf, dont les capacités seront à discuter en lien avec la clinique sous l'égide du comité de pilotage, des capacités de lits de cardiologie sur le centre hospitalier de Lourdes permettent à la fois de répondre aux besoins de proximité de la population sur cette spécialité et de maintenir l'équilibre financier de la structure qui ne pourrait absorber une diminution de ses 18 lits actuels de médecine. Cette activité sur Lourdes nécessitera la présence du lundi au samedi matin d'un praticien de l'équipe territoriale qui pourra gérer la prise en charge des patients dans le service ainsi que la réalisation de consultations et d'explorations fonctionnelles. Les modalités de fonctionnement de la continuité des soins doivent encore être étudiées.

Un projet de fonctionnement global de la cardiologie est à élaborer avant la mise en place de ce dispositif.

1.2. Perspective de l'hôpital neuf, coopération avec le privé

Une coopération avec le privé s'effectuera sur la cardiologie interventionnelle au moment de la construction de l'hôpital neuf. Les modalités et les moyens de la coopération seront à définir par le comité de pilotage. Le maintien, d'ici là, des autorisations apparaît comme une condition indispensable pour l'implication des équipes et le maintien d'une attractivité pour le recrutement de praticiens.

Spécialités : PEDIATRIE

1. Pistes de coopérations Hospitalières

1.1. Coopération Tarbes-Lourdes :

L'équipe de pédiatrie du CH de Bigorre soutient le projet d'une maternité unique publique, mais aussi départementale publique-privée, afin d'optimiser la sécurité de la naissance, et maintenir un niveau 2b à la structure périnatale. Du maintien de cette compétence, aussi bien les professionnels que la population, les enfants et les parents tireront bénéfice. Une garde sur place de pédiatres a d'ores et déjà été mise en place depuis novembre 2010 ce qui permet dans le même temps la séniorisation d'une filière individualisée de prise en charge des Urgences pédiatriques.

L'objectif est donc d'envisager la maternité publique départementale à court terme tout en organisant sur Lourdes une activité de périnatalité de proximité.

Outre l'activité en Néonatalogie-Pédiatrie-Urgences-Maternité, les pédiatres souhaitent maintenir une importante activité de consultation « spécialisée », avec un plateau d'hospitalisation de jour performant.

Une attention particulière doit être apportée sur le fait que ces consultations avancées ne soient pas ou n'apparaissent pas comme étant une concurrence de l'activité libérale tant des pédiatres de ville que des généralistes. Pour ce faire, une action de communication-information aussi large que possible devra être déployée à l'égard des professionnels, des élus et au sein même des établissements.

A Tarbes, en ce qui concerne l'hospitalisation de jour, secteur dans lequel tous les pédiatres interviennent, il convient de maintenir ce type d'organisation à forte attractivité notamment pour recruter de jeunes médecins.

Une orientation en diabétologie et en neurologie devra être maintenue au niveau de l'équipe territoriale en anticipant sur des départs à la retraite d'ores et déjà prévus dans les années à venir.

En ce qui concerne le Centre Référent des Troubles des Apprentissages, il s'inscrit dans un réseau de prise en charge hiérarchisée des enfants en situation de handicap, avec des missions diagnostic mais aussi de formation et de recherche clinique, à cheval sur 2 régions (piémont pyrénéen), en liaison étroite et complémentaire avec le Centre Référent de Toulouse.

Sa pérennité dépend de son financement, qui doit être assuré à la fois par l'activité et par une MERRI (Mission d'Enseignement, de Recherche de Référence et d'Innovation).

Le centre hospitalier de Bigorre est également labélisé comme centre de chirurgie pédiatrique de proximité. Le prochain recrutement d'un chirurgien orthopédiste assurant la prise en charge pédiatrique permettra de compléter l'offre déjà existante en chirurgie viscérale.

1.2. Autres coopérations :

Concernant les coopérations avec d'autres structures, il est primordial, en cancérologie de maintenir des relations avec le réseau régional ONCOMIP et l'hôpital des enfants à Toulouse. Une convention faisant du centre hospitalier de Bigorre un établissement associé à l'établissement autorisé toulousain a d'ailleurs été conclue en ce sens en 2011.

Il convient également de maintenir et de consolider les liens avec différents réseaux impliqués dans la prise en charge des enfants (Maternip, Ptitmip ...).

Par ailleurs, l'équipe des pédiatres est également investie dans le fonctionnement du Centre d'Action Médico-Social Précoce et des liens doivent être maintenus avec la Protection Maternelle et Infantile. Ces derniers seront même à développer dans le projet d'un CPP complet et ambitieux à Lourdes.

1.3. La problématique de la permanence des soins

L'équipe de pédiatres est organisée sur le plateau technique pivot de territoire et a vocation à déployer son activité de consultation avancée sur les sites de Lourdes et Lannemezan avec une PDS organisée en garde sur place pour répondre aux besoins des soins intensifs, de la sécurité de la naissance et des urgences.

L'effectif cible de l'équipe de pédiatrie de territoire est de 8 Praticiens (8 PH ou 7 PH et 1 Assistant spécialiste) pour couvrir l'ensemble des sites (dont consultation avancée à Lourdes et à Lannemezan), l'ensemble des activités (hospitalisation, consultation, exploration, sécurité de la naissance, urgence...) et en maintenant une garde sur place pour la PDS.

1.4. La perspective de l'hôpital neuf :

En ce qui concerne le regroupement avec le secteur privé autour du projet de la maternité départementale pour des questions de locaux mais également d'organisations, il est préférable que celui-ci n'intervienne pas avant le regroupement sur un site unique et après construction du nouvel Hôpital.

Aujourd'hui, les pédiatres des deux établissements ont des relations confraternelles. La collaboration deviendra plus effective lorsque les deux établissements publics et privés seront regroupés sur le même site et fonctionneront en Maternité Départementale.

Les modalités seront à réfléchir dans le cadre de la concertation avec le privé sous l'égide du comité de pilotage.

SPECIALITES MEDICO-TECHNIQUES

Orientations du projet de SROS Biologie médicale :

Orientation 1 : répondre aux besoins de la population :

- Améliorer les liens entre les laboratoires et les besoins des professionnels du premier recours
- L'ARS exerce un rôle de régulateur de l'offre de biologie (validation des fusions, transmissions des données annuelles, quotas d'installation de laboratoires)
- Graduation de l'activité sur le territoire :
 - Biologie courante : sur chaque bassin de santé
 - Biologie froide : sur le territoire de santé
 - Biologie très spécialisée : plateau technique régional
- Tous les services d'urgences disposent d'un labo 24h/24

Orientation 2 : s'assurer de l'accréditation des laboratoires publics et privés

- Accréditation des laboratoires avec suivi de l'ARS et inscription dans les CPOM
- Développement des coopérations entre laboratoires : entre labo hospitaliers et secteur libéral pour gains de performance dans la démarche.
- + logique de coopération publique/publique : étude de coût à mener intégrant les transports pour mutualisation de la démarche et des activités.

Orientations du projet de SROS Imagerie

Participation de tous les praticiens à la PDS y compris des praticiens privés : par le développement de la télémédecine et des PACS (Pictures and Archive Communication System)

Augmentation du nombre d'IRM : un IRM ostéoarticulaire par territoire, ce qui conditionne les attributions futures, enjeu fort pour l'hospitalisation publique

Pas de projet TEP SCAN envisagé sur le territoire de santé

Spécialité : LABORATOIRE DE BIOLOGIE MEDICALE ET D'ANATOMO-PATHOLOGIE

1. Pistes de coopérations Hospitalières

1.1. Coopérations Tarbes-Lourdes :

Les coopérations qui existent en matière de biologie médicale sont un exemple à suivre et doivent être développées et consolidées. En effet, un partage d'activité entre les deux établissements existe sur les différents types d'analyses.

Actuellement, la sérologie de Lourdes est réalisée à Tarbes et les électrophorèses de Tarbes à Lourdes. Cela permet des économies dans l'achat des équipements. Pour autant, ces échanges d'analyses restent encore marginaux en volume.

Les laboratoires ont un profil d'activité différent : à Lourdes l'activité est principalement liée à l'urgence, Tarbes peut par contre concentrer une activité de biologie dite « froide ». Par contre, les regroupements peuvent être poursuivis sur les autres activités. L'objectif est d'aller vers des appels d'offre communs, démarche déjà initiée puisque certains appels d'offres communs ont déjà été réalisés.

Les biologistes expriment un fort besoin de visibilité financière concernant les échanges d'analyse entre les deux établissements. Cette dimension doit être développée.

Une nouvelle avancée dans les échanges d'analyses pourrait être la bactériologie. Toutefois, la centralisation des analyses de bactériologie est limitée du fait de l'insuffisance des échanges informatiques entre les deux établissements.

L'objectif serait donc de tendre vers l'harmonisation des plannings de renouvellement d'automates et des systèmes informatiques tout en améliorant l'interopérabilité des systèmes d'information.

Pour les biologistes, les coopérations doivent être identifiées officiellement. La réflexion pourra porter soit sur un GCS Tarbes-Lourdes avec un laboratoire unique sur deux sites, soit sur un contrat de collaboration avec des prix de B définis. Il faut tendre vers une équipe unique de territoire juridiquement officialisée.

1.2. Coopérations inter-départementales : Projet de coopération GCS biologie froide avec d'autres établissements de Midi-Pyrénées :

Les biologistes participent à des travaux avec le COTER qui a évoqué des regroupements d'activité possibles au niveau de la biologie froide et en ce qui concerne Midi- Pyrénées Ouest selon l'idée du regroupement de quatre laboratoires hospitaliers : Auch, St Gaudens, Lourdes, Tarbes. Pour l'instant il s'agit d'échanges d'analyses avec l'idée que d'ici la fin du SROS, il serait possible de créer un Groupement de Coopération Sanitaire avec un laboratoire unique multi-sites. L'idée est une structure juridique unique déployée sur 4 sites. L'étude de la faisabilité de ce projet régional est en cours.

Les différents laboratoires sont en train de faire l'état des lieux de leurs analyses qui, regroupées par discipline de biologie, pourraient permettre sur un seul site d'atteindre un effet de masse intéressant afin d'éviter les sous traitants.

Cela permettrait d'atteindre un effet volume avec un coût moindre des réactifs, un seul équipement, des appels d'offre communs et une baisse des analyses spécialisées externalisées. Les coûts liés à la qualité seront également regroupés pour certaines activités. La logistique du transport : coût, fréquence, organisation serait alors à intégrer.

On ne parle ici que de la partie d'analyses « froides » où les résultats ne sont pas attendus dans un délai de 24 à 48h. Pour la biologie urgente, il faut la faire sur place et chaque laboratoire aura besoin d'une accréditation.

1.3. La problématique de la permanence des soins

Les biologistes des deux établissements sont en avance sur l'organisation cible de l'ARS qui prévoyait une astreinte commune entre les deux établissements. Les deux équipes participent à la même ligne d'astreinte déployées sur les deux sites.

2. Problématique de l'accréditation COFRAC

Comme indiqué dans le projet de SROS Biologie médicale, l'accréditation COFRAC est un objectif prioritaire pour les années à venir. L'objectif est, comme dans le projet de SROS, d'intégrer et de mutualiser au maximum les démarches qualité afin de les coordonner, de les harmoniser et de réaliser des économies d'échelle.

Il sera intéressant de travailler sur un projet d'accréditation commun en mutualisant les dépenses. Une démarche d'accréditation unique permettrait une diminution partielle des dépenses et une meilleure efficacité. L'existence des deux structures juridiques ne permet pas un dossier unique pour 2013.

Actuellement, la démarche est double mais avec un accompagnant identique, choisi de concert et deux dossiers à déposer. Les dossiers doivent être déposés pour octobre 2012. Après cette étape, il faudra envisager de converger vers une structure juridique unique et une poursuite de la démarche en commun. Il faudra rajouter la démarche d'accréditation du laboratoire Spectran.

3. Question du laboratoire d'anatomopathologie :

Concernant le laboratoire d'Anatomo-pathologie, le CH de Tarbes réalise déjà par convention toutes les analyses pour les CH de Lourdes et de Lannemezan mais également de St Gaudens pour certains examens.

Le seul axe d'amélioration des pratiques concerne les conditions et les délais de transports pour les prélèvements extemporanés et l'accès à la tumorotheque régionale. En effet, les délais sont parfois trop longs pour des prélèvements fragiles. Par ailleurs, l'expérience en fœtopathologie d'un des praticiens doit être valorisée, auprès des hôpitaux limitrophes.

Spécialité : IMAGERIE MEDICALE ET MEDECINE NUCLEAIRE

1. Pistes de coopérations Hospitalières

1.1. Coopération Tarbes-Lourdes :

Au regard de la raréfaction des ressources médicales et dans un souci d'attractivité pour de jeunes médecins, les praticiens des deux établissements s'accordent à dire qu'un rapprochement entre les deux structures autour du plateau technique pivot de l'hôpital de Tarbes est indispensable.

En effet, la question de la démographie médicale et de l'attractivité du recrutement est cruciale pour le groupe hospitalier qui fonctionne aujourd'hui en sous effectif médical sur les deux établissements. L'objectif est donc de privilégier dans les recrutements l'hôpital pivot qui concentre d'ores et déjà des filières de prise en charge qui fonctionnent bien et des activités largement reconnues à Tarbes (notamment la sénologie qui fonctionne avec des filières d'aval au sein de l'établissement). Ainsi, les effectifs cible ne sont pas aujourd'hui atteints puisqu'ils sont de cinq praticiens au centre hospitalier de Bigorre (pour 2.4 ETP présents) et de trois au centre hospitalier de Lourdes (pour 2.8 ETP présents).

Pour autant, les regroupements d'activité seront limités dans la mesure où le projet de SROS Imagerie Médicale définit les équipements nécessaires pour les structures ayant un service d'urgence avec plus de 10 000 passages par an. C'est le cas du Centre Hospitalier de Lourdes (environ 19 000 passages aux urgences par an) qui doit donc conserver ses activités de radiographie conventionnelle, de scanner et d'échographie.

La télé-radiologie pourrait être une piste de réorganisation et de regroupement d'activité car elle permettrait de regrouper l'interprétation de certains examens. En effet, la radiologie conventionnelle, le scanner, et l'IRM pourront passer en lecture à distance. A l'inverse, de nombreux examens ne pourront toujours pas être faits à distance : les échographies, mammographies et les arthroscopies (injection produit de contraste).

Pour que la télé radiologie fonctionne de manière efficace au centre hospitalier de Tarbes, l'établissement souhaite acquérir un PACS (Pictures and Archive Communication System) afin de numériser et d'archiver toutes les images. L'établissement s'est positionné dans le cadre de l'appel à projet pour un PACS régional lancé par le GCS Télésanté et reste donc dans l'attente d'une évolution sur ce dossier.

Les équipes sont également dans l'attente de la solution de télé-radiologie proposée par le GCS télésanté qui devrait permettre de réorganiser la présence des praticiens jusqu'à un recentrage vers l'hôpital pivot.

En effet, l'objectif est, dans la limite des ressources médicales nécessaires et des moyens technologiques mis à disposition de développer la participation des radiologues des centres hospitaliers de Lourdes et de Bagnères-de-Bigorre à l'activité de l'hôpital pivot notamment en IRM dans une optique d'entraide, de maintien des compétences et de pérennisation de l'activité de l'hôpital de Tarbes.

1.2. La problématique de la permanence des soins

L'organisation cible de la PDS de l'ARS souligne la nécessité de mettre en place une ligne unique sur tout le territoire des Hautes-Pyrénées regroupant l'ensemble des praticiens publics et privés. Deux réunions ont eu lieu en 2011 en présence de l'ARS pour engager cette démarche. Une proposition d'organisation a été envoyée à l'ARS. Les praticiens sont à ce jour dans l'attente d'une reprise des réflexions avec l'ARS et leurs confrères du privé.

Au-delà de cette question de la mutualisation des lignes publiques et privées, les praticiens publics ont lancé une réflexion sur la mutualisation des lignes publiques entre Tarbes, Lourdes et Bagnères-de-Bigorre.

Pour autant, cela nécessiterait l'aboutissement du projet de télé radiologie du GCS télésanté afin qu'un seul praticien puisse lire et interpréter l'ensemble de l'imagerie en coupe du département. La télé-radiologie ne fonctionnant pas à l'heure actuelle, cela complique la mise en œuvre des mutualisations.

2. Perspective de développement d'activité :

2.1. L'installation d'une IRM osteo-articulaire sur l'hôpital Pivot :

Les praticiens des deux établissements s'accordent à dire que ce nouvel équipement doit être implanté sur le site de l'hôpital pivot et adossé à l'IRM déjà existante.

Il serait primordial d'obtenir cet équipement pour l'hôpital pivot du département afin d'équilibrer les équipements entre les secteurs publics et privés sur le département en matière d'IRM. Le centre hospitalier de Tarbes souhaite se positionner sur cet équipement éventuellement dans le cadre d'un montage juridique permettant un partage d'activité avec le secteur privé.

Cet équipement pourrait être une condition d'attractivité pour de jeunes praticiens souhaitant exercer sur des technologies pointues et innovantes.

2.2. L'installation d'un TEP SCAN, condition de renouvellement de l'effectif médical d'isotopiste :

Le centre hospitalier de Bigorre dispose d'un service de médecine nucléaire performant constitué de deux gamma-caméras mais d'un seul praticien hospitalier. Le Projet de SROS Aquitaine prévoit l'implantation d'un Tep Scan inter-régional entre les départements des Pyrénées-Atlantiques et des Hautes-Pyrénées. Le projet du COTER Imagerie prévoit une coopération interrégionale avec un TEPSCAN commun.

Le lancement d'un projet de cette envergure qu'il soit en lien avec un autre centre hospitalier public ou en collaboration avec l'établissement privé permettrait de renforcer le service de médecine nucléaire et de recruter un nouveau praticien afin d'anticiper le départ à la retraite de l'unique praticien présent.

Spécialité : PHARMACIE

1. Pistes de coopérations Hospitalières

1.1. Coopérations Tarbes-Lourdes :

L'organisation de l'activité pharmaceutique du Groupe Hospitalier Tarbes – Lourdes est clairement dépendante de l'organisation médicale qui doit être définie dans le cadre du Projet Médical.

Notamment cette organisation peut être fortement impactée selon le schéma d'organisation de la cancérologie (reconstitution des cytostatiques) et celui de la chirurgie (stérilisation).

En tout état de cause dans la cible finale il conviendra de maintenir sur le site de Lourdes une activité pharmaceutique dans le cadre d'un site de proximité pour faire face aux besoins des activités maintenues tant en court séjour qu'en soins de suite et secteur médico-social.

Des axes de mutualisation des activités sont tout de même envisageables entre les deux services :

Concernant des procédures d'achat commun : Un allègement de la gestion pourrait être atteint pour le groupement d'achat à l'égard des DMI et des prothèses. Les cahiers des charges pourraient être faits en commun afin d'optimiser les procédures d'achats et les coûts de revient.

Concernant la mise en œuvre du Contrat de Bon Usage du Médicament et Arrêté du 6 Avril 2011 : La mise en place d'un appui méthodologique et de formations en commun dans le cadre de la démarche qualité peut permettre l'harmonisation des procédures et la recherche d'outils communs permettant d'anticiper sur un plus grand rapprochement ultérieur des pharmacies. Cela peut concerner notamment la sécurisation des circuits des chimiothérapies et la traçabilité des DMI pour des patients pris en charge entre les deux établissements.

Les démarches de sécurisation des circuits de médicaments et DMI passant par une informatisation devront être menées en commun afin de choisir des logiciels communs entre les deux établissements pour une plus grande inter-opérabilité des deux systèmes d'information.

En ce qui concerne la recherche d'une meilleure information, l'utilisation du dossier pharmaceutique permettrait de résoudre certaines difficultés dans l'attente de la mise en place d'une base patient unique.

1.2. La problématique de la permanence des soins

L'organisation cible de la permanence des soins en matière de pharmacie prévoit la mutualisation des deux lignes existantes sur le centre hospitalier de Tarbes, établissement pivot du territoire. La possibilité de mettre en œuvre une astreinte commune pour les deux pharmacies doit être examinée notamment le week-end par rapport aux conséquences en termes de ressources en préparateur en pharmacie sur Lourdes (absence) et en termes de transports inter-sites pour l'acheminement des produits. L'ensemble des coûts induits devront être étudiés avant d'aboutir à la

création d'une ligne unique à laquelle participeront l'ensemble des pharmaciens des deux établissements.

Une solution résultant d'une organisation différenciée entre les nuits de semaine et les week-ends pourra également être étudiée.

Annexes

Liste des annexes

Annexe 1 : Note de méthodologie de l'élaboration du projet médical

Annexe 2 : Eléments d'activité consultables sur demande au secrétariat de direction du centre hospitalier de Bigorre

Annexe 1 : Note de méthodologie de l'élaboration du projet médical :

Deux démarches parallèles :

1. Groupe Hospitalier Tarbes-Lourdes :

- organisation de deux réunions de travail par spécialités avec les praticiens Tarbais et Lourdais afin d'évoquer les perspectives d'avenir et de coopération

Participants :

Chefs de service et/ou praticiens de la spécialité

Présidents de CME de Tarbes et de Lourdes, médecin DIM CH de Tarbes

Directeur et membres de l'équipe de direction

Grille de travail :

- les orientations des projets de PRS et des SROS
- l'organisation cible en matière de PDS
- les parts de marché du groupe hospitalier
- les données d'activités du CHL et du CHB
- la démographie médicale
- les capacités actuelles et futures (projections des besoins)
- perspectives : activités à conforter, à modifier, innovantes... à court, moyen et long terme : nécessité de distinguer plusieurs temps dans l'analyse : la période transitoire et la période d'ouverture de l'hôpital neuf

Intégration de la démarche projet médical du CHL

Le projet médical Lourdais travaillé à Lourdes depuis le mois d'octobre 2011 a été intégré dans l'élaboration du projet médical au niveau du groupe.

Deux réunions par spécialités au cours des mois de février, mars, avril et mai 2012 pour les disciplines suivantes :

- **Médecine** : pneumologie, gastro-entérologie, cardiologie, néphrologie, neurologie, diabéto-endocrinologie, médecine interne – court séjour gériatrique, pédiatrie
- **Chirurgie** : orthopédique et traumatologique, digestive, vasculaire, spécialités chirurgicales (OPH, ORL, Stomato)
- **Gynécologie-Obstétrique**
- **Urgences**
- **Gériatrie**
- **Anesthésie-réanimation**
- **Activités médico-techniques** : laboratoire, imagerie médicale et médecine nucléaire, pharmacie

- Organisation de réunions par filières de soins pour coordonner les projets des différents services concernés

Filières traitées : patients « chauds », filière neuro-vasculaire, filière gériatrique...

Intégration de Bagnères-de-Bigorre (et Astugue) dans la démarche concernant les filières d'aval.

Participants :

Chefs de service et/ou praticiens de la spécialité
Présidents de CME de Tarbes et de Lourdes, médecin DIM CH de Tarbes
Directeur et membres de l'équipe de direction

2. Groupe Hospitalier / Clinique

- Constitution d'un comité de pilotage sous l'égide du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé.

Participants :

Directeurs (et collaborateurs de son choix)
Présidents de CME CH de TARBES, CH de LOURDES
Représentants du groupe hospitalier Tarbes-Lourdes et de la clinique pour les disciplines suivantes : urgences, cardiologie, obstétrique, oncologie

- organisation de réunions de travail par spécialités avec les praticiens Tarbais, Lourdais et privés dans les quatre spécialités identifiées comme devant faire l'objet de coopération

Participants :

Chefs de service et/ou praticiens de la spécialité publics T+L et privés
Chefs de pôle
Directeurs et présidents de CME ou leurs représentants

- organisation de réunions sur d'autres spécialités concernées par la coopération tarbes-clinique
exemple : chirurgie vasculaire, chirurgie ORL, OPH, service logistique...

Il convient de noter que le cycle de travail Hôpital-Clinique qui devait s'achever à la fin du premier semestre 2012 n'a pas démarré à ce jour.

Validation de cette méthodologie

TARBES-LOURDES

- présentation de la méthodologie aux deux directeurs du 02/02/2012 et 08/02/2012
- présentation en réunion de chefs de pôles le 08/02/2012
- présentation en CME et CTE le 02/02/2012 pour Lourdes, les 09 et 10/02/2012 pour Tarbes

CLINIQUE

- courrier de proposition de la méthodologie à Monsieur NABIAS le 26/01/2012