

▪ **Bref rappel du contexte :**

- a) En 2008, suite au rapport de la Cour Régionale des Comptes sur le centre hospitalier de Tarbes, l'ARH présente un projet d'hôpital commun à Lanne, 100% public. Implanté à mi-chemin entre les 2 agglomérations, dans une zone à fort potentiel de développement, sans contraintes foncières. Choix qui pouvait concilier impératifs de qualité, de proximité et d'équilibre économique. Il est assorti d'un projet médical et d'une étude de la DDE portant sur des scénarii de localisation.
- b) En 2010, mise en place des ARS suite à la loi HPST et nomination d'un directeur général de l'ARS. Il ne poursuit pas le projet de Lanne en l'état et demande une étude comparative entre la rénovation de l'hôpital de Tarbes in situ et la reconstruction d'un nouvel hôpital. Les conclusions démontrent la pertinence de reconstruire plutôt que de rénover compte tenu du coût et de l'échelonnement des travaux. De plus, une orientation forte est donnée par l'ARS d'un rapprochement sur un même site du public et du privé. Les cliniques refusant de déménager, il présente en avril 2011 un projet de pôle de santé public/privé sur le site de la clinique Ormeau-Pyrénées d'une capacité de 700 lits. Projet au détriment de l'hôpital public puisque le nombre de lits transférés pour l'hôpital serait de 368 lits ( soit 40% de moins) tandis que la clinique garderait sa capacité actuelle, soit 303 lits, Le plateau technique prévoit d'être partagé comme suit : l'hôpital public conserverait la maternité et les urgences, les cliniques conserveraient la cardiologie et la cancérologie. Quid des activités de chirurgie et de médecine ? Projet non retenu par le Ministère de la santé en raison de l'absence de projet médical finalisé entre les communautés médicales.

▪ **Situation financière des 2 hôpitaux :**

CH de Tarbes : 17 M€ de déficit cumulé.

Le déficit de l'hôpital de Lourdes apparait à partir de 2010. Cette une baisse peut s'expliquer par des rumeurs récurrentes de fermeture de services et le non remplacement de praticiens en chirurgie et obstétrique. Le déficit est de 700 000 € environ pour 2012.

▪ **Capacité des 2 hôpitaux :**

Nbre total de lits à Tarbes : 1094

Nbre total de lits à Lourdes : 481

- Qu'est ce qui motive notre démarche aujourd'hui ?
  - ✓ **D'emblée l'opposition ferme et résolue du Conseil Général des Hautes-Pyrénées au projet de pôle de santé public/privé, actée par délibération de l'assemblée départementale le 21 octobre 2011 au travers d'une motion sur la défense des hôpitaux de proximité (jointe en annexes).**

Plusieurs raisons motivent notre position :

1. La réduction de l'offre de soins publique hospitalière, en particulier sur Lourdes.
2. La non prise en compte de l'exception géographique de l'arrondissement de Lourdes classé en zone de montagne et de ses spécificités territoriales,
3. La fusion ne semble pas la réponse adaptée selon l'IGAS et la Cour des Comptes pour résoudre les problèmes de déficits budgétaires,
4. Le renforcement de la coopération par d'autres outils juridiques (CHT, GCS, etc....)
5. Une insuffisance de garanties dans la complémentarité avec le privé.

### **1. La réduction de l'offre de soins publique hospitalière, en particulier sur Lourdes.**

Le projet médical est construit sur la base des orientations du PRS, lequel est dans la phase réglementaire de consultation. Rappelons en effet que le PRS prévoit la **suppression de service en cardiologie, de chirurgie, de médecine à l'hôpital de Lourdes et de sa maternité, confirmant ainsi la réduction de l'offre de soins publique sur son bassin de santé.**

#### **Que prévoit le projet médical ?**

La constitution d'un pôle de santé public/privé. L'orientation prise est celle d'un hôpital pivot de territoire à Tarbes, porteur de coopérations avec la clinique et les autres hôpitaux publics du département. Il subsisterait à Lourdes une structure de proximité devant répondre aux besoins de santé de sa zone d'attraction.

Le projet médical se déploie en 2 phases :

- i) une phase intermédiaire jusqu'à la construction d'un hôpital jusqu'en 2018 où il s'agit de déployer des équipes médicales de territoires sur le site pivot et sur celui Lourdes avec un partage d'activités et des consultations avancées.
- ii) une phase correspondant à l'ouverture du nouvel hôpital à Tarbes, lequel concentrerait l'ensemble du plateau technique.

iii) **A terme**, est envisagée une fusion des 2 hôpitaux de Tarbes et de Lourdes, soit un établissement pivot où seront exercées toutes les spécialités. Les équipes médicales de territoire, constituées filière par filière, interviendraient sur l'hôpital de Tarbes pour ce qui concerne la chirurgie lourde et interventionnelle et sur Lourdes, mais uniquement en ambulatoire et pour des consultations avancées.

Quelques exemples :

- ✓ la chirurgie orthopédique et traumatologique serait concentrée sur Tarbes et sur-spécialisée entraînant l'arrêt de toute activité à Lourdes. Il en est de même pour la chirurgie digestive dont la permanence des soins et les activités lourdes seraient concentrées sur Tarbes au détriment de l'hôpital de Lourdes qui perdrait son activité chirurgicale.
- ✓ La chirurgie vasculaire, compte tenu de son activité faible et déficitaire, serait abandonnée par le public au profit de la clinique, ce qui pose la question de l'accès en secteur 1 des patients. Quelles garanties ?
- ✓ En chirurgie ophtalmologique, l'idée est de maintenir des consultations avancées sur Lourdes alors que celles qui ont été mises en place fin 2010 n'ont plus lieu depuis 6 mois. La aussi, est prévu de regrouper sur le site pivot l'ensemble de l'activité pour mettre en commun un plateau technique.
- ✓ En réanimation et anesthésie, l'arrêt de l'activité est prévue en 2015/2016 à Lourdes pour raison liée à la démographie médicale et l'ensemble des lits seraient rapatriés sur Tarbes, entraînant, non sans problème, une modification des capacités d'accueil sur le site pivot pendant la phase intermédiaire pour que ce dernier puisse absorber les patients lourdaï.
- ✓ En cardiologie interventionnelle, il est prévu de regrouper les équipes et les activités de cardiologie sur Tarbes à condition de rénover les ailes de cardiologie de l'hôpital de Tarbes, alors qu'à Lourdes existe la capacité d'accueil. On peut s'interroger sur l'opportunité de réaliser des opérations d'investissement sur l'hôpital actuel alors que chacun s'accorde à reconnaître sa vétusté, son obsolescence et la nécessité de sa reconstruction.
- ✓ En chirurgie gynécologique et obstétrique, le projet médical prévoit dans un 1<sup>er</sup> temps la suppression de la maternité de Lourdes - dont l'agrément a été renouvelé jusqu'en 2017- pour en faire un centre périnatal de proximité dans l'objectif de créer une maternité publique départementale à l'hôpital de Tarbes. A terme, l'objectif est de créer une maternité départementale publique/privée pratiquant 1500 accouchements par an.

Le projet médical se construit donc autour d'une logique de concentration des spécialités et des équipes resserrées autour d'un établissement pivot fonctionnant en bi-site, mais uniquement sur des activités ambulatoires à Lourdes. D'autre part, malgré les objectifs de santé du PRS, on peut regretter que l'ARS privilégie une approche économique des réorganisations d'activités au détriment de l'offre de soins de proximité. Si la bonne gestion des deniers publics peut justifier de mettre fin à une dispersion des moyens préjudiciables à leur efficacité, cela peut avoir pour effet d'éloigner le service de la population et de contribuer à la désertification des territoires (ancrage des établissements et services dans la vie économique locale).

En effet, le bassin de santé, considéré comme niveau de réponse pertinent en terme de proximité, est contredit par le projet médical, lequel propose tout simplement une diminution de l'offre de soins du bassin de santé de Lourdes. S'il est mis en œuvre, le projet médical tendrait en outre à déséquilibrer les comptes financiers de chaque établissement, en particulier sur Lourdes.

- **Notre exigence : une offre de soins adaptée aux besoins de la population du bassin de santé de Lourdes. Son centre hospitalier, compte tenu des investissements réalisés depuis plusieurs années, remplit cette exigence et doit être maintenu avec des activités qui peuvent se décliner à partir de la logique d'équipes médicales de territoire.**

## 2. **Les spécificités territoriales du bassin de Lourdes ne sont pas prises en compte.**

- i. L'hôpital de Tarbes dessert un bassin de santé important provenant de son agglomération, du nord du département et du Gers limitrophe.
- ii. L'hôpital de Lourdes dessert, quant à lui, un arrondissement de 50 000 habitants classé en zone de montagne et à fort potentiel touristique avec 6 millions de visiteurs par an dans la cité mariale. Il est implanté au cœur des territoires de montagne qui cumulent de nombreuses contraintes liées à leur isolement, aux reliefs et aux temps de trajets plus longs en raison des aléas climatiques ( le temps d'accès depuis la commune de Gavarnie, la plus éloignée est de 50 mn dans le meilleur des cas mais plus important en fonction des conditions climatiques et d'affluence de circulation).

Deux bassins de santé bien différents se côtoient, dont l'un avec des zones montagneuses et isolées ce qui rend encore plus prégnant le critère de proximité de l'offre de soins. Ce critère n'est absolument pas pris en compte dans la déclinaison du projet médical puisqu'il est envisagé d'une part, la suppression des activités chirurgicales et de médecine à l'hôpital de Lourdes et d'autre part, la transformation de la maternité de Lourdes en centre périnatal de proximité (comme il existe déjà à

Lannemezan), et qui se traduit par une seule maternité publique départementale à horizon décembre 2012. Cette proposition ne permettra pas de prendre en compte l'exigence d'accès dans un délai de 30 minutes à un service d'urgences.

Rappelons que le juge s'est déjà prononcé sur la question de l'accès aux soins. On peut citer le jugement rendu par le Tribunal Administratif de Pau sur le cas de la maternité de Lannemezan qui met en exergue qu'un seul lieu d'accouchement dans les Hautes-Pyrénées implique des situations à risque pour les parturientes éloignées et qui sont susceptibles de vivre des situations d'urgence pour elles-mêmes ou pour leur enfant. S'il est juste de poser le problème de la sécurité des soins dans les hôpitaux, il faut aussi considérer la question de la sécurité d'accès à l'hôpital : **la position adoptée par nos juridictions nous semble devoir être prise en compte. Chacun doit pouvoir accéder à un lieu de soins à moins de 45 minutes de chez soi.**

L'organisation de l'offre de soins, particulièrement en zone de montagne, avec ses contraintes et ses exigences propres, appelle par conséquent une réponse adaptée avec l'égal accès aux soins des populations, l'égalité des territoires en matière de santé et la nécessité d'avoir un service public de proximité assurant la sécurité des populations.

Enfin, comment comprendre que les maternités de niveau 1 soient pour la plupart contraintes de fermer dès lors qu'aucun problème de sécurité objectif ne se pose et qu'elles transfèrent bien les grossesses à risque sur des maternités de niveau 2, comme cela se pratique déjà à Lourdes ?

Une approche plus pragmatique doit prévaloir qui intègre l'implantation géographique de cet établissement de santé dans une perspective d'aménagement du territoire. **Il faut veiller à préserver les équilibres entre Tarbes et Lourdes en matière d'aménagement, de l'offre de soins et du maintien de l'emploi.**

L'exigence de proximité du service public impose d'aller au-delà du « nombre d'habitants desservis », pour lui substituer un critère combinant « habitants et territoires desservis ». L'accès au service public de santé doit être apprécié là aussi en considération du temps de parcours, compte tenu, notamment, des réalités physiques et climatiques du territoire.

Rappelons enfin que cette position s'est exprimée au travers des engagements pris par le Président de la République, réitérés par Madame la Ministre de la Santé : *« L'enjeu d'un juste accès aux soins n'est pas uniquement financier. Il se pose également en termes de délais et d'organisation territoriale de l'offre de soins. Personne ne devra se trouver à plus de trente minutes d'un service de soins permettant la prise en charge de l'urgence. Cette exigence appelle un maillage sanitaire adapté. Les agences régionales de santé devront prévoir désormais cet objectif dans l'élaboration de leurs plans régionaux de santé.. »*

- **Notre exigence : le maintien de la maternité de Lourdes qui pratique environ 250 accouchements par an (son agrément a été renouvelé jusqu'en 2017). Pour en assurer son bon fonctionnement, il est nécessaire de recruter des praticiens, de pourvoir au départ du Docteur Grésillon non remplacé à ce jour. Nous demandons la publication de ce poste. Il nous est opposé qu'il n'y a pas de pédiatre pour assurer la sécurité de l'enfant, or il existe 0.8 ETP couvert par 2 pédiatres. Pourquoi aucune ligne d'astreinte en pédiatrie n'est organisée à Lourdes ?**

3. **Les fusions hospitalières ne constituent pas la seule et bonne réponse à apporter au déficit budgétaire des hôpitaux...**

- a. Un constat : la situation financière très dégradée de l'hôpital de Tarbes (17 M€ de déficit cumulé) et de celle de Lourdes, quoique moins préoccupante, démontre avec acuité la nécessité de tendre vers un retour à l'équilibre pour conserver un service public hospitalier fort.
- b. Les 2 établissements sont engagés par un plan conditionné à l'aide de l'ARS. Pour ce qui concerne l'hôpital de Tarbes, l'aide de l'ARS de 2.5 M€ sera insuffisante pour résorber le déficit structurel et dégager de l'investissement.
- c. S'agissant de l'hôpital de Lourdes, des efforts ont été réalisés : on constate une baisse de 15% des postes depuis 2007 (de 562 postes en 2007 on passe à 478 en 2012). Du fait de l'incertitude du devenir de l'hôpital, on note une baisse significative de l'activité en chirurgie et en obstétrique, qui se répercute sur le budget, lequel affiche un déficit de l'ordre de 700 000 €. Le cas de la chirurgie orthopédique illustre cette situation : depuis que la permanence des soins de l'hôpital de Lourdes a été regroupée sur Tarbes en mai 2011, on constate une perte d'activité importante pour Lourdes mais qui ne s'est pas reportée en totalité sur l'hôpital de Tarbes. Le taux de fuite dans cette spécialité hors département étant de plus en plus important.

Face à deux établissements qui connaissent des difficultés financières, la fusion comme outil de restructuration, telle que préconisée par l'ARS est-elle adaptée ?

Nous ne le croyons pas et le rapport de l'IGAS de mars 2012 ainsi que les observations émises par la Cour des Comptes sur les pôles de santé publics/privés nous confortent dans l'idée que l'intérêt de ce type d'opération est loin d'être démontré et ne nous paraît pas adaptée au contexte local.

- i. Selon l'IGAS, les fusions hospitalières comme choix de coopération n'est pas la panacée et **sur le plan financier elle n'est en général pas l'outil le plus pertinent pour réduire les déficits hospitaliers**, lesquels supposent surtout pour les établissements hospitaliers un effort de réorganisation interne pour réduire leurs dépenses. La fusion, comme instrument de regroupement, entraîne des surcoûts et des dysfonctionnements et doit demeurer une opération **rare**.
- ii. Alors que le projet médical vise à terme à conserver uniquement des activités ambulatoires à l'hôpital de Lourdes pour recentrer l'ensemble des spécialités sur le site pivot, l'IGAS démontre que l'implantation d'unités de chirurgie ambulatoire, là non plus, n'est pas une solution à banaliser car non viable économiquement en particulier pour les petits établissements dans lesquels les chirurgiens n'ont pas d'activité programmée ni de clientèle personnelle.
- iii. Beaucoup de projets de fusion sont un **échec**, et l'IGAS relève les facteurs qui contribuent à aggraver les difficultés des établissements qui fusionnent. D'abord, le **l'augmentation du taux de fuite** vers d'autres établissements lorsque la fusion concerne deux hôpitaux situés sur des bassins de vie différents, comme c'est le cas pour la zone d'attraction de l'hôpital de Lourdes, tournée vers les vallées des Gaves et les Pyrénées Atlantiques.
- iv. Ensuite **la mauvaise santé financière des hôpitaux parties prenantes de la fusion** est un élément de complication d'autant plus si les deux hôpitaux sont en difficulté financière. La mission IGAS relève même qu'elle n'est pas le levier le plus approprié pour redresser la situation financière d'un établissement en déficit. **En conclusion, le rapport démontre que la fusion n'est pertinente que si elle vise à améliorer l'efficacité de l'offre de soins sur le territoire et y parvient effectivement. Elle doit, pour ces raisons, être utilisée avec prudence et précaution.**

Notons enfin que parmi les critères d'efficacité d'un rapprochement, le projet médical est un pré-requis indispensable. Sans projet médical partagé par les communautés médicales, il est périlleux de s'engager dans cette voie car les médecins sont les principaux acteurs de ces coopérations et il importe qu'ils soient convaincus du bien-fondé des coopérations. Ce qui nous amène à poser l'exigence suivante :

- **C'est le projet médical partagé qui doit déterminer les réorganisations et non l'inverse. Le projet médical partagé et équilibré en terme d'activités entre Tarbes et Lourdes est le premier absolu à toute réorganisation.**

#### 4. . Le renforcement de la coopération par d'autres outils juridiques (CHT, GCS, etc....)

Le Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) de moyens créé en 2009 sous l'impulsion de l'ARH a pour but d'engager et de porter des mutualisations, d'améliorer et de développer une coopération privilégiée au niveau des équipes de direction, de logistique ou d'activité médicale entre Tarbes et Lourdes, sans que cela nécessite la réunion des instances de gouvernance des 2 hôpitaux.

De ce point de vue, la création d'équipes médicales de territoire, constituées sur une logique de filières dans le cadre de coopération entre hôpitaux, va dans le sens d'une mutualisation nécessaire entre les deux établissements de Tarbes et de Lourdes.

Ce mode d'organisation présente l'avantage d'avoir des praticiens hospitaliers affectés prioritairement sur un site et une organisation de la continuité de soins territoriale organisée sur un principe de solidarité. (un praticien hospitalier s'engage, en cas de besoin, à intervenir ponctuellement sur un autre site). Construites sur la base d'un fonctionnement en bi-sites , ces équipes médicales permettraient de développer des consultations avancées de praticiens de Tarbes sur Lourdes ou inversement ( c'est le cas actuellement en chirurgie orthopédique), de contribuer à renforcer l'attractivité des 2 établissements et de maintenir une offre de soins de qualité.

A contrario, la logique de fusion fondée sur l'absorption d'un établissement par un autre, donc réunis sous une seule entité juridique, et la concentration d'activités ne nous paraît pas être le cadre opportun de cette coopération, comme expliqué plus haut.

Parmi toutes les formes de coopération hospitalière – CGS, communauté hospitalière de territoire, groupement d'intérêt public – il nous semble que le Groupement de Coopération Sanitaire de moyens pourrait évoluer en Groupement de Coopération Sanitaire Etablissement de Santé, créé par la loi HPST, afin de pousser plus loin la coopération autour des activités de soins dans le sens où ce type de CGS peut être titulaire des autorisations d'activités de soins. Cela nous paraît un outil beaucoup plus structurant en termes de recomposition de l'offre de soins sur le territoire de santé, sans qu'il affecte l'autonomie des 2 hôpitaux qui en sont membres. Nous demandons que cette forme de coopération soit étudiée par rapport à la fusion, compte tenu des spécificités des deux bassins de santé de Tarbes et de Lourdes.

- **Notre exigence : conserver à Tarbes et à Lourdes des établissements de santé autonomes et de plein exercice avec leur propre conseil de surveillance, leur budget, leur activité.**



**5. La complémentarité avec le privé.** Nous récusons toute idée de partenariat public/privé. L'idée d'un pôle de santé public/privé nous inquiète car il va bien au-delà de la nécessaire organisation de la complémentarité entre hôpital et cliniques. Le privé doit être un « plus » pour le public et non pas lui faire une concurrence déloyale. De ce point de vue, c'est la définition des garanties pour le public dans cette organisation qui sera primordiale ainsi que l'accès aux soins à l'ensemble de la population ( secteur 1). Il est à noter que le cycle de travail hôpital/clinique qui devait s'achever à la fin du 1<sup>er</sup> semestre 2012 n'a pas encore démarré. On peut légitimement s'interroger sur l'acceptation des cliniques à ce projet de regroupement imposé par l'ARS.

**Jeanine Dubié**  
**Députée des Hautes-Pyrénées**