

A

Monsieur le Préfet des Hautes-Pyrénées,
Monsieur le Directeur de l'Agence Régionale de Santé Midi-Pyrénées,
Monsieur le Président du Conseil Général des Hautes-Pyrénées
Mesdames, Messieurs les Parlementaires des Hautes-Pyrénées
Messieurs les présidents des CME de Lourdes et Tarbes
Monsieur le Directeur des Centres Hospitaliers de Lourdes et Tarbes
Messieurs les Présidents des Conseils de Surveillance des Hôpitaux de Lourdes et Tarbes

Docteur, Madame, Monsieur,

Vous l'ignorez peut-être, mais une pétition demandant aux personnels hospitaliers de Tarbes de soutenir un projet médical élaboré par les communautés médicales de Lourdes et Tarbes, circule actuellement sur l'hôpital de Tarbes. Si on peut comprendre les raisons qui ont poussé les médecins tarbais à prendre cette initiative, on peut par contre s'interroger sur l'opportunité de cette démarche. Essentiellement pour 3 raisons :

- D'abord, parce que **pas grand monde ne connaît le projet médical** évoqué dans cette pétition, puisqu'aucune présentation n'a été faite à l'ensemble du personnel hospitalier par la direction. Dans ces conditions, signer la pétition s'apparenterait plus à la signature d'un chèque en blanc, qu'à l'affirmation d'un soutien éclairé.
- Ensuite, parce que le seul document qui a été soumis aux votes en CTE et en conseil de surveillance, est **un avant-projet d'orientations stratégiques(1)** qui contient, entre autre, une partie intitulée "orientations médicales". **Ce n'est absolument pas un projet médical**. Trop de questions demeurent sans réponse et trop d'éléments nouveaux remettent en cause les hypothèses de départ à l'origine de ce travail **(2)**
- Enfin, si je suis globalement d'accord avec les trois principes généraux qui structurent les orientations médicales préconisées par les médecins **(3)**, je pense que **ce n'est pas aux médecins d'évoquer la fermeture de la maternité de Lourdes, mais au Ministère et à l'ARS d'en assumer le maintien ou la fermeture**.

Si cette pétition me semble inappropriée dans le contexte actuel, il n'en demeure pas moins que le gros travail effectué par les Communautés Médicales de Lourdes et Tarbes va, à mon avis, dans le bon sens. Même si je ne suis pas compétent pour juger l'ensemble des propositions mises en avant.

Si ces orientations stratégiques n'ont pas connu le succès attendu par les médecins c'est, d'après moi, parce qu'on y trouve la présence de deux sujets qui parasitent les débats depuis trop longtemps : la construction d'un hôpital neuf et la fermeture de la maternité de Lourdes.

➤ **La construction d'un hôpital neuf :**

Tout le monde se rappelle certainement qu'à l'origine, en 2008, le site de Lanne était fortement pressenti pour accueillir le nouvel hôpital public des Hautes-Pyrénées. Différentes péripéties qu'il serait trop long de rappeler ici ont conduit à l'abandon du projet, remplacé par un nouveau projet immobilier voulu par l'ARS : la construction d'un hôpital neuf à côté de la clinique Ormeau-Pyrénées (**Alors que le contournement de Tarbes se fera par la rocade Nord-Ouest, ce choix peut paraître surprenant**). Si, dans un premier temps, la volonté première de l'ARS était de maintenir uniquement sur Lourdes un service d'urgences et une trentaine de lits de court-séjour gériatrique, une analyse plus judicieuse allait permettre aux médecins hospitaliers lourdaux et tarbais de se mettre d'accord sur des coopérations médicales et chirurgicales à développer entre les deux établissements. Les orientations médicales retenues tenaient compte de l'ouverture de l'hôpital neuf à l'horizon 2018. Or, les parlementaires des Hautes-Pyrénées reçus au ministère de la santé et des affaires sociales, **auraient eu la confirmation qu'il n'y avait aucun financement prévu pour la construction d'un nouvel hôpital à Tarbes et que le retour à l'équilibre financier des deux établissements serait le préambule incontournable à l'étude de tout nouveau projet**. Pour éviter de perdre du temps avec de fausses hypothèses de travail, il serait donc urgent que cette annonce soit rendue publique dans les plus brefs délais.

Même si je trouve stupéfiant que les médecins puissent invoquer, dans un courrier au Ministère, l'absence d'autres propositions concrètes alors qu'ils ont été les seuls à avoir été sollicités, je pense qu'il est important que d'autres propositions soient avancées. En tant que citoyen, c'est donc ce que je vais essayer de faire, sans aucune prétention, tout au long de ce courrier.

Proposition N°1 :

Puisque aucun nouvel hôpital public ne verra le jour à moyen terme, les orientations médicales doivent être proposées pour les cinq ans à venir, sans tenir compte de la construction hypothétique d'un nouvel hôpital (C'est ce qui correspond globalement aux orientations de "l'étape transitoire" définies par les médecins)

➤ **Le maintien de la maternité de Lourdes :**

Le constat :

- Une maternité avec un gynécologue-obstétricien temps plein et un autre à mi-temps.
- Par dérogation, les accouchements se font **sans la présence d'un pédiatre d'astreinte.**
- Une réanimation avec un réanimateur présent 24/24 jouxte la maternité (ce qui a permis une dérogation pour l'absence de pédiatre)
- Toutes les grossesses à risques sont systématiquement orientées vers des structures appropriées.
- 2 pédiatres assurent le suivi des naissances et viennent à tour de rôle, examiner quotidiennement les mamans et leur enfant (sauf dimanche et jour férié).
- **271** naissances ont eu lieu en 2011, assurées à **85%** par le praticien temps plein.
- La présence d'un bloc opératoire conventionnel et l'astreinte d'un chirurgien viscéral permettent de palier à toute complication obstétricale.
- Le Directeur de l'ARS, M Chastel, a reconnu l'importance de la présence d'une maternité à Lourdes puisqu'il lui a redonné avant l'été l'autorisation de fonctionner pendant encore 5 ans.

Questions et remarques :

- la sécurisation des accouchements devrait imposer l'existence d'une astreinte pédiatrique. Existe-t-il une convention avec les pédiatres tarbais, comme certains semblent le dire ?
- Alors que le maintien de la maternité est remis en cause, en partie par manque de gynécologue, **la faible activité du praticien à mi-temps doit nous interpeller** comme, du reste, **l'organisation de la maternité pour laquelle il est urgent de mener une politique de recrutement digne de ce nom.**
- Quand on parle de maternité, on oublie souvent que l'activité ne se résume pas aux accouchements. La chirurgie gynécologique et les IVG sont aussi des actes pratiqués par les gynécologues qui participent au service public de santé et à l'activité hospitalière.

Contrairement à ce qui est écrit dans le courrier des médecins adressé à Madame la Ministre, **ce n'est pas le refus du conseil de surveillance de l'hôpital de Lourdes de valider les orientations stratégiques qui est dangereux. C'est bel et bien l'attitude scandaleuse du conseil de surveillance de Tarbes qui se permet de valider de facto la fermeture de la maternité de Lourdes fin 2012, qui pose problème.** Avant d'en arriver à une telle extrémité, n'aurait-il pas fallu se demander : que faut-il pour que la maternité de Lourdes puisse fonctionner en toute sécurité ?

Proposition N°2 :

Demander aux médecins de lister les conséquences organisationnelles du maintien ou de l'arrêt de l'activité gynéco-obstétricale à Lourdes, pour que le Ministère et l'ARS se prononcent sur le maintien ou la fermeture de la maternité en toute connaissance de cause.

Proposition N°3 :

Conformément aux principes généraux définis par les médecins, la création d'une équipe territoriale de pédiatres et de gynécologues devrait être envisagée puisque l'autorisation du maintien de la maternité de Lourdes pour 5 ans a bien été signée, et qu'on reparle de la réouverture de celle de Lannemezan .

Après avoir évoqué les deux sujets qui, selon moi, constituent des freins importants à l'approbation des orientations médicales proposées par les médecins, permettez-moi à présent de revenir sur les deux éléments à l'origine de toutes les réorganisations actuelles : le manque de praticien hospitalier et le "déficit" des hôpitaux public.

➤ **Le manque de praticiens hospitaliers**

Les politiques de santé menées depuis trente ans et l'intérêt privé de quelques médecins influents sont à l'origine de la situation que nous connaissons aujourd'hui en matière de démographie médicale. Les propositions avancées par les Communautés Médicales pour essayer d'atténuer les méfaits de la pénurie de médecins tout en répondant aux besoins des populations vont, me semble-t-il, dans le bon sens.

- **La constitution d'équipes territoriales DANS TOUTES LES SPECIALITES QUI L'EXIGENT doit permettre d'assurer une bonne couverture sanitaire et sociale sur l'ensemble du département, en sécurisant l'accès aux soins par le maintien de structures publiques de proximité.**
- **Quant à la politique de recrutement médical active proposée par les médecins, elle correspond tout à fait aux demandes formulées à plusieurs reprises par les Comités de Défense. Elle aura d'autant plus de chance de réussir qu'un projet médical ambitieux, innovant et clair verra le jour.**

Le danger principal de toute organisation, aussi bonne soit-elle, c'est le **non respect des règles par une minorité**. Si je reste persuadé que la très grande majorité des médecins Lourdais et Tarbais vont jouer le jeu de la coopération, je ne suis pas certain que **la totalité** des médecins concernés acceptent de participer aux équipes territoriales. Pourquoi ce pessimisme ? Des pratiques professionnelles difficilement transposables sur un autre établissement, un manque de culture commune, des relations tendues entre praticiens, des intérêts privés qui prennent le pas sur l'intérêt général, des praticiens qui voient d'un très mauvais œil l'arrivée d'un confrère d'un autre hôpital, etc... **tout le monde sait que ces situations existent parfois, et il serait malhonnête de l'occulter**. Mais attention ! Ce n'est pas parce qu'un médecin refuse de participer aux équipes territoriales pour qu'il doit être forcément suspecté de vouloir nuire à l'organisation proposée. Dans quelques cas, des situations particulières peuvent parfaitement justifier ce type d'attitude. Quoiqu'il en soit, pour mettre en place des équipes territoriales, il est nécessaire de connaître les médecins qui y participeront.

Proposition n° 4 :

Il faudrait ajouter au document d'orientation stratégique, la liste nominative des médecins acceptant de participer aux équipes de territoires pour assurer la permanence des soins ou une activité programmée, dans un autre établissement.

Proposition n°5 :

Création d'une commission chargée d'évaluer l'efficacité et le fonctionnement des équipes territoriales. Cette commission devra aussi proposer les améliorations nécessaires pour rendre cette organisation efficiente et pérenne.

Après avoir rapidement évoqué la question centrale du manque de médecins dans certaines spécialités, il est grand temps de s'arrêter sur un autre élément à l'origine de beaucoup de restructurations, de fermetures de lits et de suppression de personnels: le déficit structurel des hôpitaux de Lourdes et Tarbes.

➤ **Le déficit des hôpitaux :**

Là non plus je ne reviendrai pas sur tout ce que nous avons déjà écrit sur le sujet avec le Collectif Hôpitaux Santé 65, et sur les choix politiques faits depuis trente ans en matière de financement de notre système de santé issu du programme du Conseil National de la Résistance.

Tout le monde en est maintenant convaincu, la Tarification à l'Activité (T2A) et la loi "Hôpital Patients Santé et Territoire" (dite "loi Bachelot") n'ont rien arrangé à la situation financière de la majorité des hôpitaux publics, ni à l'égalité économique et géographique d'accès aux soins, bien au contraire. Un des effets les plus pervers du système, n'est que rarement évoqué : en obligeant les hôpitaux à multiplier les actes pour survivre, **la T2A creuse un peu plus tous les jours le "trou" de la Sécurité Sociale.**

T2A et baisse des remboursements sont donc étroitement liées, pour le plus grand bonheur des assurances privées et des grands groupes de cliniques outrageusement avantagés par ce type de financement. Pire, la T2A est parfois à l'origine de situations frauduleuses. Par exemple quand, en France, un directeur d'hôpital ferme volontairement les yeux sur le volume trop important d'actes pratiqués par un praticien hospitalier en secteur libéral, il est dans une totale illégalité. Mais peut-il faire autrement dans un contexte de pénurie de médecins, avec quelques spécialistes qui n'hésitent pas à pratiquer une forme de chantage en menaçant de partir si la direction limite leur activité libérale ?

Il y a, en France, environ 10% des praticiens qui pratiqueraient une activité libérale à l'hôpital. Sur ces 10%, seulement 10% le feraient avec des dépassements d'honoraire. Les conditions d'exercice de l'activité libérale pour les praticiens hospitaliers sont définies dans le Code de la Santé Publique (Article L6154-1 à 7, chapitre 4, Titre 5, Livre 1er)(4). Sans parler de ceux qui pratiquent sans scrupule des dépassements d'honoraire, pourquoi l'activité libérale à l'hôpital pose un problème ? Tout simplement parce que la sécurité sociale rembourse deux fois l'acte médical : une première fois en versant un GHS à l'hôpital (un **Groupe Homogène de Séjour** : une somme qui dépend, pour faire simple, de la nature de l'intervention et du type de patient), une deuxième fois en remboursant l'acte au médecin qui s'acquittera ensuite d'un montant de reversion envers l'hôpital.

Comme le financement de l'hôpital est en grande partie assuré par les GHS, les directeurs d'hôpitaux n'hésitent plus à recruter des médecins libéraux qui assurent une activité importante en secteur libéral au sein de l'hôpital. C'est le cas de Lannemezan avec des chirurgiens toulousains. L'augmentation d'activité d'une année sur l'autre ne devant pas dépasser un certain pourcentage (il me semble avoir lu 2,4%), l'hôpital perd une partie de ses recettes la deuxième année, largement compensée par les recettes des années qui suivent. Si cette méthode permet le financement de l'hôpital, elle est dangereuse pour les comptes de la sécurité sociale. Si les praticiens hospitaliers ont recourt à une activité libérale au sein de l'hôpital, c'est pour compenser la différence de salaire qui peut exister entre le secteur public et le privé. Pourtant, la loi HPST que je combats, pourrait laisser une possibilité aux directeurs d'hôpitaux : négocier avec le praticien hospitalier une augmentation du salaire en contre-partie d'une augmentation d'activité publique et, on peut rêver, de l'arrêt de l'activité libérale. **Les médecins, de part leurs responsabilités et leur niveau d'étude, doivent avoir un bon salaire (et de bonnes conditions de travail), si on veut les retenir dans nos hôpitaux.** Il est grand temps de se pencher sur la question, sans tabou.

Proposition N°6 :

Demander un rapport à la Caisse d'Assurance Maladie sur l'évolution de l'activité libérale dans les quatre hôpitaux du département, sur les cinq ou dix dernières années. En plus d'un nécessaire état des lieux, cela permettrait aussi de servir de base à d'éventuelles négociations sur le salaire des médecins.

Même si ce n'est pas l'activité libérale pratiquée par un tout petit nombre de médecins, qui est responsable du déficit des hôpitaux de Lourdes et Tarbes, j'ai évoqué ce problème parce qu'il est symptomatique des difficultés et des contradictions auxquelles l'hôpital public doit faire face quotidiennement.

Pour terminer, évoquons rapidement la situation financière des hôpitaux de Lourdes et Tarbes.

■ Hôpital de Lourdes :

Le "déficit structurel" de l'hôpital de Lourdes se monte à environ 800 000 €.

Dans une logique de T2A mise en place par le gouvernement précédent et toujours pas remise en cause, la solution principale pour voir le bout du tunnel, consiste à augmenter l'activité de l'hôpital.

Soyez-en persuadés, **ce n'est pas en transférant une partie de l'activité de Lourdes vers Tarbes que l'on comblera pour autant le déficit abyssal de l'hôpital de Tarbes. On arrivera seulement à tuer l'hôpital de Lourdes.** Dans un hôpital lourdais en bon état et convenablement calibré pour répondre aux besoins des populations locales ou de passage, plusieurs actions doivent, à mon sens, être rapidement menées. Voici les principales :

- **Dans l'optique d'un futur centre hospitalier départemental multi-sites que j'estime nécessaire (Bagnères, Lannemezan, Lourdes, Tarbes), il est tout à fait concevable de mutualiser certaines directions. Par contre, dans le contexte actuel, il est souhaitable que l'hôpital de Lourdes**

retrouve rapidement une autonomie de direction et de gestion. Un ou deux directeurs à temps plein sur Lourdes, avec une autonomie leur permettant d'avoir une capacité de recrutement et d'investissement, en respectant les coopérations inter-hospitalières, pourrait être une bonne solution.

- Dans le cadre d'équipes territoriales de spécialistes, les médecins exerçant leur activité sur plusieurs établissements, doivent jouer pleinement le jeu et assurer une activité conséquente dans l'établissement qui les accueille. Des problèmes d'organisation ou l'attitude incorrecte de l'équipe "titulaire" vis à vis d'un praticien venant d'un autre établissement, peuvent souvent expliquer le manque d'activité de ce praticien ou le peu d'implication dont il fait preuve. Mais il arrive aussi parfois, très rarement, que l'attitude du praticien "extérieur" soit loin d'être exemplaire, comme le montrent les deux petits exemples recueillis dans une autre région :
 - ✗ un médecin travaillant deux demi-journées par semaine sur l'hôpital "satellite" pour pouvoir toucher une prime multi-sites, sans que son activité puisse le justifier, et ne faisant en temps effectif que la moitié des heures prévues.
 - ✗ Un chirurgien n'ayant pratiquement aucune activité opératoire sur l'hôpital "satellite", mais venant faire "son marché" pour s'assurer "une clientèle" dans son établissement d'origine.
- L'augmentation de l'activité, le recrutement de nouveaux médecins et la mise en place de projets innovants sont étroitement liés. Chaque établissement doit donc faire preuve d'imagination pour s'assurer une certaine attractivité, tout en respectant les collaborations inter-hospitalières mises en place. Voici deux petits exemples pas si anecdotiques que cela, pour illustrer mes propos.
 - ✗ Alors que l'hôpital de Tarbes n'est pas en mesure de réaliser certains examens d'imagerie cardiaque comme des coro-scan pour des raisons technologiques (scanner "16 barrettes"), il serait bon pour le service public que le futur scanner lourdais prévu pour 2013 soit au moins aussi performant que l'actuel (un "64 barrettes") afin de ne pas dépendre uniquement du privé pour certains examens.
 - ✗ La localisation à Lourdes d'un deuxième chirurgien orthopédique à plein temps, serait aussi un élément déterminant pour revenir rapidement à l'équilibre financier.

Répondre à ces demandes, donnerait de la vitalité supplémentaire et une attractivité certaine à l'établissement lourdais. **Tout autre choix en dirait long sur la volonté réelle de défendre le service public hospitalier et sur l'intérêt porté aux habituels usagers de l'hôpital Lourdais.**

Proposition N°7:

Plus grande autonomie de direction et de gestion pour l'hôpital de Lourdes.

Proposition N°8:

Évaluation régulière de l'activité exercée par les médecins membres des équipes territoriales de spécialités, afin d'identifier les difficultés qu'ils rencontrent et d'éviter les dérives.

Proposition N°9:

Positionner un deuxième orthopédiste temps plein à Lourdes et choisir un scanner "64 barrettes"

■ Hôpital de Tarbes :

Le "déficit structurel "de l'hôpital de Tarbes se monte à environ 8 MILLIONS d'€.

Comment se fait-il qu'un hôpital environ trois fois plus grand que celui de Lourdes ait un déficit 10 FOIS plus important ? Comment a-t-on pu en arriver là ?

Vous le comprendrez, je ne suis pas le mieux placé ni le plus informé pour analyser correctement la situation de l'hôpital de Tarbes. Je me contenterai donc de faire quelques remarques avant de terminer par une ultime proposition.

- La suppression de personnels hospitaliers, outil trop souvent utilisé pour "réduire le déficit", a fait la preuve de son inefficacité. Pourtant, les syndicats viennent d'annoncer que le Plan de Retour à l'Équilibre prévoyait encore la suppression de 200 emplois! Ces suppressions de personnels désorganisent les services, et la souffrance au travail se fait de plus en plus ressentir chez les personnels hospitaliers dont certains sont au bord de la rupture.

- Malgré le travail et l'investissement des médecins et de l'ensemble des personnels , ce sont les usagers qui, en bout de course, pâtissent de toutes ces réorganisations forcées.
- Il y a quelque temps, un rapport de la cours régionale des comptes pointait des dysfonctionnements au niveau de l'organisation des blocs opératoires **(6)**. Tous les problèmes organisationnels ont-ils été définitivement réglés à l'hôpital ?
- Ne serait-il pas temps, à Tarbes comme ailleurs, d'avoir une autre approche de l'activité hospitalière et de remettre à plat, service par service, toutes les organisations, sans avoir pour objectif principal la suppression de personnels, mais plutôt la recherche de l'efficacité dans une pratique médicale soucieuse du bien-être des patients, des médecins et des personnels ?

Proposition N°10:

Saisir la Cours Régionale des Comptes afin de connaître l'origine exacte de ces "déficits", ainsi que l'Inspection Générale des Affaires Sociales pour évaluer les organisations mises en place. Ces rapports participeraient grandement à la recherche de réponses adéquates.

Docteur, Madame, Monsieur,

OUI, Les Hautes-Pyrénées méritent d'avoir des hôpitaux publics performants et attractifs!!!

Toutes les propositions mises en avant par les médecins, les politiques, les syndicats et les Comités de Défense, resteront lettres mortes **si le gouvernement ne prend pas la décision de faire de la santé une priorité nationale**, comme il l'a fait pour l'éducation, la justice et la sécurité. Sans nier l'existence d'une crise mondiale, **des ressources financières nouvelles** doivent être rapidement allouées aux hôpitaux publics. La reconnaissance des missions de service public qu'ils assurent justifie pleinement l'augmentation des dotations (notamment les MIGAC**(6)**), l'abrogation de la loi HPST et de la T2A à 100%, et la fin du numerus clausus. En contre-partie, les hôpitaux doivent s'engager sur une démarche vertueuse et rendre leurs comptes publics. Quoi de plus normal puisque ce sont les cotisations sociales qui alimentent les caisses de la Sécurité Sociale! Selon moi, il est aussi grand temps que **le législateur se penche sur l'opportunité de maintenir une activité libérale au sein des hôpitaux publics, et sur la rémunération des praticiens hospitaliers**. Comme il devra, du reste, s'interroger sur **la pertinence de maintenir le remboursement par la Sécurité Sociale, des actes pratiqués dans des cliniques versant des dividendes à leurs actionnaires**.

Ce ne sont pas des choix politiques, mais véritablement des choix de société qui permettront de répondre aux défis immenses qui nous attendent. Dans l'agitation politique et médiatique qui nous entoure perpétuellement, la seule question qui mérite d'être posée est celle que l'on n'entend jamais : **Les hommes sont-ils au service d'une économie financiarisée qui les broie, ou l'économie et la finance doivent-elles être mises au service des hommes pour leur assurer l'accès aux biens universels (eau, santé, éducation, etc..) et à la paix ?** De la réponse à cette question, dépendra en partie l'avenir de nos hôpitaux...et de l'humanité toute entière.

Veuillez recevoir, Docteur, Madame, Monsieur, mes plus sincères salutations.

Bruno Gay-Capdevielle
ciTOYen

(1) " Orientations stratégiques Groupe Hospitalier Tarbes-Lourdes 2012-2018 AVANT-PROJET Document Interne Version 5 "

(2) Notamment le rejet du Plan Régional de Santé par 7 Conseils généraux sur 8 et par le Conseil Régional.

(3) Principes généraux

- Constitution d'équipes territoriales de spécialités et répartition des activités
- Recherche de l'efficacité et de l'équilibre financier
- Politique de recrutement médical active

(4) http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=DE016F21785A827976404ADD5496B329.tpdjo13v_2?idSectionTA=LEGISCTA000006171476&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20100225

(5) <http://www.ladepeche.fr/article/2009/09/19/676175-tarbes-trop-de-blocs-pas-assez-d-operations.html>

(6) MIGAC : financement des Missions d'Intérêt Général et Aide à la Contractualisation . C'est une dotation qui vient s'ajouter au financement T2A, pour financer des missions d'intérêt général