

**Mission d'inspection du centre
hospitalier intercommunal du
Sud-Aveyron
(Millau-Saint-Affrique)**

- Rapport définitif -

TOME I/II RAPPORT

présenté par :

Messieurs le Dr Pierre ABALLEA, Jean-Paul BASTIANELLI,

le Dr Roland CECCHI-TENERINI

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

*Rapport n° 2004051
Avril 2004*

Le centre hospitalier intercommunal du Sud-Aveyron (CHIC) regroupe, depuis le 1^{er} janvier 2000, le centre hospitalier de Millau et celui de Saint-Affrique dans une seule entité juridique. Depuis cette fusion, l'opposition est régulière sur le devenir du site de Saint-Affrique, entre les membres de la commission médicale et une majorité des administrateurs.

L'aggravation des tensions entre les deux sites se traduit, au cours du mois d'octobre 2003, par divers mouvements sociaux. Dans ce contexte, à la demande du président du conseil d'administration du CHIC, une mission d'inspection de l'IGAS est diligentée sur le CHIC par le ministre de la santé de la famille et des personnes handicapées, avec pour objectif final de formuler des propositions *“afin de maintenir sur ce secteur sanitaire une offre de soins adaptée, de qualité et répondant aux exigences de sécurité”*.

La mission d'inspection se rend sur place dès la fin octobre 2003, pour aider à sortir de la situation de crise. Un courrier du 29 octobre du directeur de l'ARH au préfet de l'Aveyron propose une série de mesures et permet de sortir de cette phase du conflit.

La mission a rencontré à six reprises tous les acteurs impliqués dans le Sud-Aveyron entre les mois de novembre et février 2004. Elle a recueilli et analysé les données d'activités de l'établissement sur la période s'étendant de 1999 à 2003. La mission s'est adjoint les compétences de deux groupes d'experts, l'un en matière de gynéco obstétrique, l'autre pour le retraitement de certaines données du PMSI.

Ce rapport d'étape distingue l'historique des principaux événements ayant structuré la vie des établissements hospitaliers, l'étude des données principales de l'activité du CHIC, l'analyse budgétaire, économique et financière. En conclusion, sont présentées les différentes hypothèses envisageables d'organisation sanitaire dans le Sud-Aveyron.

Au cours du mois de mars, les présidents du CA, de la CME et du CTE, destinataires du rapport d'étape, sont invités à faire part à la mission de leurs observations sur le contenu de ce rapport d'étape et de leurs propositions quant aux scénarios d'avenir. Sur cette base, la mission établira son rapport définitif qui sera remis au ministre au cours du mois d'avril 2004.

Historique

Jusqu'en 2000, trois établissements de santé cohabitent sur le Sud Aveyron, le centre hospitalier de Millau, celui de Saint-Affrique et la clinique privée Saint-Côme à Millau. Le sort des deux établissements publics est lié par un projet de rapprochement depuis 1990, au sein d'un syndicat interhospitalier (SIH). Le fonctionnement du SIH porte principalement sur les activités médicales et devient rapidement conflictuel : aucun projet médical commun ne peut-être dégagé, les communautés médicales se déchirent autour des six créations de postes accordées par la tutelle. Deux des postes créés ne seront jamais pourvus par un titulaire.

Devant ce constat d'échec, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation impose une fusion, effective au premier janvier 2000. Cet acte relance dans un premier temps la dynamique commune. Les échanges reprennent, un projet médical commun est porté.

Plusieurs conflits vont stopper cette dynamique notamment à partir de 2001. Dans tous les cas, le fondement de ces antagonismes réside dans l'opposition entre les deux principales instances de l'établissement, la CME jugée par les administrateurs comme pro-millavoise, le CA jugé par la communauté médicale comme pro-saint affricain. Au final, aucun projet médical n'est approuvé par le conseil d'administration malgré trois tentatives en 2001, 2002 et 2003.

Dans ce contexte, aucune décision ne sera prise devant la dégradation budgétaire annoncée régulièrement au conseil d'administration depuis 2002. Les projets médicaux étant bloqués, aucun projet d'établissement ne peut être approuvé par la tutelle figeant le CHIC sur son image de 2000. Les principaux projets de réhabilitation connaissent un retard de mise en œuvre notamment la stérilisation, la salle de réveil sur Millau, les services d'urgences alors que la non conformité était déjà soulignée depuis 1998-99¹.

Début 2003, la proposition ministérielle d'un plateau technique unique réunissant les établissements de santé, public et privé, à mi-chemin entre Millau et Saint-Affrique recueille dans un premier temps l'accord des deux maires, celui de Millau et celui de Saint-Affrique. Mais rapidement, cette initiative ne permet pas de rassembler l'ensemble des acteurs dans une dynamique commune. Les oppositions se structurent. La crise s'installe à l'automne 2003, après la mise en place d'un protocole de redressement financier, sans les avis des instances du CHIC et sans décision du conseil d'administration, car le protocole prévoit, notamment, la fermeture de la réanimation et de la chirurgie sur Saint-Affrique.

Activité du CHIC

L'année 2000, année de la fusion voit l'activité de court séjour du CHIC croître avec une augmentation du nombre de séjours de près de 6%. Malgré un ralentissement dans les années suivantes, cette activité est supérieure à celle réalisée avant la fusion. Depuis 2001, l'activité reste stable autour de 9600 séjours. L'activité du CHIC se partage à 66% sur le site de Millau et 33% sur le site de Saint-Affrique, toutes activités confondues. L'activité mesurée en points ISA, représente 56% de l'activité du CHIC en médecine, 31% en chirurgie et 13% en gynécologie obstétrique².

Les deux établissements de santé publics et privés du Sud-Aveyron couvraient en 2001, 65% de l'activité chirurgicale réalisée pour les habitants de leur zone, 66% en gynécologie obstétrique et 55% en médecine. Cette attractivité, bien que perfectible notamment en médecine, peut-être considérée comme globalement satisfaisante. Si l'on considère les bassins d'attraction dans le Sud-Aveyron par discipline, il existe deux bassins distincts (Millau et Saint-Affrique) pour la médecine et l'obstétrique, alors qu'il n'existe qu'un seul bassin pour la chirurgie (Millau).

¹ Les travaux pour la salle de réveil ont débuté fin 2003, ceux de la stérilisation sont annoncés pour 2004.

² Données 2002.

L'activité de chirurgie orthopédique est stable depuis 1999. Elle reposait jusqu'à fin 2003 sur deux des trois praticiens. Dans un tiers des cas, elle est réalisée sur le site de Saint-Affrique. Cette proportion a légèrement crû avec la fusion.

La chirurgie viscérale est portée principalement par un des quatre praticiens qui réalise les deux tiers de toute l'activité mesurée en K et la moitié des actes. L'activité décline depuis 1999 : -16,5% des K et - 28% des actes. Dans 80% des cas, la chirurgie viscérale est réalisée sur le site de Millau.

L'activité d'obstétrique est globalement stable depuis 1997 autour de 570 accouchements (200 à Saint-Affrique et 370 à Millau). Les deux établissements de santé sont attractifs pour la population du Sud-Aveyron. La mission relève que les conditions de fonctionnement prescrites par le SROS 2 au titre de l'exception géographique³ ne sont pas réalisées.

L'activité de médecine est stable depuis 1999. Il existe une activité en croissance sur Saint-Affrique alors que celle sur Millau stagne voire régresse.

L'activité des urgences est croissante depuis 1999 (+18%). Le CHIC a accueilli sur ses deux UPATOU, 18 000 primoconsultants en 2003, repartis pour deux tiers sur Millau et un tiers sur Saint-Affrique. La dynamique de service unique s'est arrêtée après 2000 et le service n'est plus encadré. Depuis 2003, la situation devient critique au regard des effectifs médicaux, avec une forte rotation des remplaçants qui assurent aujourd'hui 40% des gardes sur Saint-Affrique.

L'essentiel des dispositifs de sécurité sanitaire « transversaux » est en place⁴ et la mission n'a relevé aucun dysfonctionnement majeur sur ces thèmes sensibles. La mission note toutefois deux faiblesses : la tenue et l'archivage du dossier médical d'une part et l'absence de comité du médicament d'autre part. Il existe des difficultés communes dans la formalisation de protocole et procédures, ainsi que dans la réalisation d'audit des pratiques, que l'absence de coordination des vigilances n'a pas permis de renforcer.

Analyse budgétaire, économique et financière

L'approche budgétaire s'appuie sur les documents votés par le Conseil d'administration et négociés avec la tutelle, selon deux approches méthodologiques : comparaisons des recettes réelles et des dépenses réelles, comparaisons des dépenses réelles et des dépenses autorisées.

³ Deux conditions émises par la commission exécutive de l'ARH:

- la mise en place de collaboration entre les deux sites
- la participation effective des services à un réseau de télémedecine

⁴ Il s'agit des vigilances : hémo-vigilance, noso-vigilance, pharmaco-vigilance, matérieo-vigilance, réactio-vigilance et de la sécurité anesthésique.

A la fin de 2003, seul le Budget H (budget principal) est déficitaire. Les autres budgets sont excédentaires. En 1999, les deux établissements ont déjà des résultats négatifs : Saint-Affrique (-2,18%) Millau (- 1,48%). En 2000, le CHIC enregistre un léger excédent (+ 0,14%), mais les années suivantes il est à nouveau déficitaire : 1 M€ en 2001, 1,9 M€ en 2002, 1,3 M€ en 2003, ce qui porte le déficit cumulé d'exploitation à 4,8 M€ fin 2003, imputable pour l'essentiel à un dépassement des autorisations de dépenses.

Depuis 1999, les autorisations de dépenses d'exploitation du Budget H ont toujours été dépassées. Le dépassement de 2000 est marginal et ceux de 1999 et 2001 peu élevés. En revanche ceux de 2002 (près de + 4,5%) et de 2003 (plus de 3%) sont préoccupants.

Les reports de charges, qui étaient de l'ordre de 0,6 M€ en 1999 et 2001, passent à plus de 2 M€ en 2002 pour redescendre à 1,6 M€ en 2003. Leur cumul atteint 4,950 M€ fin 2003. Jusqu'en 2002, les dépenses de personnel constituent 85 à 90% des dépassements. En 2003, les dépassements sur les autres groupes de dépenses ont disparu, alors que les dépassements sur les dépenses de personnels continuent de croître.

L'évolution des dépenses autorisées du personnel non médical progressent de 7,5% sur la période 2000-2003 et les dépenses réelles de 11 %. Tous les ans, les dépenses réelles sont supérieures aux dépenses autorisées. Le cumul des reports de charges sur ce poste atteint fin 2003 : 3, 328 M€

Les postes budgétés progressent de 4% depuis 2000 et les effectifs payés de 2,7%. Mais le différentiel entre effectifs budgétés et payés est sensible : + 4 % en 2000, + 3% en 2003 et surtout + 8 % en 2001 et 2002. Si le nombre de titulaires et stagiaires payés a peu évolué et a toujours été inférieur aux effectifs budgétés, en revanche le nombre de contractuels de remplacement est élevé. En particulier en 2001 et 2002 il s'est accru de 12,5% et de 18,5%.

L'évolution des dépenses autorisées du personnel médical augmentent de 18,60 % sur la période 2000-2003 et les dépenses réelles de près de 40 %. Jusqu'en 2001 dépenses autorisées et réelles sont équilibrées. En 2002, le dépassement des dépenses autorisées est de 9%. Il passe à 16% en 2003. Le cumul des reports de charges atteint fin 2003 : 1,645 M€

Sur la période, le nombre (en ETP) de praticiens hospitaliers (hors attachés, remplaçants et internes) a peu varié. Toutefois en 2003, il y a un décalage de 10 ETP entre effectifs autorisés et réels, compensé par des remplaçants. De ce fait les dépenses de remplacement médical ont considérablement augmenté.

Au total la mission considère que sur 4,980 M€ de reports de charges, 3,330 M€ sont imputables au personnel non médical et 1,650 M€ au personnel médical.

Les dépenses d'investissement portent à la fois sur les aspects immobiliers et mobiliers. Elles concernent pour 65% le budget H, 30% le Long séjour et 5% la Maison de retraite. L'effort d'investissement a été plus important en volume sur Saint-Affrique (47,5% des crédits) que sur Millau (39,7% des crédits) et pour les services communs (12,8%) ;

L'approche économique a porté sur l'analyse de la productivité MCO. Le nombre de points ISA du CHIC a augmenté de 2,88% entre 2001 et 2002. Dans le même temps, celui de la région a baissé de 2,69% et celui des établissements comparables de 3,10%. Ces résultats montrent que l'activité du CHIC progresse.

Avant la fusion la valeur du point ISA du CH de Saint-Affrique se détériorait, l'établissement étant classé au dernier rang de la région. A l'inverse celui du CH de Millau s'améliorait. Depuis la fusion, la situation du CHIC paraît meilleure. La nouvelle entité passe du 19^{ème} au 10^{ème} rang régional. Mais ce classement ne reflète pas la réalité. Si on tient compte de l'effet des reports de charges le CHIC se situe en fait au 17^{ème} rang sur 22 établissements.

L'approche financière est réalisée à partir de ratios financiers classiques, relatifs aux liquidités, à l'endettement, aux immobilisations, à la gestion.

Pour ce qui concerne le besoin de fonds de roulement et le fonds de roulement la situation du CHIC a plutôt tendance à se bonifier. Au regard de l'endettement, sans être défavorable, la situation du CHIC paraît fragile, sa « marge de manœuvre » est réduite et ses capacités d'autofinancement s'amenuisent. Pour ce qui concerne les immobilisations, le taux de vétusté augmente régulièrement. Près de 78% des équipements sont amortis.

Les hypothèses pour demain

L'élaboration des hypothèses suppose de prendre en compte différents critères qui vont influencer leur chance de réussite. Il s'agit tout d'abord de critères démographiques. Autour de 70 000 habitants environ, la population est stable, vieillissante et de faible densité dans cette zone de moyenne montagne. Selon le choix d'implantation du ou des sites hospitaliers, la couverture est sensiblement différente : elle passe ainsi de 80 à 94% à 45 minutes.

A échéance de 18 mois, l'ouverture du nouvel hôpital de Rodez et la liaison autoroutière vers Montpellier vont contribuer à infléchir encore les comportements de soins. La mission considère que le maintien de la couverture actuelle réalisée par les trois sites serait déjà un bon objectif dans ce contexte.

Les exigences de sécurité sanitaire vont continuer à peser fortement sur les pratiques et les conditions de travail. Les contraintes liées à la démographie et à la sociologie médicale vont contribuer à rendre encore plus nécessaires la lisibilité d'un projet médical et à restaurer la sérénité dans les échanges professionnels.

La mission considère que l'établissement d'un projet médical constitue un préalable à toute solution d'organisation retenue. Cette dernière devra être attentive à la nécessaire entente entre les praticiens, toutes les solutions n'emportant pas les mêmes exigences en la matière.

Enfin, les solutions portées actuellement n'ont pas les mêmes coûts. La construction d'un site unique sur un site extérieur à ceux existants, coûterait 89 millions d'euros, d'après les premiers chiffrages. Le regroupement sur Millau des deux seules structures millavoises représenterait 49 millions d'euros. Quel que soit l'investissement retenu, toute proposition de réorganisation sanitaire doit permettre une gestion équilibrée en fonctionnement.

La combinaison du nombre de sites et de statut juridique possibles permet de construire onze hypothèses distinctes de la situation actuelle. La mission détaille ces hypothèses, à partir desquelles elle a bâti ses propositions .

Les propositions

Trois établissements de santé desservent une population d'environ 71 000 habitants .Il existe un ou deux bassins de recours selon les disciplines :

- Il existe clairement deux bassins de recours en médecine et en gynécologie obstétrique (un sur Millau et un sur Saint-Affrique).
- Pour la chirurgie, il n'y a qu'un seul bassin, centré sur Millau. Pour cette discipline (chirurgie gynécologique comprise), depuis 1997, environ 35% des Sud-Aveyronnais se font hospitaliser dans des structures chirurgicales hors de ce bassin. En 2002, sur 10 patients Sud-Aveyronnais relevant de la chirurgie viscérale ou orthopédique : 6 se sont fait opérer à Millau, 3 hors du Sud-Aveyron, 1 à Saint-Affrique. Cette situation qui pré-existait avant la fusion, s'est maintenue depuis.

Il est nécessaire de disposer de deux unités d'accueil urgences et de SMUR un sur Millau et un sur Saint-Affrique. Le choix d'un service unique réalisé lors de la fusion est cohérent, mais il doit être réorganisé et renforcé, notamment sur Saint Affrique.

L'attractivité des services de médecine du CHIC n'est pas satisfaisante, s'agissant de structures de proximité pour une population consultante. Le développement d'une offre d'hospitalisation et de consultation sur Millau et Saint-Affrique est indispensable. La réorganisation des services de médecine s'impose sur Millau, autour d'un projet médical partagé et porté par l'ensemble des praticiens. Sur Saint-Affrique, l'activité importante de médecine nécessite une augmentation du nombre de lits et places, de ce service polyvalent. Ceci implique le renforcement des équipes médicales et paramédicales.

La chirurgie générale doit être centrée sur un seul bassin dans le Sud-Aveyron avec une activité ambulatoire sur l'autre. La taille critique minimale d'un bassin de population, nécessaire pour organiser un service de chirurgie générale, est compris entre 70 000 et 100 000 habitants. Au regard des comportements de la population, des contraintes d'activité et de pratiques sur ce bassin de taille réduite, des exigences de la garde et de la continuité des soins, le Sud-Aveyron doit disposer au total de six à huit praticiens publics et privés pour couvrir les besoins en chirurgie viscérale et orthopédique. Ces chirurgiens auraient une activité centrée à Millau avec des activités de chirurgie ambulatoire et de consultation sur les deux sites.

Par ailleurs, le développement de la chirurgie de spécialité sur le Sud Aveyron, s'impose notamment en urologie, en ORL et en ophtalmologie.

Le maintien des deux maternités doit s'appuyer sur une organisation en réseau.

L'ARH a décidé en 1999 de maintenir sur ces deux bassins une activité d'accouchement à la condition de mettre en place les collaborations prévues dans son autorisation initiale: collaboration inter sites permettant une mutualisation des moyens en personnel de nature à assurer la sécurité et la continuité des soins ; participation effective au réseau de télé médecine. Ces conditions doivent être satisfaites afin d'assurer la sécurité nécessaire à tout accouchement. Une structure de type "pôle mère-enfant" doit être mise en place entre les deux sites. Cette organisation doit faire l'objet d'une évaluation annuelle en collaboration avec un service universitaire référent.

Concernant la réanimation : les services de surveillance continue doivent être conservés à l'identique.

Il est souhaitable de développer de nouveaux services, actuellement inexistantes:

- une activité d'hospitalisation à domicile (HAD) devrait être mise en place,
- une offre de rééducation fonctionnelle est un réel besoin

D'autres besoins existent concernant les services médico-techniques :

- L'organisation d'un seul service de radiologie sur les deux sites doit être maintenue.
- Une IRM est nécessaire pour le Sud-Aveyron. Son installation sur le site de Millau, doit permettre l'implantation d'un scanner à Saint-Affrique.
- Une activité de biologie polyvalente doit être maintenue sur les deux bassins mais recentrée sur Millau pendant la garde.
- La pharmacie hospitalière doit être renforcée.

L'offre de soins doit être organisée sur deux sites, un à Saint-Affrique et un à Millau, à partir de deux entités juridiques, une publique (le CHIC) et une privée (la clinique Saint-Côme).

A court terme (2005) il convient de réorganiser le secteur public ; à moyen terme il convient de regrouper l'offre de soins publique et privée du Sud-Aveyron.

L'organisation des deux entités juridiques s'articule autour de deux idées maîtresses :

- un partenariat renforcé public-privé, avec pour conséquence le regroupement de toute l'activité chirurgicale publique et privée sur un seul site, au CH de Millau;
- une organisation plus efficace de la structure publique, c'est à dire avec une amélioration du fonctionnement de la direction et des instances. Pour le CA, une plus juste répartition des administrateurs et l'éventualité d'une présidence alternée, pour la CME, la création de comités consultatifs par site.

Le plan de redressement financier pourrait comprendre deux séries de mesures, qui s'appuient sur les constats faits par la Chambre régionale des comptes :

- pour apurer la dette de 5 M€ constituée par les reports de charges cumulés, une dotation de 2,5 M€ doit être accordée à l'établissement et un emprunt peut être contracté par l'établissement pour tout ou partie du solde. Le montant des remboursements doit faire l'objet d'une dotation exceptionnelle annuelle de l'ARH (en totalité ou partiellement);
- pour remettre à niveau les dotations annuelles, un abondement de la base budgétaire, qui ne peut être inférieure à 0,6 M€ doit être accordé par la DHOS dès l'exercice 2005.

Si on s'en tient à la construction au CH de Millau d'une aile pour l'hospitalisation privée et la restructuration des blocs techniques, Les coûts de structures devraient être nettement inférieurs à ceux prévus pour la construction d'un établissement neuf. Cette opération ne devrait pas générer des dépenses de fonctionnement importantes puisque ce sont les personnels de la clinique qui seront affectés à la nouvelle unité.

Ces grandes orientations médicales ne pourront être portées que par des instances publiques rénovées ; un nouvel équilibre est proposé entre les deux sites tant pour la composition du CA que pour celle de la CME. La présidence du CA doit être assumée, directement et alternativement, par les représentants des deux communes concernées. Deux comités médicaux consultatifs doivent être créés sur chacun des sites.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	5
PREMIER CHAPITRE : HISTORIQUE DES ETABLISSEMENTS DE SANTE PUBLICS DU SUD-AVEYRON.....	9
1.1 LE SYNDICAT INTER HOSPITALIER DU SUD-AVEYRON : 1990-1999.....	9
1.2 LE CHIC SUD-AVEYRON EST ISSU DE LA FUSION EN JANVIER 2000.....	12
1.3 LE PROJET DE SITE UNIQUE DÉBUT JANVIER 2003.....	14
1.4 SYNTHÈSE ET ANALYSE	16
DEUXIEME CHAPITRE : L'ACTIVITE DU CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DU SUD-AVEYRON.....	19
2.1 L'ACTIVITÉ DU CHIC.....	19
2.1.1 <i>Le nombre de séjours d'hospitalisation</i>	19
2.1.2 <i>La fréquentation des établissements de santé du Sud-Aveyron en 1999</i>	19
2.1.3 <i>La production médicale du CHIC</i>	20
2.1.4 <i>Attractions et fuites : comparaison régionale</i>	20
2.2 PÔLE DE CHIRURGIE	22
2.2.1 <i>Evolution de l'activité chirurgicale</i>	22
2.2.2 <i>La chirurgie orthopédique</i>	25
2.2.2.1 <i>Evolution de l'activité</i>	25
2.2.2.2 <i>La répartition des activités de chirurgie orthopédique entre les deux sites</i>	26
2.2.2.3 <i>Les évolutions de la durée moyenne de séjour et du taux d'occupation</i>	26
2.2.3 <i>La chirurgie viscérale</i>	27
2.2.3.1 <i>Evolution de l'activité</i>	27
2.2.3.2 <i>La répartition des activités de chirurgie viscérale entre les deux sites</i>	28
2.2.3.3 <i>Les évolutions de la durée moyenne de séjour et du taux d'occupation</i>	28
2.2.4 <i>Activité chirurgicale et pratiques professionnelles</i>	29
2.2.4.1 <i>La chirurgie orthopédique</i>	29
2.2.4.2 <i>La chirurgie viscérale</i>	30
2.2.5 <i>Attractions et fuites en chirurgie</i>	31
2.2.5.1 <i>Les prises en charge chirurgicale lourdes</i>	32
2.2.5.2 <i>Les prises en charge chirurgicale légères</i>	33
2.2.5.3 <i>Conclusion</i>	34
2.3 PÔLE DE GYNÉCO-OBSTÉTRIQUE.....	35
2.3.1 <i>Les accouchements</i>	36
2.3.1.1 <i>Evolution de l'activité obstétricale</i>	36
2.3.1.2 <i>Les césariennes</i>	36
2.3.1.3 <i>La pratique de la péridurale</i>	37
2.3.1.4 <i>Les activités de télé médecine et la mutualisation des moyens</i>	37
2.3.2 <i>Attractions et fuites en matière d'accouchements</i>	38
2.3.2.1 <i>Deux bassins d'accouchement pour le Sud-Aveyron</i>	38
2.3.2.2 <i>Les pratiques obstétricales des femmes résidant dans ces deux bassins d'accouchements</i>	39
2.3.2.3 <i>L'attractivité des deux bassins de naissance</i>	39
2.3.3 <i>Organisation de la pédiatrie</i>	40
2.3.4 <i>La chirurgie gynécologique</i>	40
2.3.4.1 <i>Evolution de l'activité</i>	40
2.3.4.2 <i>Activités chirurgicales par chirurgien</i>	41
2.4 PÔLE DE MÉDECINE	41
2.4.1 <i>Evolution de l'activité en médecine</i>	42
2.4.1.1 <i>Au regard des points ISA</i>	42
2.4.1.2 <i>Au regard du nombre d'entrées et du nombre de journées</i>	42
2.4.1.3 <i>Evolution du taux d'occupation et de la durée moyenne de séjour</i>	43
2.4.2 <i>Evolution des activités du pôle par spécialité et par site</i>	44
2.4.3 <i>L'activité endoscopique en gastro-entérologie</i>	44
2.4.4 <i>Attractions et fuites en médecine</i>	45

2.5	LE SERVICE DES URGENCES.....	46
2.5.1	<i>Le contexte</i>	46
2.5.2	<i>Organisation et Ressources</i>	46
2.5.3	<i>Activités</i>	47
2.5.4	<i>Conformité - sécurité</i>	48
2.5.5	<i>Analyse</i>	49
2.5.5.1	En terme de couverture de la population du secteur sanitaire.....	49
2.5.5.2	En terme d'activité et de fonctionnement.....	49
2.5.5.3	En terme de bonnes pratiques d'organisation et de sécurité.....	49
2.6	LA SÉCURITÉ SANITAIRE AU CHIC.....	51
2.6.1	<i>Les plaintes</i>	51
2.6.2	<i>Le dossier médical</i>	51
2.6.3	<i>La sécurité anesthésique</i>	52
2.6.4	<i>Les vigilances</i>	55
2.6.4.1	L'hémovigilance.....	55
2.6.4.2	La lutte contre les infections nosocomiales.....	56
2.6.4.3	La stérilisation.....	58
2.6.4.4	La pharmacovigilance et le comité du médicament.....	58
2.6.4.5	La matériovigilance.....	59
2.6.4.6	La réactovigilance.....	59
2.6.4.7	La coordination des vigilances.....	60
2.6.5	<i>Synthèse générale sur les vigilances et la sécurité sanitaire</i>	60

TROISIEME CHAPITRE : L'ANALYSE BUDGETAIRE, ECONOMIQUE ET FINANCIERE.. 63

3.1	L'APPROCHE BUDGÉTAIRE.....	63
3.1.1	<i>La comparaison des recettes réelles par rapport aux dépenses réelles d'exploitation</i>	63
3.1.1.1	L'ensemble des budgets d'exploitation.....	64
3.1.1.2	La section d'exploitation du Budget H – budget principal.....	65
3.1.2	<i>La comparaison des dépenses réelles par rapport aux autorisations de dépenses d'exploitation pour le Budget H</i>	66
3.1.2.1	La comparaison des dépenses réelles par rapport aux autorisations de dépenses – Budget H.....	67
3.1.2.2	Les conséquences des dépassements d'autorisation de dépenses d'exploitation: les reports de charges de la classe 6.....	68
3.1.3	<i>Les reports de charges concernant le personnel</i>	70
3.1.3.1	L'évolution des reports de charges concernant l'ensemble du personnel.....	70
3.1.3.2	Les dépenses de personnel non médical.....	71
3.1.3.3	Les dépenses du personnel médical.....	79
3.1.3.4	En conclusion sur les reports de charges concernant les dépenses de personnel.....	83
3.1.4	<i>Les dépenses d'investissement</i>	83
3.1.4.1	Les dépenses d'investissement sur le seul budget H.....	83
3.1.4.2	Les dépenses d'investissement sur l'ensemble des budgets.....	84
3.2	L'APPROCHE ÉCONOMIQUE : L'ANALYSE DE LA PRODUCTIVITÉ MCO.....	85
3.2.1	<i>Le nombre de points ISA</i>	85
3.2.2	<i>La valeur du point ISA</i>	86
3.3	L'APPROCHE FINANCIÈRE.....	87
3.3.1	<i>L'analyse des liquidités</i>	88
3.3.1.1	Le besoin de fonds de roulement (BFR).....	88
3.3.1.2	Le fonds de roulement net global (FNRG).....	88
3.3.1.3	La trésorerie.....	88
3.3.2	<i>L'analyse de l'endettement</i>	89
3.3.2.1	Le taux d'endettement.....	89
3.3.2.2	Remboursement des annuités.....	89
3.3.2.3	Taux d'intérêt de la dette.....	89
3.3.3	<i>L'analyse des immobilisations</i>	90
3.3.3.1	Taux de renouvellement des immobilisations en pourcentage.....	90
3.3.3.2	Taux de vétusté des équipements.....	90
3.3.3.3	Taux d'autofinancement en pourcentage.....	90
3.3.4	<i>Ratios de gestion</i>	91
3.3.4.1	Ratio de délai de rotation des dettes fournisseurs.....	91
3.3.4.2	Evolution des dépenses de personnel.....	91
3.3.4.3	Taux de charges sur exercices antérieurs.....	91
3.3.5	<i>Conclusions</i>	92

QUATRIEME CHAPITRE - LES HYPOTHESES ENVISAGEABLES POUR DEMAIN 93

4.1	IDENTIFICATION DES CRITÈRES NÉCESSAIRES À LA CONSTRUCTION DES HYPOTHÈSES.....	93
4.1.1	<i>Démographie et sociologie</i>	93
4.1.2	<i>La couverture sanitaire de la population en fonction des différentes implantations des structures sanitaires:</i>	94
4.1.3	<i>La sécurité sanitaire</i>	94
4.1.4	<i>Évolution de l'environnement</i>	94
4.1.5	<i>Consommation de soins</i>	95
4.1.6	<i>Données financières</i>	95
4.1.6.1	Investissement	95
4.1.6.2	Fonctionnement	95
4.1.7	<i>La démographie et la sociologie médicales</i>	95
4.1.8	<i>L'existence d'un projet médical</i>	96
4.1.9	<i>L'entente entre les hommes</i>	96
4.2	LES JEUX D'HYPOTHÈSE.....	96

CINQUIEME CHAPITRE : LES PROPOSITIONS DE LA MISSION 109

5.1	LA RÉALITÉ DE LA DEMANDE DE SOINS.....	109
5.1.1	<i>Trois établissements de santé desservent une population d'environ 71 000 habitants</i>	109
5.1.2	<i>Il existe un ou deux bassins de recours selon les disciplines</i>	110
5.2	L'OFFRE DE SOINS SOUHAITABLE.....	111
5.2.1	<i>Pour une population vieillissante, vivant en habitat dispersé, dans cette zone semi-montagneuse, il est souhaitable de maintenir une offre de proximité sur les deux bassins de vie</i> ..	111
5.2.2	<i>Il est nécessaire de disposer de deux unités d'accueil urgences et de SMUR</i>	111
5.2.3	<i>Le vieillissement de la population nécessite le développement de services de médecine attractifs sur les deux bassins de vie</i>	112
5.2.4	<i>La chirurgie générale doit être centrée sur un seul bassin dans le Sud-Aveyron avec une activité ambulatoire sur l'autre</i>	113
5.2.5	<i>Le maintien des deux maternités doit s'appuyer sur une organisation en réseau</i>	114
5.2.6	<i>Réanimation : les services de surveillance continue doivent être conservés à l'identique</i> 115	
5.2.7	<i>Il est souhaitable de développer de nouveaux services, actuellement inexistant</i>	116
5.2.7.1	Une activité d'hospitalisation à domicile (HAD) devrait être mise en place	116
5.2.7.2	Une offre de rééducation fonctionnelle est un réel besoin	116
5.2.7.3	D'autres besoins existent en proximité.....	116
5.2.8	<i>Les services médico-techniques doivent être renforcés</i>	116
5.2.8.1	L'offre de radiologie doit être mieux coordonnée et renforcée.....	116
5.2.8.2	Une activité de biologie polyvalente doit être maintenue sur les deux bassins mais recentrée sur Millau pendant la garde	117
5.2.8.3	L'activité MCO sur les deux bassins de vie justifie de renforcer le fonctionnement de la pharmacie hospitalière	117
5.3	L'ORGANISATION DE L'OFFRE DE SOINS SOUHAITABLE.....	118
5.3.1	<i>La solution préconisée</i>	118
5.3.1.1	Deux sites d'hospitalisation : l'un à Millau, l'autre à Saint Affrique	118
5.3.1.2	Deux entités juridiques : une publique et une privée.....	118
5.3.2	<i>L'organisation de l'offre sur deux sites</i>	119
5.3.2.1	A court terme (2005) il convient de réorganiser le secteur public	119
5.3.2.2	A moyen terme il convient de regrouper l'offre de soins publique et privée du Sud-Aveyron... 120	
5.3.3	<i>L'organisation des deux entités juridiques</i>	120
5.3.3.1	Un partenariat public-privé renforcé	120
5.3.3.2	Une organisation plus efficace de la structure publique.....	121
5.3.4	<i>Les conséquences financières</i>	123
5.3.4.1	Les coûts de structures	123
5.3.4.2	Les coûts de fonctionnement	123

ANNEXES (TOME II) : LES REPONSES APPORTEES PAR LES STRUCTURES DESTINATAIRES DU RAPPORT D'ETAPE, DANS LE CADRE DE LA PROCEDURE CONTRADICTOIRE SUIVIE PAR L'IGAS, SONT INSEREES DANS LEDIT TOME II

INTRODUCTION

Le président du conseil d'administration du Centre hospitalier intercommunal du Sud-Aveyron¹ (CHIC) saisit par courrier² le 17 octobre 2003, monsieur le ministre de la santé de la famille et des personnes handicapées pour « *trouver une solution pérenne pour l'avenir de cette structure hospitalière* ».

Le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées demande à l'Inspection générale des affaires sociales le 23 octobre 2003 de diligenter une mission d'inspection du CHIC³ compte tenu de:

- l'absence de rationalisation des activités médicales après la fusion «autoritaire» des deux hôpitaux de Millau et de Saint-Affrique, intervenue au début de l'an 2000,
- l'impossibilité pour la communauté hospitalière d'élaborer un projet médical de complémentarité entre les deux sites,
- la situation financière difficile de l'établissement,
- l'aggravation des tensions chroniques entre les différentes communautés notamment au sein de la communauté médicale.

La mission d'inspection composée du docteur Pierre ABALLEA, de Jean-Paul BASTIANELLI et du docteur Roland CECCHI-TENERINI, membres de l'IGAS, se rend sur place dès les 29, 30 et 31 octobre 2003 afin d'aider à la résolution immédiate de la crise. Un courrier du 29 octobre du directeur de l'ARH au préfet de l'Aveyron propose une série de mesures et permet de sortir de cette phase du conflit. Ce courrier précise qu'à l'issue de la mission de l'IGAS et sur la base de ses propositions, l'organisation hospitalière du Sud-Aveyron fera l'objet de réunions de travail avec l'ensemble des professionnels concernés et notamment la communauté médicale.

Les membres de la mission proposent au ministre la remise du rapport définitif au cours du mois d'avril, après une dernière étape de concertation sur place. Dans la note de cadrage qui lui est transmise le 3 décembre 2003, la mission s'engage à restituer au cours du mois de février les éléments de diagnostic sur l'organisation médicale, la gestion et le fonctionnement de l'établissement et les hypothèses d'évolution de l'organisation sanitaire Sud-Aveyronnaise. Au cours du mois de mars, les destinataires du rapport d'étape sont invités à faire part à la mission de leurs observations sur le contenu de ce rapport d'étape et de leurs propositions quant aux différentes hypothèses d'avenir.

¹ Le CHIC du Sud-Aveyron regroupe deux anciens centres hospitaliers, celui de Millau et celui de Saint Affrique au sein d'un bassin de population, le Sud-Aveyron comportant 71 000 habitants

² Cf. annexe n°1 : lettre de saisine du ministre de la santé de la famille et des personnes handicapées par monsieur Jérôme ROUVE, président du conseil d'administration du centre hospitalier intercommunal du Sud-Aveyron.

³ Cf. annexe n°2 : Lettre de mission de l'IGAS.

La mission a effectué 6 déplacements sur place de deux ou trois jours chacun. Des réunions par pôle d'activités – médicales et administratives - ont rassemblé autour des membres de la mission, les représentants médicaux et paramédicaux de chaque service. Les représentants des instances de l'établissement et des syndicats représentés au sein du CHIC ont été entendus. La direction de la clinique Saint Côme et ses principaux dirigeants mutualistes ont reçu les membres de la mission d'inspection au cours d'une matinée de travail. Les différentes associations de défense et de soutien des sites hospitaliers ont été rencontrées à leur demande, ainsi que toutes les personnes qui ont sollicité la mission. Les membres de la mission ont eu deux entretiens avec les maires de Millau et de Saint-Affrique. Ils ont participé à deux rencontres de travail réunissant l'une, les élus siégeant au bureau de la Communauté des communes de Millau, l'autre, les représentants du syndicat des élus du Pays Saint-Affricain. Des échanges soutenus et suivis ont eu lieu avec les organismes de tutelles hospitalières notamment, l'ARH, la DRASS, la DDASS et la CRAM⁴. Deux missions d'expertises ont été mises en place à la demande des membres de la mission, l'une concernant la sécurité sanitaire au sein du pôle gynéco-obstétrical du CHIC, l'autre pour le retraitement des données du PMSI⁵.

La mauvaise collaboration des équipes médicales entre elles et notamment entre les deux sites du CHIC et le dysfonctionnement des instances hospitalières sont des données acquises depuis de nombreuses années, avant même la fusion juridique des deux établissements. Cette situation de conflits permanents entre les hommes devient progressivement le mode de fonctionnement quotidien de cette structure hospitalière, à tous les échelons de responsabilités. La réalité des pratiques médicales exagérément concurrentielles plus que complémentaires, apparaissent parfois comme dangereuses pour la santé publique. La « surmédiation » permanente est alimentée et entretenue volontairement par tous les acteurs de l'offre de soins Sud-Aveyronnais.

Dans ce contexte, les membres de la mission ont mené leurs investigations sur place dans la plus grande transparence. A titre d'exemple, les agendas des rencontres effectuées lors des différents déplacements ont été rendus publics par l'intermédiaire de la direction de l'établissement.

Ce rapport définitif fait suite à un rapport intermédiaire sur le diagnostic de la situation. A ce stade, il s'agissait de porter à la connaissance de tous les membres de la communauté hospitalière des faits objectifs, qui, après validation, ne devaient plus pouvoir être contestés. Ces éléments objectifs ont été présentés aux instances hospitalières (CA, CME, CTE) au cours des mois de mars et avril. Celles-ci ont émis des remarques par écrit qui sont consignées en annexe du rapport.

Ce rapport ne prend pas en compte toutes les activités de l'établissement. Seules les activités que la mission estime être directement à la source des principaux conflits et dysfonctionnements, font l'objet de ce document. Ce ciblage des activités a pu être

⁴ ARH : agence régionale de l'hospitalisation, DRASS : direction régionale des affaires sanitaires et sociales, DDASS : direction départementale des affaires sanitaires et sociales, CRAM : caisse régionale d'assurance maladie

⁵ La mission d'expertise en Gynéco – obstétrique a été conduite par les professeurs NISAND et MARES. Le retraitement des données du PMSI a été réalisé par l'équipe de l'institut de santé publique de Poitiers, sous la responsabilité du Dr SATRE

réalisé car la mission a rencontré toutes les équipes médicales, paramédicales et administratives hospitalières et a recueilli puis analysé les données d'activité de l'ensemble de l'établissement hospitalier.

En premier lieu, est examiné l'histoire des évènements qui ont ponctué depuis plus de dix ans le fonctionnement des structures sanitaires hospitalières du Sud-Aveyron : la période de la création du syndicat inter hospitalier, son activité, la fusion des deux établissements de Millau et de Saint-Affrique, la proposition de site unique en janvier 2003 et la décision de mettre en œuvre le « protocole du 20 août » pour remédier à la situation financière du CHIC.

Une deuxième partie est consacrée à l'analyse des activités de diagnostic et de soins et à la sécurité sanitaire, autour des pôles de chirurgie, de gynéco obstétrique, de médecine et des urgences. Ce regard prend en compte une période relativement large de 1997 à 2003, avant et après la fusion juridique. Cette présentation par pôles s'articule autour de trois axes, les évolutions globales des activités sur le CHIC et sur chacun des sites, les activités développées par chaque praticien du pôle concerné et l'appréciation de l'attractivité de l'établissement et de chacun des sites.

Les données budgétaires et comptables font l'objet de la troisième partie de ce document. Comme pour la présentation des activités médicales, la période étudiée se situe autour de la fusion juridique de l'établissement. Les données exposées concernent essentiellement le budget principal avec un regard plus précis sur les dépenses de personnel (médical et non médical), les dépenses d'investissement et les principaux ratios financiers de l'établissement.

Les principaux critères de choix des hypothèses d'organisation sont décrits en quatrième partie.

Enfin, les propositions de la mission « *afin de maintenir sur ce secteur sanitaire une offre de soins adaptée, de qualité et répondant aux exigences de sécurité⁶* » forment la cinquième partie.

⁶ Cf. annexe n°2 : Lettre de mission.

PREMIER CHAPITRE : HISTORIQUE DES ETABLISSEMENTS DE SANTE PUBLICS DU SUD-AVEYRON

La compréhension du déroulement des principaux évènements ayant structuré la vie des établissements de santé publics du Sud-Aveyron est essentielle. En effet, la mission a été frappée d'entendre à quel point les acteurs principaux y ont fait référence pour expliquer leurs positions actuelles. La plupart des acteurs rencontrés font remonter leur analyse au début des années 1990, à la création du syndicat interhospitalier et cette période constitue le point de départ de la revue présentée ici.

L'Aveyron est découpé en 2 secteurs sanitaires (Nord et Sud). Le secteur sud couvre un quart de la population départementale, soit 64 000 habitants. La couverture hospitalière MCO⁷ du secteur sanitaire du Sud-Aveyron repose historiquement sur 3 établissements de santé : un centre hospitalier public et une clinique chirurgicale à Millau et un centre hospitalier public à Saint-Affrique.

L'hôpital de Millau a été reconstruit sur le site de Calès, dans la zone ouest de Millau, durant les années 1980. La décision de reconstruction sur un nouveau site remonte à 1981. Le nouvel établissement est en fonction depuis 1987. Les deux autres établissements n'ont fait l'objet que de rénovations partielles, sans projet d'envergure identique durant cette période.

Les deux établissements publics sont distants de 28 km (33 minutes en conditions de circulation normale). Ces établissements de santé de taille moyenne offrent tous deux des services de MCO. Ils sont fortement incités depuis les années 1990 à coordonner et regrouper leurs activités.

1.1 Le syndicat inter hospitalier du Sud-Aveyron : 1990-1999

La création du syndicat inter hospitalier (SIH) est proposée par la tutelle dès la fin des années 1980. La DRASS conditionne son engagement à renforcer les moyens destinés aux deux établissements à leur mutualisation via le SIH.

Le SIH est créé le 18 décembre 1990 et son premier conseil d'administration est installé le 13 février 1991. Son président est M. FAUCONNIER, adjoint au maire de Saint-Affrique et son vice président M. DERUY, maire de Millau. La maison de retraite de Saint Rome de Tarn et le Centre médical « Maurice Fenaille » de SEVERAC LE CHATEAU sont parties prenantes du SIH mais s'en retireront rapidement en n'y laissant que les deux établissements de santé publics.

⁷ MCO : médecine, chirurgie, obstétrique

Le SIH se réunit cinq fois de février 1991 à septembre 1993⁸, puis s'arrête jusqu'en 1995. Un nouveau conseil d'administration est réinstallé en septembre 1995 à la suite du renouvellement des équipes municipales. Son président est M. SAMBUCY, nouveau maire de Saint-Affrique et le vice-président M. GODFRAIN, nouveau maire de Millau. Le SIH se réunira 4 fois jusqu'en avril 1999⁹, date de sa dernière réunion. Le SIH s'est donc réuni huit fois en neuf ans.

Le SIH a pour objet « *la mise en commun de moyen et de compétences, la conception, la construction, l'équipement et la gestion d'une blanchisserie, la mise en œuvre d'études de faisabilité relatives à la création d'une cellule d'ingénierie, d'une cellule informatique, d'un long séjour psychiatrique et à l'installation d'un scanographe* »¹⁰.

Le scanner constituera la première « pomme de discorde », car le centre hospitalier de Millau obtient l'autorisation en 1991, mais l'exploite en nom propre et ne le fait pas rentrer dans le « patrimoine commun » du SIH.

Un projet de blanchisserie et une convention seront portés durant la vie du SIH, mais n'aboutiront pas¹¹.

Le SIH travaillera essentiellement sur l'organisation médicale. Ceci est atypique par rapport aux autres SIH fonctionnant durant la même période qui ont surtout travaillé à une mutualisation des fonctions logistiques et médico-technique (laboratoire, information médicale, pharmacie...)

De nombreux échanges sont organisés en 1991-92 sur la complémentarité souhaitable entre les deux établissements à partir des résultats d'un premier audit commandé à la société Ernst et Young en 1990 et rendu en 1991. Un accord global, esquisse d'un projet médical commun, ne sera jamais trouvé.

La mission relève que seul un protocole d'accord sur le fonctionnement de la chirurgie sur les deux sites avec 7 praticiens est acté le 18 janvier 1993. Son application très vite contestée, ne sera pas effective.

Mais l'essentiel des discussions et des conflits inhérents vont porter sur la création, le mode de fonctionnement partagé et l'affectation des postes de praticiens hospitaliers. Six postes médicaux vont être créés dans le cadre du SIH entre 1991 et 1998.

Deux postes sont créés avec l'accord des deux communautés médicales : en 1992-93, un poste de PH (praticien hospitalier) temps plein de cardiologie, créé par transformation sur Millau et en 1993-94 un poste de PH temps plein en chirurgie

⁸ 13/02/91 ; 02/04/92 ; 18/01/93 ; 01/02/93 et 06/09/93

⁹ 25/09/95 ; 13/09/95 ; 05/11/98 ; 30/04/99

¹⁰ Article 1 des Statuts du SIH

¹¹ Un second projet sera remonté entre le centre hospitalier de Millau et le CAT des Charmettes entre 1998 et 2000 qui sera également abandonné, au profit d'un troisième projet, réunissant les établissements du département cette fois, au stade des études de faisabilité aujourd'hui (conseil d'administration de décembre 2003).

orthopédique, dont 3/5 de temps sont affectés à Millau et 2/5 à Saint-Affrique. Le mode de fonctionnement de ces praticiens donnera globalement satisfaction.

Quatre autres postes sont créés qui génèrent un désaccord des communautés médicales.

Un premier poste de chirurgien polyvalent est créé en 1991. Il est affecté à 2/5 de temps sur Millau et 3/5 sur Saint-Affrique. Quatre praticiens vont se succéder sur ce poste. Le premier chirurgien finalement recruté ne travaillera de 1993 à 1996 que sur Saint-Affrique car la CME (Commission médicale d'établissement) de Millau se prononce contre sa candidature en 1993 (Dr D'AMATO). Après un praticien exerçant à titre provisoire (le Dr JACQUES), le poste est occupé par le Dr ACHEAIBI¹².

Un poste de PH temps plein en Anesthésie réanimation est créé en 1991-92 par transformation d'un poste d'assistant existant à Millau. Il s'agit d'un quatrième poste très attendu sur Millau. Il est prévu que ce temps de travail supplémentaire permette de dégager l'équivalent de 5 semaines de travail pour faciliter les remplacements des 2 anesthésistes de Saint-Affrique. La mise en œuvre de ce poste va rapidement générer des conflits et le praticien ne travaillera plus que sur Millau.

Un poste de PH temps plein en radiologie est créé en 1992-93. Il existe un désaccord entre les deux communautés médicales sur les modalités d'exercice, en particulier sur l'organisation d'une garde unique de radiologie. Le poste reste finalement vacant.

Un poste de gynéco-obstétricien temps plein est créé en 1998 par transformation du poste temps partiel du Dr LAROCHE, parti en 1994. Ce poste ne sera jamais pourvu par un titulaire.

Dès la mi-92, le conflit entre les deux communautés médicales est ouvert et s'exerce par presse interposée¹³. Le premier président menace à plusieurs reprises de démissionner et finalement une partie des membres du conseil d'administration le suit et démissionne en septembre 1993, provoquant une interruption de deux ans du fonctionnement du SIH.

La relance du nouveau conseil d'administration en 1995, ne permettra pas de renouer avec une dynamique de travail apaisée et la nouvelle tutelle régionale issue des ordonnances de 1996, constatera le blocage du fonctionnement du SIH à son arrivée.

Au total, sur les six postes créés via le SIH, deux seront pourvus et fonctionneront de façon satisfaisante, quatre vont générer des conflits, dont certains sont encore d'actualité en 2004 et deux postes sur ces quatre resteront vacants.

Le seul fonctionnement partagé satisfaisant portera sur l'activité d'orthopédie-traumatologie : les praticiens sur les deux sites s'organiseront à partir d'un protocole de fonctionnement commun et sous l'animation d'un praticien fédérateur.

¹² La CME de Millau s'opposera à sa titularisation après la fusion et le praticien quittera l'établissement.
Cf. infra.

¹³ Cf. communiqué du corps médical de Saint-Affrique du 30 juin 1992.

1.2 Le CHIC Sud-Aveyron est issu de la fusion en janvier 2000

La nouvelle ARH, porte les mêmes interrogations que la DRASS dix ans plus tôt, sur la possibilité de maintenir deux offres de soin identiques sur un secteur sanitaire de moins de 70 000 habitants. Les exigences en matière de sécurité se sont renforcées fortement durant cette période. Le contexte démographique médical s'annonce perturbé et les tensions entre les communautés médicales ont contribué à rendre plus difficile voire impossible le recrutement et la stabilité des praticiens. Parallèlement, les usagers et les médecins traitants se détournent des deux centres hospitaliers publics en conflit ouvert. La première enquête menée par l'ARH dans le cadre du SROS de deuxième génération établit ainsi que les usagers du Sud-Aveyron, recourent de façon importante aux établissements de santé hors Sud-Aveyron.

L'ARH, cherche à convaincre les acteurs locaux et ministériels, de la nécessité de fusionner les deux établissements de santé pour relancer une nouvelle dynamique. Ce projet est inscrit dans l'agenda national des restructurations courant 1998. L'ARH annonce au président du SIH son intention de le réaliser dès la fin 1998¹⁴. La vacance du poste de directeur sur Saint-Affrique et l'arrivée d'un nouveau directeur sur Millau en février 1999 sont mises à profit pour préparer la fusion des deux sites sous une direction partagée préfigurant la direction unique¹⁵. L'ARH demande officiellement aux établissements de santé de s'engager vers une fusion en mai 1999.

Les réticences à la fusion sont très fortes des deux côtés et une manifestation publique hostile a lieu à Saint-Affrique le 19 juin 1999. Le SROS est publié le 22 juin, il acte l'exception géographique de la maternité du Sud-Aveyron et propose de reconnaître un service d'urgence et un SMUR¹⁶ sur les deux sites. La fusion des deux établissements de santé est annoncée.

Malgré ces assurances, confortées par l'engagement du maintien des astreintes de radiologie et de chirurgie sur le site de Saint-Affrique dans l'attente d'un projet médical commun, la CME et le conseil d'administration de Saint-Affrique votent contre la fusion. A Millau, la CME seule se prononce défavorablement. Le conseil d'administration approuve la fusion sous réserve notamment de développement d'une astreinte médicale commune à Millau en chirurgie et radiologie.

Dans ce contexte, l'ARH choisit d'imposer la fusion en septembre 1999¹⁷. Les nouvelles instances sont constituées fin 1999 et le CHIC est créé le 31 décembre 1999. Le nouvel établissement doit établir dans l'année son projet médical. Le développement du nouvel établissement est conditionné par l'ARH à la formalisation d'une séquence « projet médical, projet d'établissement et contrat d'objectifs et de moyens ».

La décision de fusion pourtant refusée par de nombreux acteurs ne déclenche pas de « levée de boucliers ». L'année 2000 est consacrée par la plupart à la mise en place du fonctionnement commun. Les contacts entre les différents services s'intensifient. Les groupes de travail se réunissent pour bâtir le projet médical sous la conduite d'un bureau de conseil extérieur : la SANESCO. La responsabilité médicale commune d'une

¹⁴ Courrier du 24 novembre 1998

¹⁵ Lettre de mission du 7 avril 1999

¹⁶ SMUR : service mobile d'urgence et de réanimation

¹⁷ Arrêté portant fusion des deux établissements de santé du 9 septembre 1999.

partie des services est actée¹⁸. Les échanges apparaissent nombreux et la dynamique semble vouloir se relancer. L'activité en 2000, mesurée en nombre de séjours hospitaliers, progresse de plus de 5%, soit une augmentation deux fois plus forte que les années précédentes (*Cf. infra*).

Le premier accroc institutionnel survient en juillet 2000 lorsque la direction des hôpitaux et de l'organisation des soins (DHOS) refuse de titulariser le Dr ACHAIBI sur le poste de chirurgien de Saint-Affrique. La CME s'oppose alors au conseil d'administration qui avait accepté cette nomination. Le praticien quitte l'établissement¹⁹.

Le vote sur le premier projet médical va cristalliser l'antagonisme entre les deux instances fin janvier 2001. Le conseil d'administration n'accepte le projet de la CME que sous réserve de modifier le régime des astreintes médicales proposées par la CME. C'est l'impasse et le directeur du CHIC ayant conduit la fusion quitte l'établissement dès février. Son remplaçant assurera un intérim de quatre mois et repart devant un constat de conflit interne majeur. Une motion de « défusion » portée par les médecins de la CME est déposée devant le conseil d'administration du 21 mai 2001.

Cette situation bloquée et des premiers signes de difficultés financières conduisent le nouveau directeur de l'ARH à demander une mission d'enquête aux services de l'Etat et de l'assurance maladie en mai 2001. Parallèlement, la Chambre régionale des comptes entreprend le même mois une enquête sur la gestion 2000 du nouvel établissement.

La mission d'enquête rend son travail en septembre 2001 mais celui-ci ne sera pas diffusé par l'ARH.

L'ARH choisit de s'appuyer sur un nouvel intervenant extérieur pour aider le CHIC à sortir de sa situation de blocage institutionnel et bâtir un nouveau projet médical. Cette mission d'appui est diligentée par la DHOS au printemps 2002. La mission confirme le bien fondé de la fusion et de la politique d'exception géographique pour la maternité et l'UPATOU/SMUR²⁰ ; elle rappelle la nécessité du maintien d'un plateau technique de chirurgie lié à la maternité et l'UPATOU et confirme la nécessité d'une couverture chirurgicale viscérale à Saint-Affrique en astreinte propre. Enfin elle demande de rechercher la complémentarité des projets et une certaine mutualisation des moyens avec la clinique de Millau.

La situation de la clinique de Millau est évoquée à nouveau à cette période. La clinique Saint Côme, située au centre de Millau est l'un des trois établissements de santé de la zone. Son activité est principalement chirurgicale. Historiquement gérée par une congrégation religieuse, elle a été reprise en septembre 2000 par une société anonyme essentiellement constituée de médecins de la clinique. Mais les nouveaux gestionnaires n'arrivent pas à relancer l'activité et à redresser la situation financière. Des contacts informels en vue d'une nouvelle reprise sont engagés dès février 2002 avec d'éventuels repreneurs mutualistes.

¹⁸ Conseil d'administration du 11 février 2000. Il s'agit des services de chirurgie viscérale et orthopédique, de l'imagerie médicale, des urgences, de la pharmacie et des consultations externes.

¹⁹ Il sera remplacé en 2001 par le Dr OPSOMER titularisé en 2003 et actuellement en poste au CHIC

²⁰ UPATOU : unité de proximité d'accueil de traitement et d'orientation des urgences

A la suite de la mission d'appui DHOS, le CHIC relance son projet médical en mai 2002, à la demande de l'ARH, avec l'appui de la DDASS et de l'assurance maladie. Les groupes de travail fonctionnent durant le second trimestre 2002.

C'est en mai 2002 que survient le troisième conflit entre CME et conseil d'administration à propos de la titularisation du Dr OSPOMER, chirurgien sur Saint-Affrique. Le conseil d'administration s'oppose à sa titularisation contre l'avis favorable de la CME. Ce conflit réactive le premier conflit vécu sur ce même sujet début 2000. Cette fois encore, la DHOS suit la proposition de la CME, contre l'avis du conseil d'administration et titularise le praticien.

Dans ce contexte, le conseil d'administration ajourne sa décision sur le second projet médical voté par la CME en juillet 2002²¹. Le désaccord porte cette fois sur l'insuffisance des relations de collaboration envisagées avec la clinique. Lors du même conseil d'administration, l'annonce d'un déficit prévisionnel de 17 MF est faite à l'occasion du vote du compte administratif 2001.

La situation institutionnelle se bloque une nouvelle fois. A cette période, des consultations ont lieu entre les acteurs clefs, l'ARH et le cabinet du ministre pour rechercher des solutions.

L'ARH demande fin 2002 au CHIC et à la clinique de renforcer leur coopération. Une réunion a lieu le 10 décembre 2002 afin de lancer le processus.

1.3 Le projet de site unique début janvier 2003

L'idée d'un plateau technique unique entre les deux sites est évoquée par le président du conseil d'administration le 21 mai 2001 comme l'un des 4 scénarii d'évolution possible pour le CHIC^{22/23}. Mais cette piste ne sera plus rediscutée dans les instances jusqu'au début 2003.

C'est à l'issue d'une rencontre au cabinet du ministre, que les deux maires de Saint-Affrique et Millau et le directeur de l'ARH annoncent conjointement la proposition ministérielle de reconstruire les trois établissements de santé du Sud-Aveyron sur un nouveau site unique²⁴. Cette annonce surprend les acteurs locaux et polarise le débat public du printemps 2003. Le conseil d'administration informé le 23 janvier, délibère favorablement le 8 avril 2003²⁵ sur le choix du site de Luzeçon à 13 km à l'ouest de Millau, après des études d'implantations menées par la DDE²⁶ sous le pilotage du Préfet. L'ARH inscrit l'opération de reconstruction de 225 lits de court séjour dans le plan Hôpital 2007 pour un montant estimé de 61 millions d'€

²¹ Conseil d'administration du 12 juillet 2002.

²² Cette idée avait été avancée en 1993 par le syndicat CFDT.

²³ « ... quatre scénarii se présentent : premièrement : la fermeture d'un des deux sites, deuxièmement : deux sites miroirs, troisièmement deux sites en complémentarité, quatrièmement : la construction d'un nouveau plateau technique entre les deux sites. »

²⁴ Communiqué commun du 22 janvier 2003

²⁵ 9 voix pour, 1 voix contre et 9 abstentions

²⁶ DDE : direction départementale de l'équipement

La remise des conclusions définitives de la Chambre régionale des comptes début janvier 2003 est diluée dans la discussion sur le site unique et les négociations avec la clinique. La situation financière y est décrite comme très dégradée en relation avec le maintien de deux sites MCO. Les prévisions de déficit de l'établissement sont estimées à 4,9 millions d'euros pour la fin 2003 par la direction.

A Millau, un collectif de défense se crée en février 2003 afin de refuser le déplacement de l'hôpital du site du Pas de Calès. A Saint-Affrique, le « Collectif de défense Emile Borel » se range à l'idée du déplacement sur un site unique. D'autres acteurs, refusent l'idée de la fermeture de deux sites au profit d'un site unique.

Parallèlement, le processus de reprise de la mutuelle s'intensifie et un regroupement de plusieurs mutuelles locales et régionales fait connaître son intérêt fin janvier 2003. L'ARH demande au CHIC et à la clinique de formaliser un protocole commun de collaboration couvrant la période devant précéder le regroupement sur le site unique. La mise en place d'un groupement de coopération sanitaire (GCS) est évoquée. Sept versions du protocole sont réalisées et le conseil d'administration de la clinique vote cette dernière version. La CME du CHIC vote le 20 février 2003 une version prévoyant la fermeture de l'activité chirurgicale sur Saint-Affrique que le conseil d'administration du CHIC refuse le 28 février.

Ce nouveau blocage conduit les mutuelles à se retirer du processus de reprise et entraîne le retrait de la principale banque de la clinique. Un administrateur provisoire est nommé par le tribunal de commerce après la mise en redressement judiciaire début mars. Celui-ci reprend contact avec les mutuelles pour relancer un processus de reprise en avril. La négociation finit par aboutir positivement en juillet 2003.

Le CHIC reste en situation de blocage institutionnel majeur et l'annonce d'un déficit prévisionnel de 6,5 millions d'€ lors du conseil d'administration du 8 avril 2003, ne suffit pas à relancer une recherche de solution. Le conseil d'administration ne se réunit plus pour approuver la gestion 2002 avant l'été. Depuis la fin mai, l'activité opératoire est suspendue à Saint-Affrique en raison du début de travaux de mise en conformité incendie. Dans ce contexte, la direction du CHIC en lien avec l'ARH, formalise un plan d'économie qui prévoit la fermeture définitive de la chirurgie programmée de Saint-Affrique ainsi que celle du service de réanimation. Le protocole de redressement financier est signé le 20 août 2003. Il est présenté aux membres du CA réunis informellement le 21 août, sans qu'aucun débat ne soit organisé. Le conseil d'administration du 17 septembre 2003, n'aborde ce sujet qu'à l'occasion d'une discussion sur la conformité incendie du bloc opératoire de Saint-Affrique et d'un vote sur la création de lits de chirurgie ambulatoire²⁷.

Cette décision est rejetée par la communauté Saint-Affricaine. Elle relance la contestation sur Saint-Affrique et déclenche le mouvement de protestation conduisant au démarrage de la présente mission IGAS, le 29 octobre 2003.

²⁷ Points VII et XV de l'ordre du jour.

1.4 Synthèse et analyse

Trois établissements de santé cohabitent sur le Sud-Aveyron.

Le sort des deux établissements publics est lié par un projet de rapprochement depuis 1990, au sein d'un syndicat interhospitalier. Le fonctionnement du SIH porte principalement sur les activités médicales et devient rapidement conflictuel : aucun projet médical commun ne peut-être dégagé, les communautés médicales se déchirent autour des six créations de postes accordées par la tutelle. Deux des postes créés ne seront jamais pourvus par un titulaire.

Devant le constat d'échec la tutelle impose une fusion, effective au premier janvier 2000. Cet acte autoritaire relance dans un premier temps la dynamique commune. Les échanges reprennent, un projet médical commun est porté.

Entre 2000 et 2003, le conseil d'administration se réunira 22 fois²⁸. Le rythme est régulier et soutenu en 2000. Il commence à se désunir dès 2001 mais surtout en 2002 et 2003.

Un premier conflit entre la CME et le conseil d'administration surgit dès 2000, à propos de la titularisation d'un chirurgien sur Saint-Affrique. Le conflit s'attise en janvier 2001 avec le refus par le conseil d'administration de voter le projet médical proposé par la CME, considéré comme défavorable au maintien des activités de soin MCO sur Saint-Affrique.

Ces deux premiers conflits vont se reproduire sur les mêmes thèmes. Deux autres conflits majeurs surviendront entre la CME et le conseil d'administration à propos de projets d'organisation médicale qui seront rejetés²⁹. Deux autres conflits à propos de nomination de praticiens hospitaliers auront lieu toujours à propos du site de Saint-Affrique³⁰. Dans tous les cas, le nœud du conflit porte sur la défense par le conseil d'administration, des intérêts du site de Saint-Affrique considéré comme menacé par les projets de la communauté médicale jugée trop pro-millavoise. De fait, l'application de la réglementation aboutit inéluctablement, compte tenu des effectifs en présence, à une faible représentation de la communauté médicale de Saint-Affrique³¹.

Ce faisant, aucune décision ne sera prise devant la dégradation budgétaire annoncée régulièrement au conseil d'administration depuis 2002. Les projets médicaux étant bloqués, aucun projet d'établissement ne peut être approuvé par la tutelle figeant l'image du CHIC sur son image de 2000. Les principaux projets de réhabilitation connaissent un retard de mise en œuvre notamment la stérilisation, la salle de réveil sur Millau, les deux services d'urgences alors que la non conformité était déjà soulignée depuis 1998-99³².

²⁸ févr-00, avr-00, mai-00, juin-00, sept-00, oct-00, déc-00, janv-01, mai-01, juil-01, oct-01, nov-01, déc-01, avr-02, mai-02, juil-02, nov-02, janv-03, févr-03, avr-03, sept-03, déc-03.

²⁹ Les conflits autour de l'organisation médicale et des coopérations : Projet médical de janvier 2001, projet médical de juillet 2002, projet de convention avec la clinique Saint-Côme de février 2003.

³⁰ Les conflits autour des nominations de praticiens sur Saint-Affrique : Dr ACHAIBI (chirurgien, mai 2000), Dr HANE (radiologue, mai 2001) et Dr OSPOMER (chirurgien, mai 2002).

³¹ La CME élue en 2000 comprenait neuf représentants de la communauté médicale de Saint-Affrique sur trente cinq membres. La CME renouvelée en 2004 n'en comporte plus que six sur trente et un.

³² Les travaux pour la stérilisation ont débuté fin 2003, ceux de la salle de réveil sont annoncés pour 2004.

Quatre opérateurs extérieurs sont appelés à l'aide. La société de conseil SANESCO intervient en 2000 pour le premier projet d'établissement. En 2001, une mission d'enquête DDASS/DRASS/Assurance maladie sera suivie d'une mission d'appui de la DHOS en 2002. Parallèlement, la Chambre régionale des comptes se penchera entre 2001 et 2003 sur la situation financière du CHIC. Aucun de ces intervenants extérieurs ne pèsera de façon décisive sur la résolution du conflit entre les instances.

La problématique du rapprochement avec la clinique en 2002-2003 complexifie, sans les modifier, les antagonismes entre Millavois et Saint-Affricains. Les réactions au projet de site unique commun en sont l'illustration.

DEUXIEME CHAPITRE : L'ACTIVITE DU CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DU SUD-AVEYRON

Afin de décrire les activités médicales du CHIC du Sud-Aveyron, la mission d'inspection s'est appuyée sur les données existantes au sein de l'établissement hospitalier, sur des études ou d'enquêtes réalisées à sa demande par l'établissement ou par les autorités de tutelle.³³

Trois axes ont été explorés:

- l'activité globale de l'établissement,
- la description des activités de l'établissement : quatre pôles ont été retenus à l'exclusion des autres activités du centre, le pôle chirurgical, le pôle gynéco obstétrical, le pôle médical et le pôle des urgences ;
- l'analyse des dispositifs de sécurité sanitaire et des vigilances au sein de l'établissement intercommunal.

2.1 L'activité du CHIC

2.1.1 Le nombre de séjours d'hospitalisation

Celui-ci a crû entre 1997 et 2000 puis reste stable depuis 2001.

Tableau n° 1 : Nombre de séjours entre 1997 et 2002

Nombre de séjours	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Millau	5 910	6 210	6 263	6 741	6 449	6 473
Saint-Affrique	3 028	2 858	3 074	3 145	3 200	3 184
Total	8 938	9 068	9 337	9 886	9 649	9 657
Evolution		1,45%	2,97%	5,88%	-2,40%	0,08%

Source : DIM. Evolution des groupes d'activité du CHI 1997-2002

2.1.2 La fréquentation des établissements de santé du Sud-Aveyron en 1999

- Le centre hospitalier de Millau a effectué en 1999, 6263 séjours dont 60% en médecine, 21% en chirurgie, 19% en obstétrique.
- La clinique Saint Côme de Millau a effectué sur la même période 4194 séjours dont 39% en médecine, 59% en chirurgie, 2% en obstétrique.

³³ Données d'activités produites par le département d'information médicale de l'établissement et les directions techniques – études réalisées par la DRASS Midi-Pyrénées, « attractions et fuites » – Analyse spécifique des données du PMSI par le système OAP, largement utilisée en France

- Le centre hospitalier de Saint-Affrique a effectué 3074 séjours dont 65% en médecine, 16% en chirurgie, 19% en obstétrique

2.1.3 La production médicale du CHIC

Huit groupes d'activité (GA), sur les quarante que comporte la classification utilisée en Midi-Pyrénées, rassemblent les deux tiers de l'activité médicale : mesurée en points ISA³⁴. Celle-ci se concentre sur 8 spécialités en 2002

Tableau n°2 - Les huit premiers groupes d'activité du CHIC en 2002

Libellé	ISA CHIC Totaux	% ISA	% ISA cumulés	Part Millau	Part Saint- Affrique
Chirurgie Orthopédique -traumatologie- chirurgie des nerfs périphériques	1 762 080	15,40%	15,40%	68%	32%
Pneumologie	991 910	8,67%	24,07%	59%	41%
Chirurgie viscérale	986 905	8,62%	32,69%	84%	16%
Cardiologie	953 455	8,33%	41,02%	69%	31%
Hépatogastro-entérologie	858 750	7,50%	48,53%	60%	40%
Neurologie et Tt ortho du rachis	735 740	6,43%	54,96%	66%	34%
Divers sans acte classant chirurgical	661 220	5,78%	60,73%	57%	43%
Obstétrique	638 460	5,58%	66,31%	63%	37%

Source : DIM PMSI 2002.

Le CHIC a produit 11 445 515 points ISA en 2002. L'activité se partage à 66% sur le site de Millau et 33% sur le site de Saint-Affrique.

L'activité de médecine représente 56% de l'activité du CHIC mesurée en points ISA, la chirurgie 31% et la gynécologie-obstétrique (médicale et chirurgicale) 13%.

La seule chirurgie traumatologique et orthopédique (GA n°6 et 16) représente 18,1% de toute l'activité.

2.1.4 Attractions et fuites : comparaison régionale

L'analyse du nombre de séjours de patients (habitant dans une zone d'attraction déterminée) réalisés pour l'ensemble des établissements (publics et privés) de la région Midi-Pyrénées, permet de situer en terme d'attraction l'activité des structures du Sud-Aveyron (les deux sites publics et l'établissement privé de Millau).

³⁴ ISA : indice synthétique d'activité. A chaque séjour hospitalier est attribué un score ISA d'autant plus élevé que la prise en charge a été complexe et a mobilisé davantage de ressources. L'ensemble des scores ISA constitue la production de soins globale d'un établissement.

Tableau n° 3 – Attractions³⁵ par pôles d'activités³⁶

Zones théoriques	Pourcentage réalisé par le pôle de la zone théorique			
	Chirurgie	Médecine	Obstétrique	Toutes disciplines
ALBI	76,88%	81,75%	85,93%	80,97%
AUCH	64,22%	62,96%	76,45%	64,86%
CAHORS	62,14%	73,84%	82,28%	72,39%
CASTRES	50,06%	27,12%	41,79%	34,20%
DECAZEVILLE	30,13%	40,63%	38,23%	37,53%
FIGEAC	52,01%	44,45%	51,56%	47,81%
FOIX	39,05%	60,06%	75,41%	57,64%
GOURDON	17,59%	34,86%	57,27%	33,31%
LANNEMEZAN	18,72%		53,19%	28,52%
LAVAU	9,02%	24,15%	42,92%	22,78%
LAVELANET	53,84%	35,56%		41,34%
LOURDES	31,01%	49,29%	57,47%	45,63%
MILLAU	65,57%	55,22%	66,45%	59,48%
MOISSAC	16,55%	20,33%	38,72%	21,41%
MONTAUBAN	76,02%	72,68%	80,03%	74,50%
MURET	37,25%	30,62%	27,07%	31,40%
RODEZ	71,02%	75,95%	85,16%	75,96%
SAINT-GAUDENS	36,92%	43,14%	48,43%	42,27%
SAINT-GIRONS	36,03%	41,03%	65,91%	42,03%
TARBES	77,95%	83,15%	82,63%	81,83%
TOULOUSE	94,98%	93,88%	95,82%	94,45%
VILLEFRANCHE-DE-ROUERGUE	68,17%	63,78%	64,19%	64,92%
Tous pôles confondus	67,56%	67,78%	76,62%	68,90%
Pôles similaires	43,23%	57,95%	58,18%	

Source DRASS – service statistique

Les deux établissements de santé du Sud-Aveyron (le CHIC comprenant le site de Millau et celui de Saint-Affrique et la clinique privée de Saint-Côme à Millau) couvrent 65 % de l'activité chirurgicale réalisée pour des habitants de leur zone, 55% en médecine et 66% en gynéco-obstétrique. Cette attractivité peut être comparée à l'attractivité moyenne par discipline pour des pôles similaires (dernière ligne du tableau en Midi-Pyrénées).

³⁵ Un pôle d'attraction est constitué par le regroupement sur la commune la plus importante, des établissements, public et privé, de celle-ci. La zone théorique est constituée des codes postaux dont les résidents sont plus proches en temps de ce pôle que de tout autre pôle d'attraction.

³⁶ Les cases grisées correspondent au zone dont les pôles sont comparables en volume de RSA, pour chaque discipline

2.2 Pôle de chirurgie³⁷

L'activité chirurgicale du CHIC, se décompose en deux pôles, celui de la chirurgie orthopédique sous la responsabilité du Docteur Daniel MICHELUTTI et le pôle de chirurgie viscérale sous la responsabilité du docteur Dominique BRIAND. Par ailleurs est individualisée une activité de chirurgie gynécologique, réalisée soit en chirurgie viscérale soit par les praticiens exerçant au sein des services de gynéco obstétrique.

L'année 2003 a vu l'activité de chirurgie –orthopédique, viscérale et gynécologique- de Saint-Affrique arrêtée au 1^{er} juin.

Une activité de chirurgie ambulatoire sur le site de Saint-Affrique a été réinstallée à partir du 13 novembre 2003, pour les activités de chirurgie orthopédique, de chirurgie viscérale ou de gastro-entérologie.

Pour chaque pôle, la mission a analysé, en premier lieu l'évolution globale des activités chirurgicales de 1999 jusqu'au 31 décembre 2002, avant et après la fusion juridique.

L'activité de chaque praticien des deux pôles a été étudiée pendant cette période ainsi que l'attractivité du CHIC et de ses deux sites, en matière de chirurgie. Enfin, une troisième partie est consacrée à l'étude des mouvements de la population du Sud-Aveyron vis à vis des structures de soins chirurgicales de ce bassin de santé.

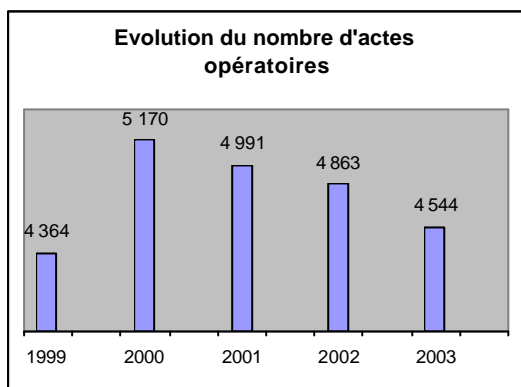
2.2.1 Evolution de l'activité chirurgicale

Le nombre d'actes opératoires et de K chirurgicaux réalisés sur le CHIC du Sud-Aveyron connaît une poussée après la fusion juridique des deux entités hospitalières, au cours de l'année 2000.

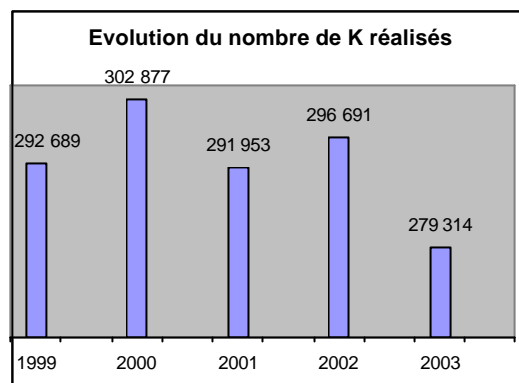
Puis, au cours des deux années suivantes, l'activité mesurée en nombre d'actes opératoires a tendance à stagner, alors qu'elle reste toujours supérieure à celle constatée en 1999, en nombre de K chirurgicaux réalisés.

Un décrochage de l'activité chirurgicale est noté au cours de l'année 2003.

³⁷ En 1999, les deux sites - Millau et Saint-Affrique - avaient une personnalité juridique distincte. A partir du 1^{er} janvier 2000 jusqu'au 1^{er} juin 2003, ces activités sont réalisées pour le compte d'une entité juridique unique, le CHIC sur deux sites celui de Millau et celui de Saint-Affrique.



Source : Direction du CHIC



Source : Direction du CHIC

Cette évolution de l'activité est différenciée selon les sites :

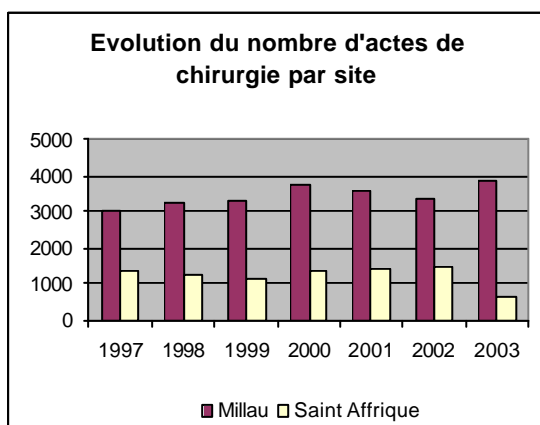
L'augmentation de l'activité chirurgicale après la fusion juridique, au cours de l'année 2000, est réelle tant à Millau qu'à Saint-Affrique.

De 1997 à 1999, on constate :

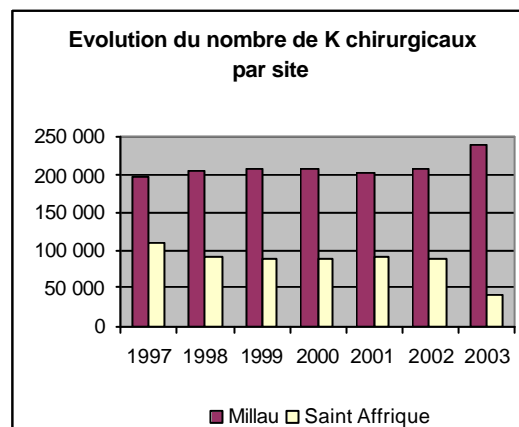
- une baisse de l'activité de chirurgie sur le centre hospitalier de Saint-Affrique, de près de 14% en actes et de plus de 17% en nombre de K réalisés ;
- une évolution positive du nombre de K réalisés sur le centre hospitalier de Millau, de près de 10% pour une augmentation du nombre de K de 5% .

A partir de 2000 et jusqu'en 2002, les tendances s'inversent pour le site Saint-Affricain :

- sur le site de Saint-Affrique, on note une légère progression de près de 1% du nombre de K réalisés pour une forte progression du nombre d'actes (27%) ;
- sur le site de Millau, l'activité chirurgicale continue à progresser : +1,4% en K opératoires réalisés pour un nombre d'actes en progression de 16% .



Source : Direction du CHIC

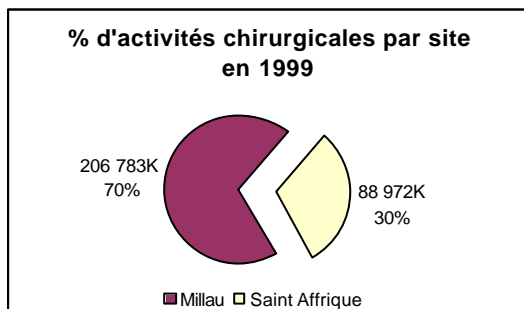


Source : Direction du CHIC

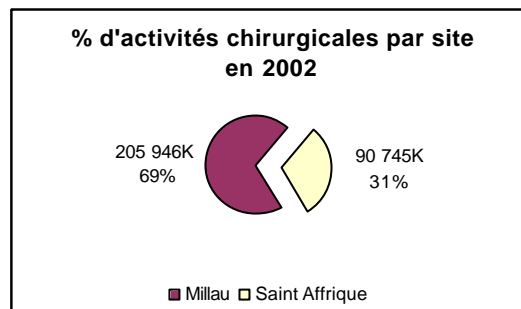
Au 1^{er} juin 2003 intervient l'arrêt de l'activité chirurgicale sur le site de Saint-Affrique, dans un contexte social et de coopération médicale particulièrement lourd.

On constate alors un report partiel de l'activité chirurgicale de Saint-Affrique sur Millau : en prenant comme base l'activité 2002, la fuite relative non compensée est de 17.244 K soit moins de 6% de l'activité totale (en nombre de K opératoires réalisées).

La répartition des activités opératoires entre les deux sites n'a pas varié significativement entre 1999 et 2002 ;



Source : Direction du CHIC



Source : Direction du CHIC

Quatre activités opératoires majeures sont réalisées au CHIC, la chirurgie orthopédique, la chirurgie viscérale, la chirurgie gynécologique et l'activité endoscopique en gastro-entérologie. Cette partie sera développée dans le cadre des activités développées autour du pôle de médecine du CHIC.

L'importance en nombre de K opératoires réalisés a varié selon ces spécialités entre 1999 et 2002. Ainsi, on constate :

- le maintien de l'activité opératoire en chirurgie orthopédique (nombre de K réalisé) même si le nombre d'actes réalisés augmente ;
- la diminution du nombre d'actes et de K réalisés en chirurgie viscérale ;
- la progression de la chirurgie gynécologique ;
- le maintien de l'activité endoscopique en gastro-entérologie.

Il est à noter que l'ophtalmologie, l'ORL et la stomatologie ne sont pas pratiquées sur le CHIC mais au sein de la clinique privée.

Tableau n° 4 : Activité du bloc opératoire par spécialités

	1999		2002	
	Actes	K	Actes	K
Orthopédie	1 613	115 964	1 930	114 819
Viscéral	1 507	96 875	1 152	82 173
Gynécologie	278	18 425	505	30 913
Gastro-entérologie	913	57 615	918	58 330
Remplaçants (activité indifférenciée)	53	3 810	66	4 326

Source : Direction du CHIC

2.2.2 La chirurgie orthopédique

2.2.2.1 Evolution de l'activité

Le CHIC avait depuis 2002 et jusqu'au 1^{er} juin 2003, une capacité totale de 38 lits pour la chirurgie orthopédique dont 20 sur Millau et 18 sur Saint-Affrique.

Depuis le 1^{er} juin 2003, les activités de chirurgie orthopédique sont réalisées exclusivement à Millau, avec une seule astreinte de chirurgie orthopédique et des consultations externes sur les deux sites.

Depuis le 13 novembre 2003, a été créée une journée de chirurgie ambulatoire pour l'orthopédie sur le site de Saint-Affrique

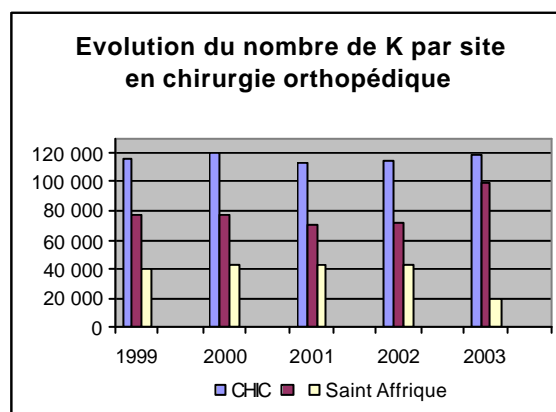
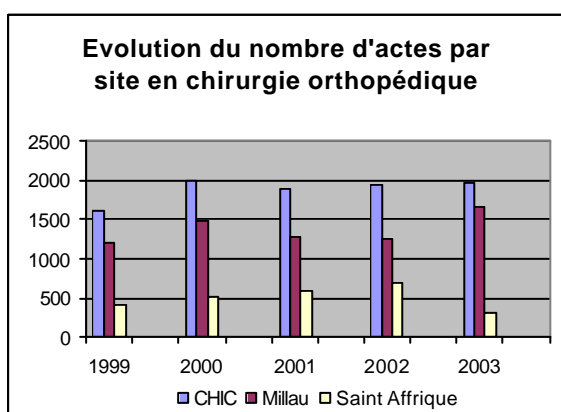
Depuis 5 ans, l'activité chirurgicale en orthopédie pratiquée dans l'établissement public se maintient autour de 118.000 K opératoires annuels, y compris en 2003 et sans intégrer les actes de chirurgie ambulatoire, réalisés depuis le 13 novembre 2003, sur le site de Saint-Affrique.

La fusion n'a pas modifié significativement les activités opératoires sur les deux sites. Après une légère augmentation du nombre de K opératoires de près de 4% dès 2000, l'activité reste quasiment identique.

La fermeture de la chirurgie sur Saint-Affrique à partir du 1^{er} juin 2003 a été compensée par une augmentation de l'activité sur le site de Millau :

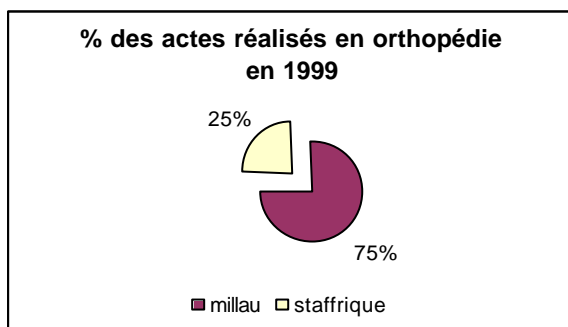
- plus 27.341K sur le site Millau,
- moins 23.829 K sur le site de Saint-Affrique.

Cette activité reste en 2003 supérieure à l'activité réalisée en 1999, de 2%.

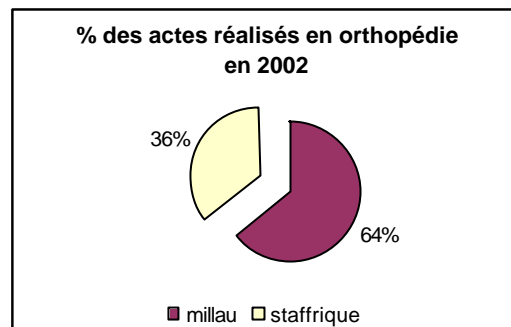


2.2.2.2 La répartition des activités de chirurgie orthopédique entre les deux sites

Au cours de cette période, l'activité de chirurgie orthopédique s'est accrue sur le site de Saint-Affrique passant de 25% à 36%, l'activité en nombre de K réalisés passant de 34 à 37%.



Source : Direction du CHIC



Source : Direction du CHIC

2.2.2.3 Les évolutions de la durée moyenne de séjour et du taux d'occupation

Ces deux indicateurs montrent des écarts significatifs entre les sites même si leur tendance annuelle est identique.

Les durées moyennes de séjour diminuent sur les deux sites : la DMS en orthopédie sur le site de Saint-Affrique est d'un jour supérieure à celle constatée sur le site de Millau.

Le taux d'occupation, qui était très bas avant la fusion des deux établissements augmente de façon significative sur Saint-Affrique dès 2000. Cette évolution est due essentiellement à une gestion plus rigoureuse des fermetures de lits programmés et ponctuelles et plus particulièrement à partir de l'année 2002³⁸.

38 FERMETURES 2002

Hiver

(*) Chirurgie Millau : Fermeture de 22 lits (10 lits ortho ; 12 lits visc.) du 20/12/02 au soir au 6/01/03 à 7H

(*) Chirurgie St Affrique : Fermeture de 18 lits (ortho ; visc.) du 20/12/02 au soir au 6/01/03 à 7H

FERMETURES 2003

Printemps

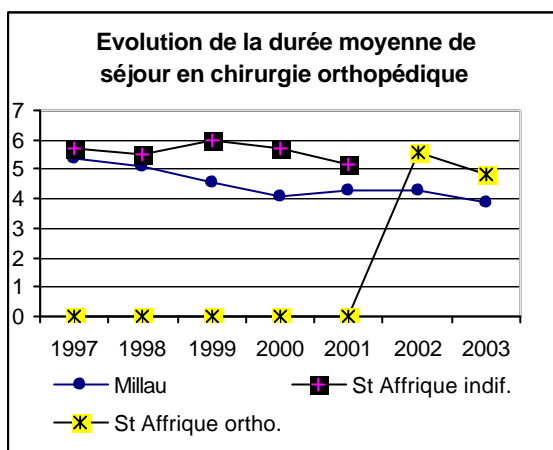
(**) Chirurgie Millau : Fermeture de 22 lits (10 lits ortho ; 12 lits visc.) du 18/04/03 au soir au 4/05/03 à 12H

(**) Chirurgie St Affrique : Fermeture de 18 lits (1ortho ; visc.) du 18/04/03 au soir au 4/05/03 à 12H

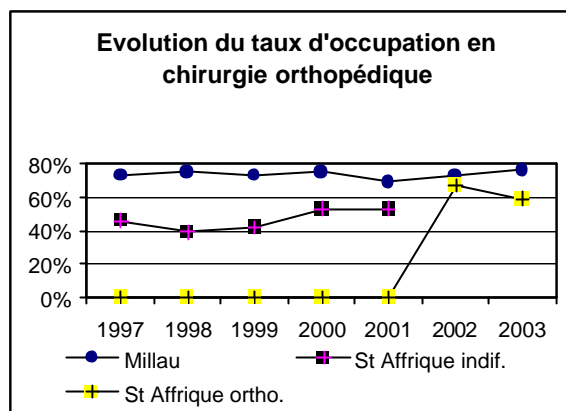
Hiver

(**) Chirurgie Millau : Fermeture de 22 lits (10 lits ortho ; 12 lits visc.) du 19/12/03 au soir au 4/01/04 à 14H

(**) Médecine Millau : Fermeture de 14 lits au prorata des lits installés du 13/06/03 au soir au 8/09/03 au matin et du 19/12/03 au soir au 4/01/04 à 14H



Source : Direction du CHIC



Source : Direction du CHIC

2.2.3 La chirurgie viscérale

2.2.3.1 Evolution de l'activité

Le CHIC a une capacité en lits de chirurgie viscérale de 42 lits depuis le 1^{er} janvier 2000, répartie en 25 lits sur le site de Millau et 17 lits sur le site de Saint-Affrique.

Les activités de chirurgie viscérale sont réalisées exclusivement à Millau avec une seule astreinte et des consultations externes sur les deux sites.

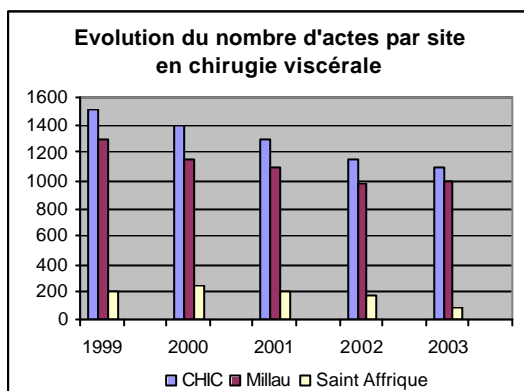
Depuis 1999, l'activité de chirurgie viscérale publique sur les sites du Sud-Aveyron baisse.

L'activité réalisée diminue très régulièrement passant de 96 875K à 80 916 K de 1999 à 2003 (-16,5%), le nombre d'entrée chutant de 28%³⁹.

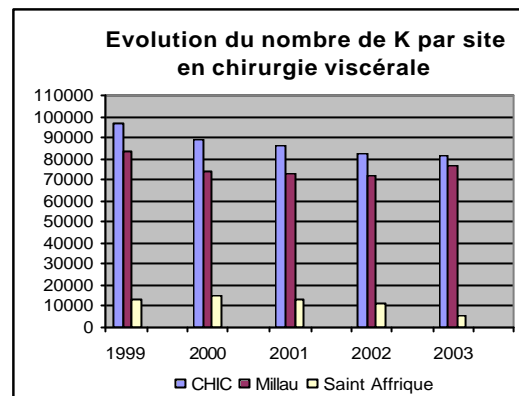
Cette tendance est identique pour les deux sites hormis au cours de l'année 2000, date de la fusion où l'activité de Saint-Affrique passe de 13 260 K à 15 000 K pour un nombre d'actes en augmentation de plus de 20%.

Au cours de l'année 2003, la diminution de l'activité chirurgicale «viscérale» sur Saint-Affrique de 5131K a été compensée par une augmentation sur Millau de 4522 K, ce qui représente moins de 1% du nombre total de K réalisés.

³⁹ Cette baisse peut être légèrement minorée si on tient compte de l'activité des remplaçants.



Source : Direction du CHIC



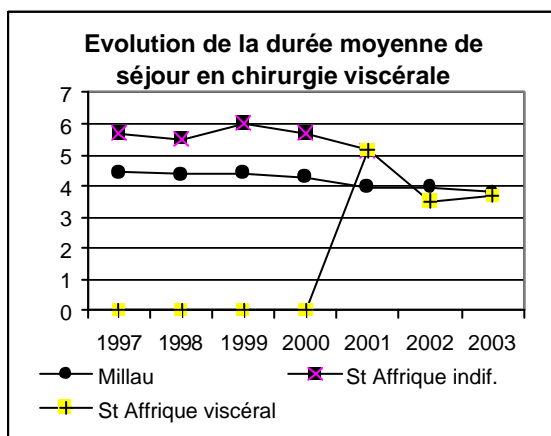
Source : Direction du CHIC

2.2.3.2 La répartition des activités de chirurgie viscérale entre les deux sites

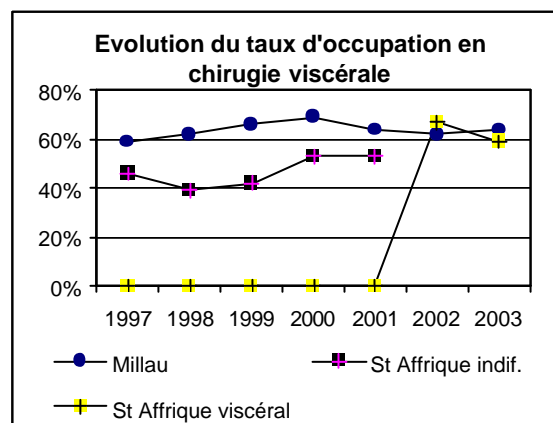
L'activité de chirurgie viscérale est pratiquée dans plus de 8 cas sur 10 sur Millau et ceci, avant 1999. La fusion ne modifie pas de façon déterminante ces pratiques professionnelles, puisque si l'on note un gain de 3% du nombre d'actes réalisés sur le site de Saint-Affrique, le nombre de K réalisés au sein du bloc opératoire Saint-Affricain régresse de 1%, au cours de cette même période.

2.2.3.3 Les évolutions de la durée moyenne de séjour et du taux d'occupation

Le taux d'occupation en chirurgie viscérale, même sur Millau où plus de 80% de l'activité est réalisée, reste relativement faible, autour de 60%, identique à celui noté pour le site de Saint-Affrique. La durée moyenne de séjour se situe pendant toute cette période aux alentours de 4 jours.



Source : Direction du CHIC



Source : Direction du CHIC

2.2.4 Activité chirurgicale et pratiques professionnelles

La mission a jugé opportun dans le contexte actuel de présenter les volumes d'activités opératoires des praticiens, à statut professionnel identique, praticien hospitalier temps plein. Cette étude a été réalisée pour les services de chirurgie et en particulier pour le service de chirurgie orthopédique et pour celui de chirurgie viscérale.

La référence que la mission retient, est donnée par les travaux du groupe sur l'implantation et l'organisation des plateaux techniques, dont la synthèse a été publiée en Mars 2003 sous la responsabilité de la DHOS : « Une activité annuelle professionnelle où le maintien des compétences est d'abord lié à l'activité, est fixée à un minimum de 40 000 KC annuels par chirurgien temps plein ». Cette activité est considérée par l'ensemble de la profession comme « un seuil acceptable ».

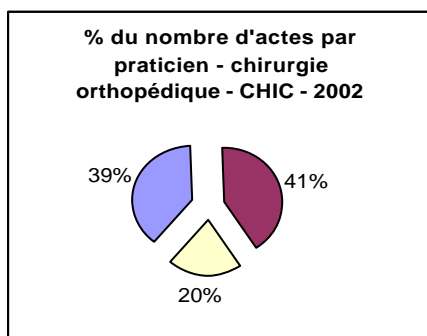
2.2.4.1 La chirurgie orthopédique

Ce service est unifié ; les effectifs médicaux sont stables depuis 2000 : trois praticiens hospitaliers, basés à Millau, dont le chef de service assurent les deux sites en chirurgie réglée. Un poste de PAC est actuellement vacant.

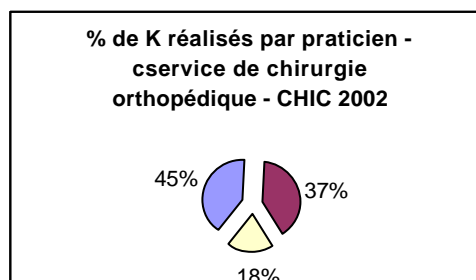
Depuis le 1^{er} janvier 2004 un des praticiens est en position statutaire de disponibilité pour une durée d'un an. Il exerce dans un autre établissement, en dehors de l'Aveyron.

Pendant l'année 2002, deux des praticiens exerçant à temps plein sur les trois chirurgiens orthopédiques ont eu une activité comparable : une différence sur le nombre d'actes réalisés par l'un est compensée par des interventions « plus lourdes » de l'autre praticien.

Le troisième praticien temps plein ne réalise qu'un cinquième de l'activité du service (nombre d'actes et nombre de K).

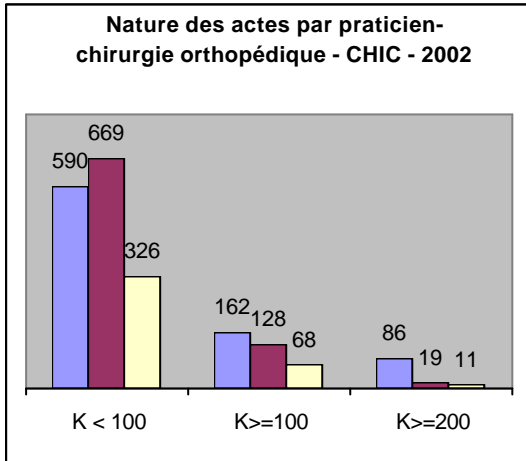


Source : Direction du CHIC

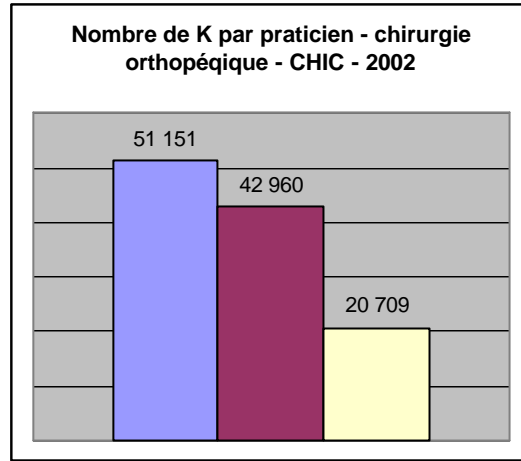


Source : Direction du CHIC

Les actes les plus lourds (actes dont la cotation en K est supérieure à 100 ou à 200) sont pratiqués par tous les orthopédistes du CHIC mais avec une fréquence différente entre les praticiens, un des praticiens réalisant un nombre d'actes « lourds » plus importants que ses confrères. Le troisième praticien du service réalise 1/5 des actes les plus lourds au sein du service d'orthopédie.



Source : Direction du CHIC



Source : Direction du CHIC

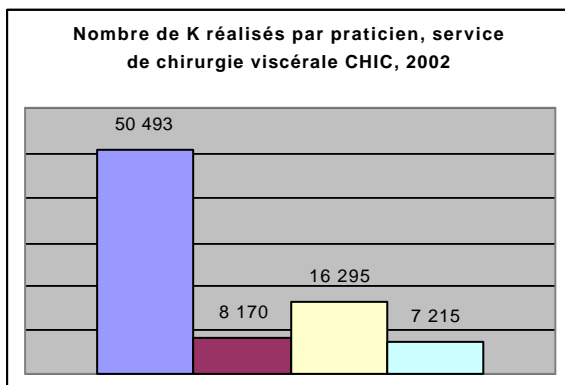
2.2.4.2 La chirurgie viscérale

Ce service comprend 3 praticiens hospitaliers temps plein. Un quatrième poste est occupée par un P.H. temps partiel, qui exerce également à la clinique Saint Côme. Il réalise son activité opératoire sur une demi-journée par semaine.

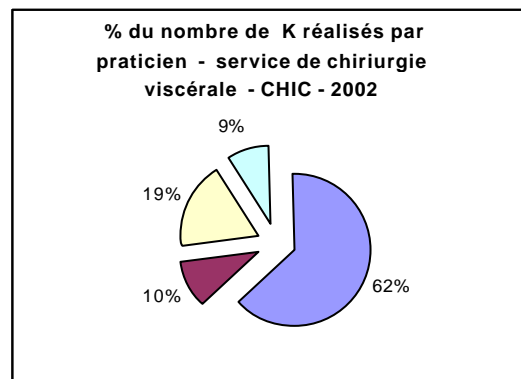
L'étude de l'activité de chaque praticien du service montre une grande hétérogénéité : un seul chirurgien réalise près des 2/3 du nombre de K réalisés par le service, soit plus de la moitié du nombre d'actes total.

Les indicateurs d'activité (nombre d'actes et nombre de K réalisés) sont en valeur identiques pour deux des praticiens du service. Mais, l'un exerce à temps partiel et gère son programme opératoire sur une demi-journée tandis que l'autre exerce à temps plein au sein du CHIC.

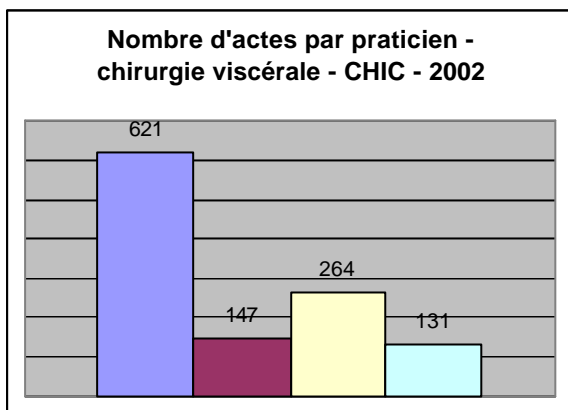
Le troisième temps plein ne réalise qu'un cinquième de l'activité du service.



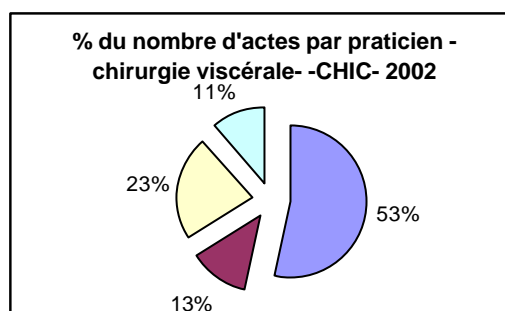
Source : Direction du CHIC



Source : Direction du CHIC

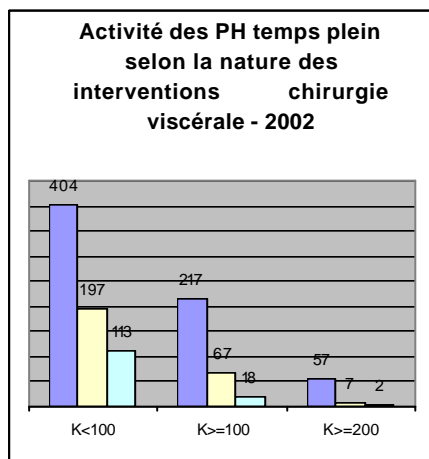


Source : Direction du CHIC

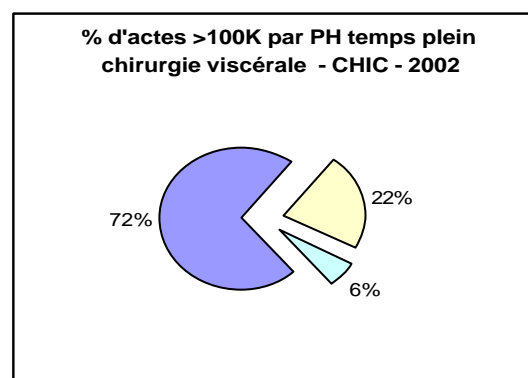


Source : Direction du CHIC

Si on compare le nombre des actes lourds ($K > 100$ et $K > 200$), près de $\frac{3}{4}$ des actes lourds sont réalisés par un seul praticien du service.



Source : Direction du CHI



Source : Direction du CHIC

2.2.5 Attractions et fuites en chirurgie ⁴⁰

Les deux établissements du Sud-Aveyron (public et privé) réalisent 70% de l'activité chirurgicale du secteur sanitaire en 2001.

Les patients du Sud-Aveyron ont eu recours à 115 établissements de santé différents pour un séjour de type chirurgical en 2001 pour 5172 séjours. Ce nombre élevé d'établissements est trompeur : l'activité chirurgicale est très concentrée sur un petit nombre d'établissements :

- Les dix premiers établissements ayant pris en charge chirurgicalement les patients habitant le secteur sanitaire en 2001, ont réalisé près de 90% des séjours.

⁴⁰ L'analyse globale a été réalisée à partir du PMSI 2001 : elle intègre toute l'activité chirurgicale, y compris la chirurgie gynécologique réalisée.

- Trois établissements réalisent plus de trois séjours sur quatre : le CHIC, la clinique Saint-Côme et le CHU de Montpellier.
- Les deux établissements de santé du Sud-Aveyron couvrent 70% de la demande chirurgicale de la population du secteur sanitaire.

Tableau n° 5 : Répartition entre établissements de santé, de l'activité chirurgicale issue du Sud-Aveyron.

Etablissement de santé	Total activité chirurgicale (nombre de séjours)	Part des prises en Charge chirurgicale du secteur sanitaire	% cumulé de prise en charge chirurgicale du secteur sanitaire
C.H.I.C Sud-Aveyron	1881	36,4%	36,4%
CLINIQUE SAINT COME	1751	33,9%	70,2%
C.H.U MONTPELLIER	407	7,9%	78,1%
POLYCLINIQUE SAINT- ROCH	127	2,5%	80,5%
CLINIQUE ST-LOUIS ST-MICHEL	87	1,7%	82,2%
CLINIQUE CLAUDE BERNARD	82	1,6%	83,8%
Polyclinique SAINT-JEAN	74	1,4%	85,2%
C.H.U. DE TOULOUSE	69	1,3%	86,6%
POLYCLINIQUE ESPERANCE	63	1,2%	87,8%
CLINIQUE CHIR. DR ESCUDIE	60	1,2%	89,0%

Source : PMSI 2001, retraitement OAP mission.

2.2.5.1 Les prises en charge chirurgicale lourdes

Les patients du Sud-Aveyron ont bénéficié d'une prise en charge chirurgicale lourde en 2001 pour un séjour sur cinq (1088 séjours sur les 5172 séjours effectués soit 21%)

L'activité chirurgicale lourde est très concentrée sur un petit nombre d'établissements :

- Les dix premiers établissements ayant pris en charge chirurgicalement les patients du secteur sanitaire en 2001, ont réalisé près de 86% des séjours.
- Les trois même établissements réalisent plus de trois séjours sur quatre : le CHIC, la clinique Saint-Côme et le CHU de Montpellier.
- Les deux établissements de santé du Sud-Aveyron assurent plus de la moitié (54,%) de la couverture de chirurgie lourde de la population du secteur sanitaire.

**Tableau n° 6 - Répartition de l'activité chirurgicale lourde
issue du Sud-Aveyron entre les établissements de santé**

Etablissement	Part des prises en charge lourdes sur l'ensemble de l'activité de l'établissement	Total prises En charge lourdes	Part de l'établissement dans les prises en charge lourdes du secteur sanitaire	% cumulé des prises en charge lourdes du secteur sanitaire
C.H.I.C Sud-Aveyron	20,9%	394	36,2%	36,2%
CLINIQUE SAINT COME	11,1%	194	17,8%	54,0%
C.H.U MONTPELLIER	38,8%	158	14,5%	68,6%
CLINIQUE RECH	97,9%	47	4,3%	72,9%
POLYCLINIQUE SAINT- ROCH	28,3%	36	3,3%	76,2%
C.H.U. DE TOULOUSE	43,5%	30	2,8%	79,0%
CRLC	63,6%	28	2,6%	81,5%
CLINIQUE DES CEDRES	77,8%	21	1,9%	83,5%
POLYCLINIQUE ESPERANCE	23,8%	15	1,4%	84,8%
CLINIQUE CHIR. DR ESCUDIE	23,3%	14	1,3%	86,1%

Source : PMSI 2001, retraitement OAP mission.

Les actes de chirurgie lourde qui ne sont pas pris en charge sur le secteur, sont complexes et relèvent pour partie davantage de structures spécialisées. Un certain nombre d'actes sont par contre déjà offerts sur le secteur sanitaire.

Les principales disciplines concernées sont l'orthopédie, la gynécologie, l'ophtalmologie et la cardiologie.

En orthopédie :

- la chirurgie majeure orthopédique (y compris hanche, fémur et genou) [85 séjours]
- la chirurgie du rachis [88 séjours].

En gynécologie :

- la chirurgie du rein, uretères et vessie [10 séjours],
- les autres chirurgies gynécologiques hors sein [11 séjours],
- les chirurgies pelviennes majeures (gynéco) [13 séjours],
- les chirurgies utérus/annexes [16 séjours],
- la chirurgie pour tumeurs malignes (sein) [20 séjours].

En ophtalmologie :

- la chirurgie ophtalmologique lourde [49 séjours].

2.2.5.2 Les prises en charge chirurgicale légères

Les actes de chirurgie dite légère relèvent a priori d'une activité de proximité. Cette chirurgie représente les quatre cinquième du nombre de séjour réalisés en chirurgie par les habitants du secteur sanitaire du Sud-Aveyron en 2001, soit 4084 séjours.

L'activité chirurgicale légère est très concentrée sur un petit nombre d'établissements :

- Les dix premiers établissements ayant pris en charge chirurgicalement les patients habitants le secteur sanitaire en 2001, ont réalisé près de 91% des séjours.
- Les trois même établissements réalisent plus de quatre séjours sur cinq : la clinique Saint-Côme, le CHIC et le CHU de Montpellier.

Les deux établissements de santé du Sud-Aveyron assurent près des trois quart (74,5%) de la couverture de chirurgie légère de la population du secteur sanitaire.

Tableau n° 7 - Répartition de l'activité chirurgicale légère issue du Sud-Aveyron entre les établissements de santé

Etablissements	Part des prises en charge légères dans l'activité de l'établissement	Total prises en charge légère	% de prises en charge légère du secteur sanitaire	% cumulé des prises en charge légère du secteur sanitaire
CLINIQUE SAINT COME	88,9%	1557	38,1%	38,1%
C.H.I.C. Sud-Aveyron	79,1%	1487	36,4%	74,5%
C.H.U MONTPELLIER	61,2%	249	6,1%	80,6%
POLYCLINIQUE SAINT- ROCH	71,7%	91	2,2%	82,9%
CLINIQUE ST-LOUIS ST-MICHEL	87,4%	76	1,9%	84,7%
CLINIQUE CLAUDE BERNARD	84,1%	69	1,7%	86,4%
POLYCLINIQUE SAINT-JEAN	82,4%	61	1,5%	87,9%
POLYCLINIQUE ESPERANCE	76,2%	48	1,2%	89,1%
CLINIQUE CHIR. DR ESCUDIE	76,7%	46	1,1%	90,2%
C.H. DE RODEZ	77,8%	42	1,0%	91,2%

Source : PMSI 2001, retraitement OAP mission.

2.2.5.3 Conclusion

Qu'ils s'agissent de prises en charge légères ou lourdes, les deux établissements réalisent la majorité des actes. Les « fuites » de l'activité chirurgicale dans le Sud-Aveyron représentent 25% de l'activité de chirurgie dite légère et 46% de l'activité de chirurgie « lourde ».

Le troisième établissement du secteur est le CHU de Montpellier. Il joue bien sûr un rôle de référence pour la chirurgie lourde, mais aussi, ce qui est moins logique, pour la chirurgie de proximité.

Les deux établissements de santé du Sud-Aveyron remplissent globalement bien leur rôle de proximité, même s'il leur est possible de gagner quelques parts de marché en matière de chirurgie légère. Ils jouent également le rôle principal dans la prise en charge des pathologies plus lourdes.

2.3 Pôle de gynéco-obstétrique

Les activités gynécologiques et obstétricales du CHIC sont réalisées dans deux services distincts et sur les deux sites, à Millau et à Saint-Affrique. Ces deux services ne sont pas fusionnés et sont sous la responsabilité de deux gynécologues obstétriciens différents : le Dr SCHNEYERT, praticien hospitalier temps plein, chef du service de gynéco-obstétrique à Millau, et le Dr BEKHAZI qui n'exerce qu'à temps partiel à Saint-Affrique.

Cette situation particulière compte tenu du petit nombre d'accouchements réalisés sur le bassin Sud-Aveyronnais (moins de 600 accouchements dont moins de 300 sur le site de Saint-Affrique) a été retenue par la commission exécutive de l'ARH qui s'est appuyée sur les propositions des différentes commissions techniques régionale de la naissance, de 1997 à 2000) et sur le SROS⁴¹ publiée en juin 1999 :

« Parmi le maternités isolées qui réalisent moins de 300 accouchements par an, celles de Saint-Affrique, Lannemezan et Saint Girons seront invitées à poursuivre leur activité. Elles seront aidées pour disposer des moyens en télé médecine. En revanche, celle de Gourdon et de Decazeville se convertiront en centre périnatal de proximité. »

La COMEX⁴² du 21 décembre 2000 prend une décision favorable à la demande du CHIC du Sud-Aveyron : l'exercice de l'activité d'obstétrique est répartie sur les deux sites Millau et Saint-Affrique, assortie de conditions particulières :

- la mise en place de collaboration inter sites permettant une mutualisation des moyens en personnel de nature à assurer la sécurité et la continuité des soins
- la participation effective au réseau de télé médecine.

Dans le service sur le site de Millau exercent :

- 2 praticiens hospitaliers de gynécologie - obstétrique avec compétence chirurgicale,
- un praticien hospitalier temps partiel en pédiatrie et deux attachés,
- 7, 8 ETP de sages femmes.

Dans le service sur le site de Saint-Affrique exercent :

- un praticien des hôpitaux à temps partiel, chef du service qui n'a pas la compétence chirurgicale,
- des remplacements pour une amplitude de un temps plein de gynéco obstétricien sont assurés par un remplaçant régulier ayant une compétence chirurgicale,
- un praticien hospitalier temps partiel complète cette équipe pour le volet de la pédiatrie,
- 6,5 postes E.T.P. budgétés et affectés de sages-femmes.

⁴¹ SROS : schéma régional d'organisation sanitaire

⁴² COMEX : commission exécutive de l'Agence régionale d'hospitalisation

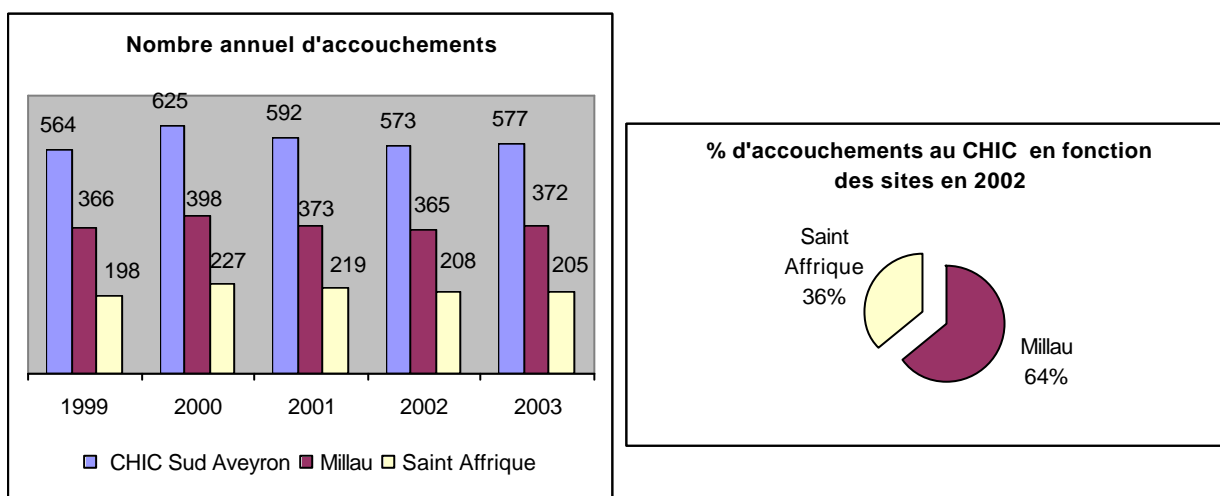
2.3.1 Les accouchements

2.3.1.1 Evolution de l'activité obstétricale

Depuis 1997, l'activité obstétricale du CHIC n'a que très peu varié. Le constat déjà établi pour l'ensemble de l'activité de l'établissement se retrouve pour le pôle de obstétrical :

- Progression entre 1999 et 2000 de l'activité en nombre d'accouchements représentant près de 11% d'augmentation. Cette augmentation a été plus importante sur le site de Saint-Affrique (près de 15%), pendant la même période.
- Depuis 2001, l'activité globale sur le CHIC a eu tendance à baisser, retrouvant une activité comparable à celle de 1999. Mais dans ce mouvement, l'activité du site Saint-Affricain stagne ; en 2003, le nombre d'accouchements reste identique à celui de 1999, alors que le service de Millau reste en progression de plus de 4% entre ces deux périodes.

La répartition de cette activité obstétricale est stable entre les deux sites depuis 1999. La part d'activité du site Saint-Affricain représente 36% des accouchements du CHIC.

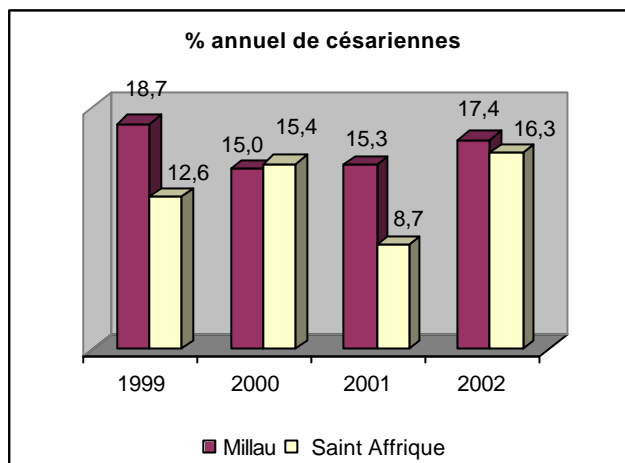


Sources : Direction du CHIC

2.3.1.2 Les césariennes

L'analyse du pourcentage réalisée de césarienne sur le CHIC du Sud-Aveyron doit être mise en regard des évolutions du taux de césariennes dans l'hexagone. Ce taux se situe au niveau national autour de 18% en 2001. Ces taux de césariennes sont en augmentation en France (14% en 1991) comme dans tous les autres pays occidentaux.

On constate que ce taux dans le Sud-Aveyron est moindre que le taux national et que la maternité de Saint-Affrique a tendance à une moindre pratique des césariennes qu'à Millau.

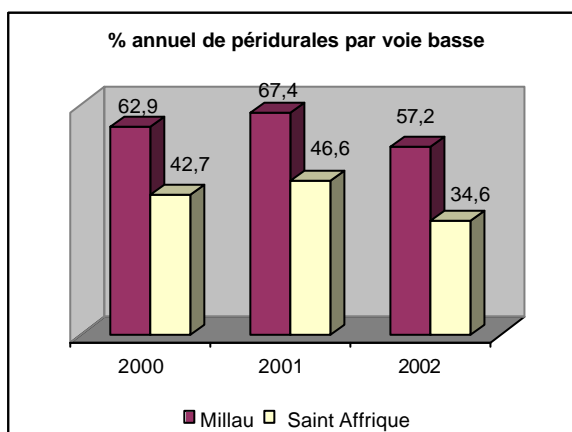


Sources : Direction du CHIC

2.3.1.3 La pratique de la péridurale

Le schéma régional de l'organisation sanitaire recommande à toutes les équipes obstétricales de mieux lutter contre la douleur en assurant dans toutes les maternités, la possibilité de choisir 24h sur 24, une anesthésie péridurale. Le SROS fixe pour 2005 l'objectif à atteindre : un taux de 50% représente un seuil minimal pour toutes les maternités de la région.

Si ce taux est dépassé pour le site de Millau, la mission constate que cela n'est pas le cas pour celle de Saint-Affrique, même si les valeurs prises en compte ne concernent que des péridurales réalisées lors des accouchements par voie basse.



Sources : Direction du CHIC

2.3.1.4 Les activités de télé médecine et la mutualisation des moyens

Une des conditions impératives de l'accord de la commission exécutive de l'ARH pour maintenir en activité la maternité de Saint-Affrique au nom de la notion d'exception géographique demandait :

- la mise en place de collaboration inter sites permettant une mutualisation des moyens en personnel de nature à assurer la sécurité et la continuité des soins ;
- la participation effective au réseau de télé médecine.

La mission constate que ces deux points n'ont jamais été réalisés depuis l'année 2001. Aucune collaboration entre les deux équipes médicales n'a été mise en place. Les mauvais rapports qu'entretiennent les deux chefs de service (constatés par la mission lors d'une réunion commune avec les deux services organisée) posent à l'évidence un réel problème (y compris de sécurité sanitaire) aggravé par l'absence de mise en réseau de ces deux sites, par l'échec de la mutualisation des moyens et par la non existence de protocoles thérapeutiques partagés et acceptés par les deux équipes.

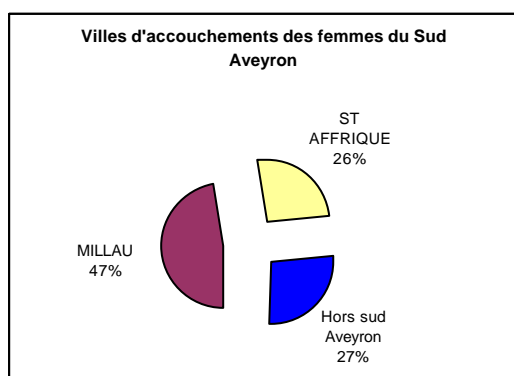
Si le service de gynéco-obstétrique de Millau a mis en place avec le CHU de Montpellier des séances hebdomadaires de télé médecine dans le cadre du diagnostic anténatal, le dossier télé médecine pour la maternité de Saint-Affrique n'en est qu'à la phase de l'étude.

2.3.2 Attractions et fuites en matière d'accouchements

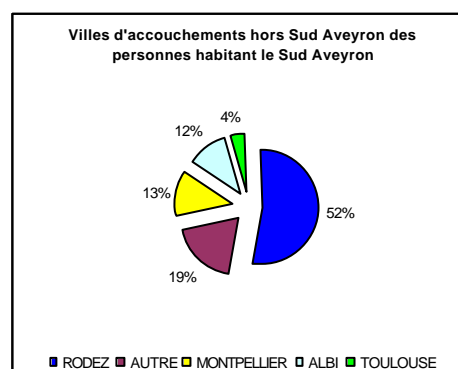
2.3.2.1 Deux bassins d'accouchement pour le Sud-Aveyron

L'étude que la mission a demandée à la DRASS (sur la base du PMSI 1999, confirmée par les données de 2001) montre qu'en matière d'obstétrique et en particulier pour les accouchements par voie basse et sans complication significative, le Sud-Aveyron se compose de deux bassins relativement marqués et indépendants. Ces deux maternités assurent 73% des accouchements des résidents du Sud-Aveyron répartis pour les deux tiers sur Millau, 27% des femmes accouchant hors ce bassin Sud-Aveyronnais.

Les principales fuites du Sud-Aveyron sont à destination de Rodez (14%) du fait des cantons de Severac le Château et de Villefranche, de Panat, et Montpellier pour près de 4% des femmes du Sud-Aveyron



Source : DRASS Service Statistique

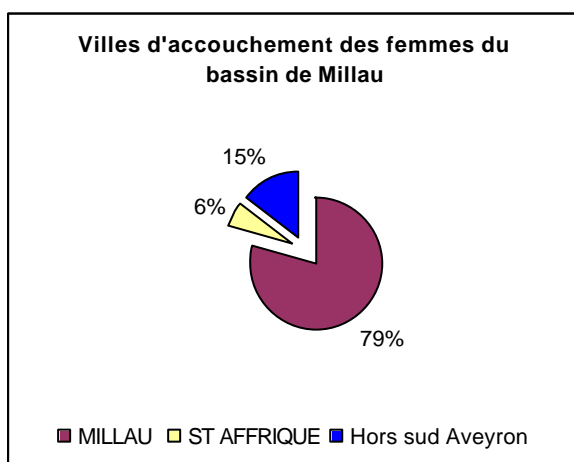


Source : DRASS Service Statistique

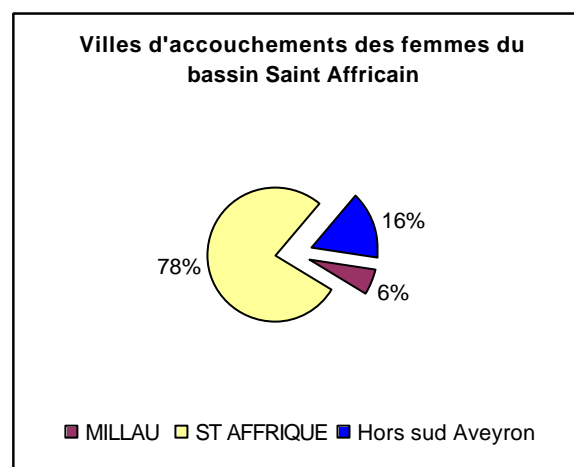
2.3.2.2 Les pratiques obstétricales des femmes résidant dans ces deux bassins d'accouchements

Quel que soit le type d'accouchement :

- les femmes résidant dans le Millavois viennent à près de 80% accoucher à la maternité de Millau, 6% accouchent à la maternité de Saint-Affrique et 15% font le choix d'une maternité située hors la zone du Sud-Aveyron ;
- celles résidant à Saint-Affrique accouchent pour près de 80% d'entre elles à la maternité de Saint-Affrique, les mêmes proportions de femmes du Saint-Affricain accouchant à Millau (6%) ou dans une maternité hors Sud-Aveyron. (16%).



Source : DRASS Service Statistique

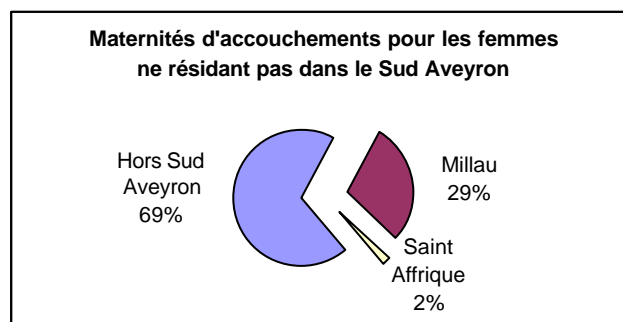


Source : DRASS Service Statistique

Mais si on examine les pratiques d'accouchement lorsqu'il s'agit d'un accouchement par voie basse sans complication, 84% des séjours effectués à Millau correspondent à des résidentes du Sud-Aveyron alors que ce taux grimpe à 95% pour la maternité de Saint-Affrique.

2.3.2.3 L'attractivité des deux bassins de naissance

Pour plus d'un accouchement sur 4, les femmes résidant en dehors du Sud-Aveyron et plus particulièrement en Lozère viennent accoucher à la maternité de Millau alors que cette proportion n'est que de 2% pour la maternité de Saint-Affrique



Source : DRASS Service Statistique

2.3.3 Organisation de la pédiatrie

Sur le site de Millau, 3 pédiatres (un PH temps partiel et 2 vacataires à 5 demi-journées) assurent le suivi des nouveaux nés et la réanimation néonatale. Ils sont d'astreintes opérationnelles de nuit et de week-end, 10 jours par mois chacun. Ils peuvent être appelés les après-midi.

Le volume horaire réalisé permet la couverture hebdomadaire du service, de jour comme de nuit.

Sur le site de Saint-Affrique, l'activité des praticiens (un PH temps partiel et deux vacations hebdomadaires de pédiatres millavois) ne permet pas d'assurer une couverture permanente hebdomadaire : il manque une couverture pédiatrique sur 3 demi-journées par semaine. L'astreinte pédiatrique repose sur le seul praticien temps partiel du service.

Ce sont les anesthésistes réanimateurs qui assurent la réanimation néo-natale.

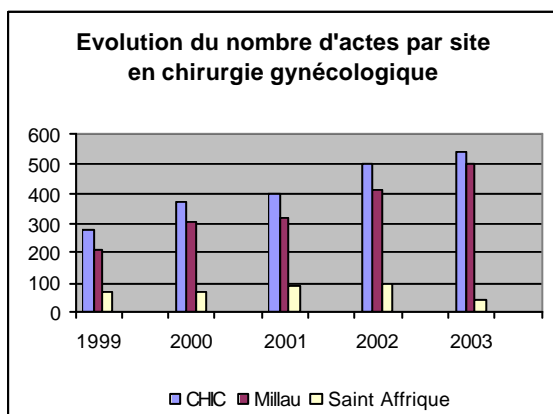
2.3.4 La chirurgie gynécologique

2.3.4.1 Evolution de l'activité

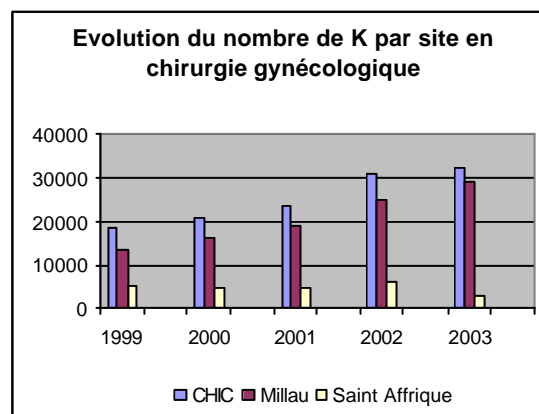
La chirurgie gynécologique est réalisée habituellement, dans deux services, celui de chirurgie viscérale et celui de gynéco obstétrique. L'analyse de cette partie porte sur l'activité spécifique de chirurgie gynécologique au sein des deux maternités celle de Millau et celle de Saint-Affrique. Cette activité chirurgicale intègre tous les actes relevant de ce champ de la chirurgie et les césariennes.

Depuis le 1^{er} juin 2003, les activités de chirurgie gynécologique sont réalisées exclusivement à Millau, hormis pour les césariennes qui sont réalisées sur les deux sites.

Depuis 1999, cette activité chirurgicale est en constante augmentation tant en nombre d'actes qu'en nombre de K réalisés, passant de 18425 K en 1999 à 32200 K en 2003, le nombre d'actes ayant pratiquement doublé au cours de cette même période.



Source : Direction du CHIC



Source : Direction du CHIC

Cette augmentation de l'activité se retrouve principalement sur le site de Millau, l'activité de chirurgie en gynécologie reste faible et stable sur le site de Saint-Affrique, pendant cette période (moins de 20% de l'activité du CHIC, y compris les césariennes qui représentent plus des $\frac{3}{4}$ de l'activité chirurgicale sur Saint-Affrique). Ces césariennes ne représentent que 14% des actes chirurgicaux dans le service de Millau.

L'arrêt de l'activité à Saint-Affrique n'a d'ailleurs pas modifié l'évolution positive de cette activité dans le bassin Sud-Aveyronnais.

2.3.4.2 *Activités chirurgicales par chirurgien*

L'année 2002 a vu se succéder à Saint-Affrique comme à Millau des remplaçants en gynécologie obstétrique avec compétence chirurgicale.

En 2003, la situation est stabilisée sur Millau du fait de la nomination d'un praticien temps plein contractuel. A Saint-Affrique, l'activité chirurgicale gynécologique reste très faible, en dehors des césarienne, compte tenu de l'absence de compétence chirurgicale du praticien responsable de la maternité, et de la fermeture de la chirurgie depuis juin 2003.

2.4 **Pôle de médecine**

L'activité médicale du CHIC se répartit sur les deux sites hospitaliers. Les deux services sont autonomes. Ils sont sous la responsabilité de deux chefs de service différents, le Dr. Dominique Dumas sur Millau, le Dr. Emile Mania sur Saint-Affrique. L'organisation de ces deux services montre certaines différences et des activités parfois complémentaires .

A Millau, le service qui comprend 55 lits, est sectorisé en trois unités fonctionnelles :

- médecine et gastro-entérologie de 16 lits sous la responsabilité d'un praticien hospitalier le Dr. François Coste ;
- cardiologie de 10 lits sous la responsabilité du Dr Gérard Breford. Depuis le mois de juin 2003, le Dr. Breford est en congé de longue maladie : la prise en charge des malades cardiologiques n'est assurée que par l'intervention de deux cardiologues attachés les docteurs Gout et Jarrige, praticiens installés en ville. Leur temps d'interventions se situe en moyenne autour d'une heure par jour ;
- médecine interne et diabétologie de 29 lits sous la responsabilité du Dr. Dominique Dumas, par ailleurs chef du service.

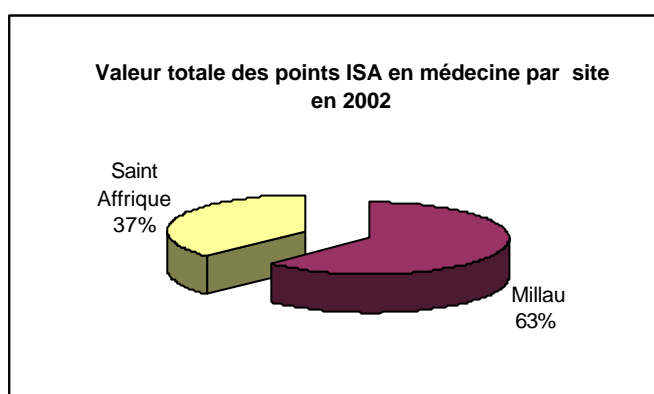
Ce service de médecine est organisé actuellement autour de 2 praticiens hospitaliers temps plein, d'un praticien contractuel, d'une assistante associée et de 2,65 ETP de médecins vacataires réparties en cardiologie, pneumologie, neurologie et gastro-entérologie.

A Saint-Affrique, le service n'est pas sectorisé : pour une capacité totale de 35 lits, le service compte deux praticiens temps plein dont le chef de service , le Dr. Mania, 2 praticien temps partiel dont l'un de cardiologie et 4 vacations pour la gastro-entérologie et la pneumologie.

2.4.1 Evolution de l'activité en médecine

2.4.1.1 Au regard des points ISA

L'activité en médecine des deux sites peut s'étudier par le nombre de points ISA réalisés pour les groupes d'activité en médecine sur chacun des sites. Le poids de l'activité « médecine » pour le centre hospitalier intercommunal représente 6.862.530 points se répartissant en 4.308.850 points pour Millau représentant 63% de l'activité totale en médecine, 2.553.680 points pour Saint-Affrique soit 37% .



Source : DIM PMSI 2002

2.4.1.2 Au regard du nombre d'entrées et du nombre de journées

La mission constate que l'activité du pôle « médecine » a tendance à stagner voire à diminuer depuis 1999. Le nombre d'entrée dans les services de médecine reste le même entre 2003 et 1999, alors que le nombre de journées a tendance à diminuer dans la même période passant de 24.795 en 1999 à 24.636 en 2003.

Tableau n° 8 : Nombre d'entrées annuelles réalisées par le CHIC

Entrées	1999	2000	2001	2002	2003
MILLAU	2384	2455	2338	2323	2238
SAINT-AFFRIQUE	1388	1362	1387	1418	1553
CHIC Sud-Aveyron	3772	3817	3725	3741	3791

Source : Direction du CHIC

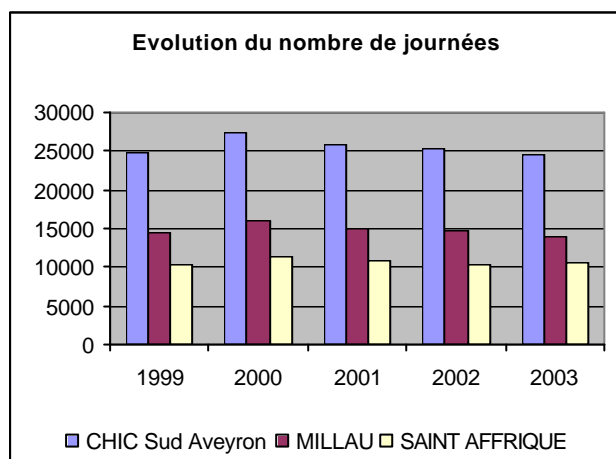
Tableau n° 9 : Nombre de journées annuelles réalisées par le CHIC

Journées	1999	2000	2001	2002	2003
MILLAU	14463	16011	15004	14809	13922
SAINT-AFFRIQUE	10332	11387	10818	10414	10714
CHIC Sud-Aveyron	24795	27398	25822	25223	24636

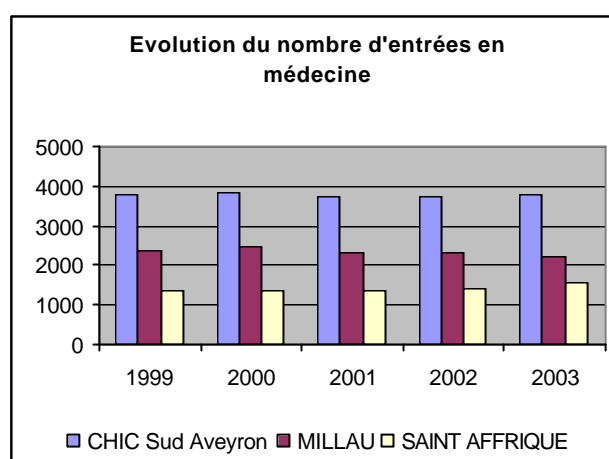
Source : Direction du CHIC

Les graphiques suivant mettent en évidence l'augmentation des activités de médecine entre 1999 et 2000 comme pour la chirurgie, puis dans les années qui suivent une réelle diminution de l'activité.

Mais l'évolution sur les deux sites n'est pas identique : depuis 1999 le nombre d'entrées augmente régulièrement pendant cette période sur le site Saint-Affricain et principalement après l'année 2000, contrairement à ce qui se passe à Millau où le nombre de journées reste relativement stable.



Sources : Direction du CHIC

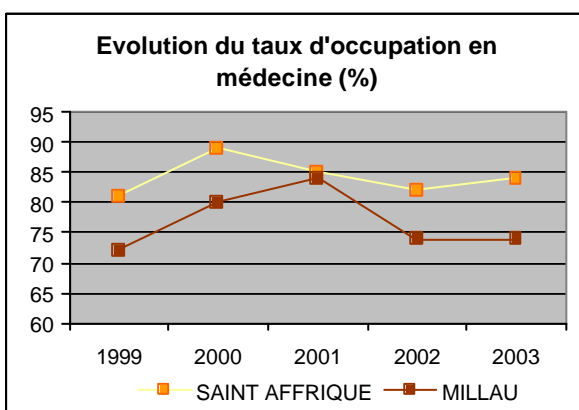


Sources : Direction du CHIC

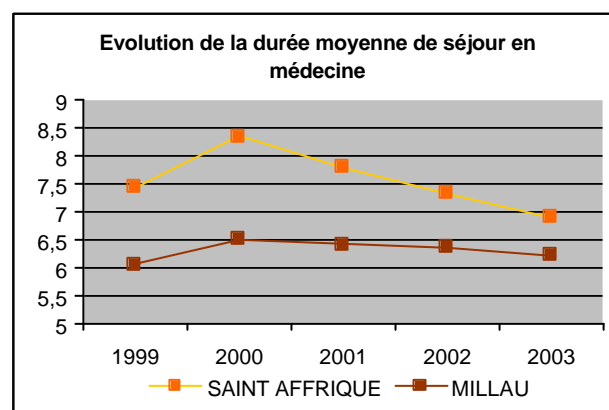
Ces différences d'activités entre les deux services sont aussi perceptibles lorsque l'on compare les évolutions de la durée moyenne de séjour et du taux d'occupation.

2.4.1.3 Evolution du taux d'occupation et de la durée moyenne de séjour

Le taux d'occupation est toujours supérieur à Saint-Affrique (entre 80 et 90%) qu'il ne l'est sur Millau (entre 75% et 85%). La durée de séjour diminue depuis 2000 à Saint-Affrique et devient quasiment identique à celle du service millavois.



Sources : Direction du CHIC



Source : Direction du CHIC

2.4.2 Evolution des activités du pôle par spécialité et par site

Le pôle médecine du CHIC se constitue autour de 4 «spécialités » principales qui correspondent à la ventilation des points isa en fonction de l'activité développée.

	ISA Millau	ISA Saint-Affrique	ISA CHIC	% ISA médicaux	% Millau	% St Afrique
Pneumologie	582775	409135	991910	14,45%	58,75%	41,25%
Cardiologie	654495	298960	953455	13,89%	68,64%	31,36%
Hépto-gastro-entérologie	517340	341410	858750	12,51%	60,24%	39,76%
Neurologie	482770	252970	735740	10,72%	65,62%	34,38%

Source DIM PMSI 2002

Si on examine depuis 1997 l'évolution du point ISA pour chacune de ces activités, la mission constate leur faible différence tant en volume annuel que dans la répartition de l'activité entre les deux sites.

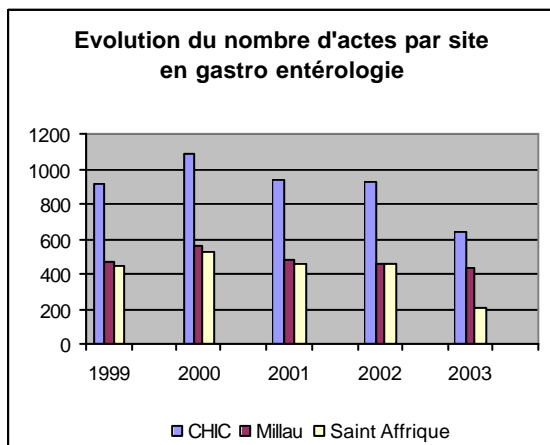
2.4.3 L'activité endoscopique en gastro-entérologie

Cette activité a été analysée par l'étude de l'évolution du nombre d'actes opératoires enregistrés comme activité du bloc opératoire lors des endoscopie, gastroscopie et colonoscopie.

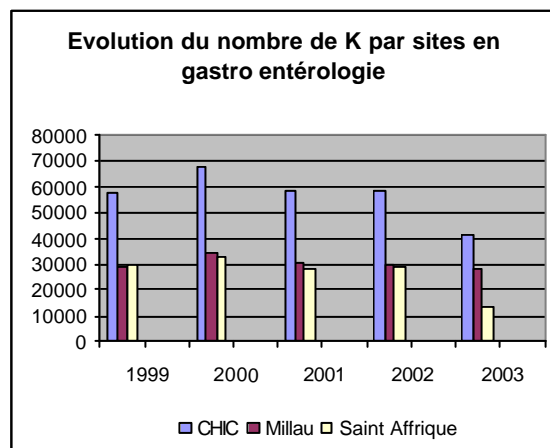
En terme d'activité, la même tendance se dégage comme pour toutes les autres activités de l'établissement : augmentation en 2000 des actes pratiqués ou des K réalisés puis diminution dès 2001 et stagnation de l'activité qui est globalement identique à celle de 1999.

Il faut toutefois remarquer l'importance de cette activité d'endoscopie sur le site Saint-Affricain. Cette activité est quasi identique sur les deux sites.

En 2003, la fermeture du bloc opératoire à partir du 1^{er} juillet entraîne une chute importante de cette activité qui ne s'est pas reportée sur le site public à Millau.



Source : Direction du CHIC



Source : Direction du CHIC

Les praticiens qui effectuent ces endoscopies sont des médecins spécialistes, installés à Millau en cabinet libéral. Ils interviennent aussi au sein de la clinique Saint-Côme.

2.4.4 Attractions et fuites en médecine

Le CHIC du Sud-Aveyron assure 51,2% des prises en charge médicales quelle que soit leur typologie. L'établissement privé en réalise près de 12% .

Au total, plus du tiers de la population résidante dans le Sud-Aveyron est pris en charge par des établissements de santé extérieurs à ce bassin de population.

Cette relative faiblesse de l'attractivité de l'établissement public doit être soulignée, d'autant plus que les fuites vers des établissements situés hors du Sud-Aveyron sont très importantes pour ce qui concerne les pathologies «légères » qui, a priori, relèvent plus d'un établissement de proximité comme le CHIC (un séjour sur deux)

Pour la population Sud-Aveyronnaise, le CHU de Montpellier est le deuxième établissement de diagnostics et de soins pour les activités de médecine.

Tableau n° 10 : Répartition entre les établissements de santé de l'activité médicale issue du Sud-Aveyron mesurée en nombre de séjours

	Prise en charge lourde (nbr de séjours)	% PEC lourdes	Prise en charge légère (nombre de séjours)	% PEC légères	Total activité médicale	% activité médicale globale	% cumul activité médicale globale
C.H.I.C du Sud-Aveyron	866	55,5%	4841	50,5%	5707	51,2%	51,2%
C.H.U MONTPELLIER	288	18,5%	1187	13,2%	1475	13,2%	64,4%
CLINIQUE SAINT COME	50	4,0%	1265	12,4%	1315	11,8%	76,2%
C.H. DE RODEZ	59	3,8%	412	4,3%	471	4,2%	80,5%
CRLC	20	3,2%	415	4,3%	435	3,9%	84,4%
CLINIQUE CLAUDE BERNARD	36	2,6%	275	2,9%	311	2,8%	87,2%
C.H.U. DE TOULOUSE	40	2,3%	174	1,8%	214	1,9%	89,1%
C.H. D'ALBI	21	1,3%	171	1,8%	192	1,7%	90,8%
Autres établissements	180	1,3%	845	8,8%	1025	9,2%	100%
TOTAL	1560	7,6%	9585	100%	11145	100%	

Source : PMSI 2001, retraitement OAP mission.

2.5 Le service des urgences

2.5.1 Le contexte

Conformément au SROS, l'ARH a autorisé en 2000⁴³ :

- une unité de proximité d'accueil de traitement et d'orientation des urgences sur chaque site,
- un SMUR sur chaque site.

Les conditions techniques de fonctionnement n'étant pas satisfaites, des délais sont explicitement donnés pour une mise en conformité :

UPATOU MILLAU	UPATOU SAINT-AFFRIQUE	SMUR
<ul style="list-style-type: none"> • 1 an pour la qualification du personnel médical et le dépôt des contrats relais, • 2 ans pour la mise en place d'un service composé de deux unités et du SMUR multi-sites, placé sous l'autorité d'un même chef de service avec une équipe médicale commune 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 an pour l'organisation d'une permanence médicale avec qualification requise 24h/24 et le dépôt des contrats relais, • 2 ans pour la mise en place d'un service composé de deux unités et du SMUR multi-sites, placé sous l'autorité d'un même chef de service avec une équipe médicale commune, • 4 ans pour l'aménagement d'une zone de surveillance de très courte durée et pour la possibilité de faire appel 24h/24, en cas de besoin à un psychiatre et à un infirmier ayant acquis une expérience professionnelle en psychiatrie. 	<ul style="list-style-type: none"> • 2 ans pour la mise en place d'un service composé de deux unités et du SMUR multi-sites, placé sous l'autorité d'un même chef de service avec une équipe médicale commune, • 3 ans en matière de locaux et de personnels non médicaux pour répondre à la possibilité de sortie d'un IDE 24h/24, avec le SMUR en cas d'intervention avec réanimation.

Une visite de conformité a été réalisée en janvier 2001 (*Cf. infra*). Une inspection a été réalisée en juillet 2001, dans le cadre de la mission de contrôle demandée par l'ARH.

En octobre 2003, une mission de médiation a été demandée par l'ARH sur la prise en charge des urgences dans le Sud-Aveyron, elle doit rendre ses conclusions au premier trimestre 2004.

2.5.2 Organisation et Ressources

Les services des Urgences de Millau et Saint-Affrique ont fusionné en un seul service depuis l'année 2000 sous la responsabilité du Dr TANGUY, chef de service titulaire.

⁴³ Décisions 2000 AUT n°74, 2000 AUT n°72 et 2000 AUT n°73, de la commission exécutive de l'ARH en date du 11 avril 2000

Tableau n° 11 : Personnels des urgences en février 2004

<p>Médecins : 3,5 postes ETP autorisés de praticiens urgentistes :</p> <ul style="list-style-type: none"> . 1 PH temps partiel (pourvu) . 2 praticiens urgentiste temps plein (1 pourvu) . 1 assistant temps partiel depuis le 1-01-2004 . 1 PH de médecine intervient également pour 0,5 ETP sur le service de jour. <p>Equipe renforcée par la participation au tour de garde de :</p> <ul style="list-style-type: none"> . 2 PH de médecine . 1 attaché <p>Paramédicaux</p> <ul style="list-style-type: none"> . 0,5 cadre IDE depuis le 1/12/03 . 6 IDE . 5 AS 	<p>Médecins : 7 postes ETP autorisés de praticiens urgentistes :</p> <ul style="list-style-type: none"> . 2 PH Temps plein (pourvus) . 2 Praticiens urgentistes contractuels Temps plein (vacants depuis le 1-02-2004) . 3 Praticiens urgentistes contractuels temps partiels (2 pourvus, 1 vacant depuis le 15-01-2004) . 1 Assistant temps partiel depuis le 1-12-2003 <p>Paramédicaux</p> <ul style="list-style-type: none"> . 0,5 cadre IDE ETP . 11,7 IDE . 5,25 AS . 0.5 secrétaire
---	---

Source : CHIC. Direction du personnel

2.5.3 Activités

**Tableau n°12 : Evolution de l'activité des urgences sur Millau et Saint-Affrique.
Primo consultants et reconvoctions.**

Primoconsultants	1999	2000	2001	2002	2003	1999-2003
Millau	10 197	11 338	11 531	12 086	12 266	
St Afrique	5 336	6 121	6 394	6 440	6 163	
Total	15 533	17 459	17 925	18 526	18 429	
Evolution		12,4%	2,7%	3,4%	-0,5%	18,6%
<hr/>						
Urgences 2ème passage ou reconvoctions	1999	2000	2001	2002	2003	1999-2003
Millau	1 354	1 406	1 426	1 131	761	
Saint-Affrique	2 137	2 293	1 798	1 653	1 589	
Total	3 491	3 699	3 224	2 784	2 350	
Evolution		6,0%	-12,8%	-13,7%	-15,6%	-32,7%

Source : CHIC

L'activité d'accueil des primo consultants est croissante de 4% à 5% par an en moyenne sur la période 1999- 2003⁴⁴. Cette activité croissante suit l'augmentation observée partout en France (de 4 à 5% chaque année). Elle se répartit de façon stable sur Millau pour les 2/3 et Saint-Affrique pour 1/3. Il existe un pic net d'activité en été avec un triplement de l'affluence en juillet - août sur Millau.

⁴⁴ La décroissance en 2003 sur le site de Saint-Affrique mérite d'être confirmée.

Le CHIC a réduit nettement les re-convocations de ses patients dans le service même des urgences. Mais sur Saint-Affrique, la proportion de patients re-convoqués dans le service d'urgence reste importante : le taux de re-convocation est de 26% en 2003 contre 6% à Millau.

L'activité des SMUR est réduite. On note un peu plus d'une sortie primaire par jour sur Millau et moins d'une sortie primaire par jour sur Saint-Affrique. Cette activité décroît ces dernières années.

Tableau n°13 : Evolution du nombre de sorties primaires des SMUR

SMUR primaires	1999	2000	2001	2002	2003
Millau	562	544	467	452	436
Saint-Affrique	334	346	317	338	* ⁴⁵
Total	896	890	784	790	*
Evolution		-0,67%	-11,91%	0,77%	

Source : CHIC

2.5.4 Conformité - sécurité

La conformité des 2 UPATOUs et des 2 SMUR a été attestée par l'ARH en janvier 2001. Il était néanmoins souligné quelques insuffisances :

Sur Millau ⁴⁶ :

- l'absence de contrats-relais,
- la nécessité de poursuivre l'effort de formalisation des procédures,
- la nécessité de définir un cadre d'évaluation de l'activité.

Sur Saint-Affrique ⁴⁷ :

- la nécessité de définir précisément les niveaux de prise en charge devant conduire à orienter les patients vers Millau,
- l'absence de contrats-relais,
- la nécessité de poursuivre l'effort de formalisation des procédures,
- la nécessité de définir un cadre d'évaluation de l'activité,
- l'absence de personnel paramédical pour médicaliser les SMUR primaires si besoin,
- l'utilité de créer deux lits d'hospitalisation de courte durée.

A noter que l'arrêt en 2003 d'une permanence chirurgicale sur le site de Saint-Affrique n'emporte pas de conséquences sur le maintien de l'UPATOU, dans la mesure où la réglementation ne l'exige pas. Mais, l'absence de chirurgien renforce la nécessité de protocoles écrits organisant le transfert et le suivi des malades.

⁴⁵ Données manquantes.

⁴⁶ L DEROUILLÉ & C PARROUFFE Visite de conformité du service des urgences et du SMUR du CHIC du Sud-Aveyron, hôpital de MILLAU DDASS, 15 janvier 2001.

⁴⁷ L DEROUILLÉ & C PARROUFFE Visite de conformité du service des urgences et du SMUR du CHIC du Sud-Aveyron, hôpital de SAINT-AFFRIQUE DDASS, 23 janvier 2001.

2.5.5 Analyse

2.5.5.1 En terme de couverture de la population du secteur sanitaire

L'existence de 2 UPATOU et 2 SMUR distants de 30 km assure une couverture de pratiquement 94% de la population du Sud-Aveyron à moins de 45 minutes et de 100% à moins de 60 minutes.

Tableau n° 14 Couverture de la population du Sud-Aveyron à partir de deux sites

	Population secteur sanitaire couverte	%
Moins de 60 min	63 258	99,8%
Moins de 45 min	59 400	93,8%
Moins de 30 min	49 013	77,4%

Source : ARH

2.5.5.2 En terme d'activité et de fonctionnement

L'activité des 2 sites est de 18 000 passages/an répartis pour 2/3 sur Millau et 1/3 sur Saint-Affrique.

Le personnel médical est dédié à l'activité UPATOU/SMUR sur Millau, alors qu'il assure aussi le suivi de la réanimation et qu'il est susceptible d'intervenir dans les services dans la journée sur Saint-Affrique. Jusqu'en juillet 2002, les urgentistes y étaient également sollicités pour intervenir comme aide au bloc opératoire.

Les effectifs médicaux sont faibles, notamment sur Saint-Affrique où les tableaux de gardes ne sont remplis en période normale que parce que des praticiens des autres services acceptent de venir les compléter.

Le fonctionnement *a minima* trouve ses limites en matière paramédicale, notamment sur la question de l'absence d'une IDE dans les SMUR primaires à Saint-Affrique.

2.5.5.3 En terme de bonnes pratiques d'organisation et de sécurité

Depuis la visite de conformité de 2001, les faiblesses constatées n'ont pas été corrigées. Plusieurs témoignages convergents attestent même d'une dégradation.

La dynamique de fonctionnement d'un service unique, a semble t-il pratiquement cessé après l'année 2000. La mission observe que deux services distincts continuent aujourd'hui de fonctionner.

Il n'y a pratiquement pas de réunions de service à Millau comme à Saint-Affrique. Aucun projet de service commun n'a été établi. La formalisation de protocoles de prise en charge est ancienne, beaucoup ont été rédigés avant la fusion à Millau. Il n'existe pas de contrôle de bonne application de ces protocoles. Les protocoles utilisés ne sont pas les mêmes d'un site à l'autre⁴⁸.

Il n'existe pas de protocole de transfert d'un site à l'autre. Il n'existe pas davantage de contrats dit relais entre le CHIC et les hôpitaux de référence formalisant les situations où les deux UPATOU du CHIC doivent transférer les patients. Le système d'information commun ne s'est mis en place que tardivement : jusqu'en 2002, le site de Saint-Affrique n'a produit aucune donnée détaillée de son activité dans le cadre du projet régional de l'observatoire régional des urgences⁴⁹.

La qualité d'un service d'urgence repose beaucoup sur la robustesse de son organisation et de son suivi. Or, le chef de service titulaire, anesthésiste réanimateur et intégré de ce fait au fonctionnement du service d'anesthésie-réanimation est également président du CLIN⁵⁰. Il peut difficilement assumer de façon satisfaisante l'ensemble de ses missions. Malgré cette difficulté, aucun praticien hospitalier urgentiste n'a été désigné pour assurer la responsabilité quotidienne de chaque unité fonctionnelle⁵¹. Un praticien exerçait pourtant cette responsabilité avant la fusion sur Millau. Il n'y a qu'un praticien hospitalier temps partiel sur Saint-Affrique qui ne peut donc pas être désigné pour cette tâche.

Il s'y ajoute des problèmes d'effectifs et d'organisation des gardes et astreintes.

Chaque site organise deux listes de gardes : la première couvre l'UPATOU et la seconde le SMUR. L'organisation des gardes et astreintes est un sujet sensible lors des congés et surtout en cas de départ d'un praticien titulaire. A Saint-Affrique en 2003, le poste vacant est pourvu avec des remplaçants qui tournent à un rythme soutenu. D'après le témoignage d'un praticien, nombreux seraient ceux qui ne possèdent pas la maîtrise des gestes d'urgence (intubation, perfusion) et craignent de sortir en SMUR. Certains se décommandent au dernier moment et menacent la continuité du service.

En 2003, les médecins urgentistes remplaçants ont assuré globalement 11% des gardes et astreintes à Millau et 27% à Saint-Affrique. Ce pourcentage est encore plus élevé si l'on s'intéresse à la moyenne mensuelle. A Saint-Affrique, en raison notamment du départ de 2 praticiens titulaires en juin et septembre, plus de 40% de l'ensemble des gardes et astreintes ont été assurées depuis septembre par des remplaçants, mobilisant chaque mois 10 à 12 médecins différents.

Au total, dans un contexte de management et d'organisation défaillant, la rotation élevée d'intérimaires dont les qualités ne peuvent être appréciées ni corrigées par un senior est problématique. Il s'agit vraisemblablement d'un risque majeur pour la sécurité des patients.

⁴⁸ La mission a observé à titre d'exemples que les thrombolytiques utilisés dans la prise en charge de l'infarctus du myocarde ne sont pas les mêmes d'un site à l'autre.

⁴⁹ ORUMIP : Rapport annuel sur l'activité des services d'urgence en Midi-Pyrénées 2002. 120 pages.

⁵⁰ CLIN : comité de lutte contre les infections nosocomiales

⁵¹ La seule délégation de responsabilité a porté sur la mise en place d'un système d'information (PMSI puis URCAL).

La mission constate que la situation des services d'urgences du CHIC est très dégradée. La probabilité de défaillance est forte. La pérennité même du service sur le site de Saint-Affrique est menacée, de par l'absence d'équipe médicale stable, en nombre suffisant et correctement encadrée. Cette évolution possible si la situation n'est pas sérieusement redressée, irait à l'encontre du service qu'il est souhaitable d'offrir sur le Sud-Aveyron.

2.6 La sécurité sanitaire au CHIC

La sécurité sanitaire traitée ici concerne principalement les activités transversales soit le fonctionnement des vigilances, mais aussi celui de l'anesthésie-réanimation et l'usage des médicaments. La mission a contrôlé comment le CHIC répondait aux principales obligations réglementaires en matière de sécurité sanitaire. Elle a particulièrement examiné en quoi la fusion des deux sites avait ou pas entraîné une mutualisation des efforts sur ces thèmes très transversaux.

2.6.1 Les plaintes

Huit plaintes ont été adressées à la DDASS entre 2001 et 2003 concernant le CHIC (1 en 2001, 4 en 2002 et 3 en 2003). Ce nombre apparaît relativement faible.

Sept plaintes, venant de patients ou de leur famille mettent en cause les services de soins : urgences de Millau (1) et Saint-Affrique (1), la psychiatrie adulte (1), les soins de suite et de réadaptation de Millau (1), le Long séjour de Saint-Affrique (1), la chirurgie orthopédique à Saint-Affrique (1) et enfin la médecine à Millau (1).

La mission relève que la plainte sur les urgences à Saint-Affrique met en évidence le conflit opposant les assistants urgentistes et l'établissement concernant leur fonction d'aide opératoire au bloc, en sus de leur mission première d'urgentiste. Le chef de service des urgences a plaidé sans succès, à cette époque, pour que cette mission leur soit retirée.

La tenue du dossier médical et son contenu insuffisamment documenté sont pointés fortement dans l'instruction d'une des plaintes. Ce sujet renvoie à d'autres constats faits par ailleurs sur ce même sujet.

2.6.2 Le dossier médical

Il existe un dossier patient unique au CHIC mais pas de dossier médical commun entre les deux sites, ni même entre les différents services du CHIC. Si la gestion du dossier patient apparaît relativement bien maîtrisée à Saint-Affrique, la situation apparaît très critique à Millau où « *un patient aura autant de dossiers que de spécialistes consultés. En cas d'hospitalisation, de passage aux urgences ou de consultation d'un autre spécialiste, aucun historique des consultations précédentes ne peut être réalisé* »⁵².

⁵² René Brunel Management Rapport final Centre hospitalier du Sud-Aveyron 8, 24 et 25 avril 2002

Le projet d'informatisation du dossier médical a été intégré au projet de développement du système d'information. Il est resté en l'état après le rejet du premier projet médical, en 2001.

La tenue des dossiers est très variable d'un service à l'autre. Le DIM a signalé depuis plusieurs années, les difficultés rencontrées dans l'organisation et la tenue des dossiers médicaux, notamment sur le site de Millau. D'autres témoignages de médecins inspecteurs et de médecins conseil ayant procédé à des études sur échantillon de dossiers confirment les remarques ci-dessus⁵³.

2.6.3 La sécurité anesthésique

L'activité d'anesthésie se déroule sur les deux sites avec des équipes distinctes, qui de plus assument le fonctionnement d'un service de soins intensifs : 2 praticiens à Saint-Affrique et 4 praticiens à Millau. Les listes de gardes sont spécifiques aux deux sites. Les remplacements sont en général réalisés par des intervenants extérieurs sur Saint-Affrique et les participations croisées de praticiens entre les deux sites sont restées très marginales, essentiellement pendant la période de fermeture du bloc opératoire de Saint-Affrique à l'été 2003.

L'activité anesthésique se déroule à Millau sur dix sites distincts, dont principalement les quatre salles du bloc opératoire et les deux salles de la maternité. A Saint-Affrique, l'activité est regroupée sur cinq salles : trois au bloc opératoire et deux en maternité.

L'activité anesthésique a fait l'objet d'inspections et de contrôles de la tutelle à la suite des décrets de décembre 1994 et de l'arrêté d'octobre 1995⁵⁴. Le niveau de sécurité global est maintenant jugé suffisant et la DRASS se place aujourd'hui dans une approche d'amélioration de la qualité, hors du cadre des inspections, via l'action du CCRVI⁵⁵.

A Millau deux inspections ont été réalisées les 19 juin 1998 et 28 juin 2000. A Saint-Affrique, une inspection a été réalisée le 20 juin 2000. Les principaux problèmes signalés sont résumés dans le tableau ci-dessous.

⁵³ Inspection de la conformité de l'anesthésie réanimation de Saint-Affrique (28 juin 2000)

⁵⁴ Soixante établissements de santé ont été contrôlés dans la région Midi-Pyrénées entre 1998 et 2001.

⁵⁵ Commission de coordination régionale des vigilances de Midi-Pyrénées. Cette instance originale œuvre depuis 1999, pour promouvoir une dynamique la qualité des vigilances. Les établissements de santé qui adhèrent à cette initiative librement acceptent de documenter pour se comparer, un ensemble d'indicateurs bâtis avec les professionnels par la CCRVI. Un programme de visite des 64 établissements de santé MCO de la région est en cours. Fin 2003, 35 établissements avaient été vus. La CCRVI publie chaque année l'analyse globale des résultats régionaux. Les résultats de chaque établissement lui sont rendus directement afin qu'il puisse se comparer aux autres. Le CHIC adhère à cette instance depuis son démarrage. Chaque site documente l'ensemble des questionnaires. La visite des deux sites par la CCRVI, prévue à l'été 2003, a été repoussée compte tenu du contexte de tension à cette période.

**Tableau n° 15 : Synthèse des inspections et contrôles de la DRASS
entre 1998 et 2001**

Etablissements	Exercice 1998/1999	Exercice 2000	Exercice 2001
Hôpital de MILLAU	Contrôle le 19/06/98 - Délai de Consultation pré-anesthésique - Visite pré-anesthésique non identifiée - Dossier anesthésique à améliorer - Contrôle du matériel à effectuer avant chaque intervention et à formaliser	Contrôle global le 20/06/2000 Capacités de la salle de réveil insuffisante Personnel en réveil insuffisant Document décrivant l'organisation générale de l'anesthésie non rédigé Travail important de formalisation des procédures à effectuer Pas de procédure MCJ	Pas de contre-visite prévue, en revanche le problème de la salle de réveil est à traiter de toute urgence
Hôpital de Saint-Affrique		Contrôle global le 28/06/2000 Pas de procédure concernant la maladie de Creutzfeldt-Jakob (MCJ) Mise à jour du document décrivant l'organisation générale de l'anesthésie Procédures à mieux formaliser	Pas de contre-visite prévue

Source : DRASS Midi-Pyrénées, MRICE 2003

Le problème principal relevé par la mission concerne le délai de mise en conformité de la salle de réveil sur Millau. Cette question, bien présente dans les demandes des professionnels et notée depuis par la tutelle, ne sera traitée qu'en 2004 à l'achèvement des travaux en cours.

En ce qui concerne le fonctionnement, le CHIC n'a pas mis en place de comité de sécurité anesthésique. Chaque site est autonome⁵⁶. Il n'existe pas de cadre de travail formalisé pour la sécurité anesthésique qui est discutée au sein des réunions de travail des deux services. Il n'existe donc pas de trace écrite des discussions, ni des programmations en matière de sécurité anesthésique, ni de bilan interne annuel comme sur les autres thèmes.

Il n'existe pas fin 2003 de document décrivant l'organisation générale de l'anesthésie à Saint-Affrique⁵⁷ et celui de Millau n'a pas été réactualisé depuis 1997⁵⁸.

⁵⁶ Les Dr VERNIER pour Saint-Affrique et EL JAZA pour Millau, chefs de service, sont les correspondants de la CCRVI.

⁵⁷ Le chef de service a produit à la mission un tableau synoptique qui tient lieu de document général.

⁵⁸ A EL JAZA. Proposition concernant l'organisation et le fonctionnement du service d'anesthésie-réanimation. 25/09/1997. 11 p.

Chaque site a établi ses propres procédures anesthésiques. Le nombre de procédures est très réduit sur Saint-Affrique. Pratiquement toutes les procédures fournies à la mission ont été établies avant la fusion, lorsqu'elles sont datées. Les contenus des procédures sont souvent proches d'un site à l'autre mais les formats diffèrent toujours : dans la plupart des cas ces documents ne respectent pas les formes prescrites pour une procédure : pas de validation, pas de date, modalités de diffusion inconnues. Ce problème renvoie à la mise sous assurance qualité.

Les audits internes sur l'application des différentes procédures et sur le fonctionnement de l'anesthésie au CHIC ont été réalisés dans le cadre de l'animation du CCRVI. Les dernières données disponibles concernent l'année 2001 pour Millau et 2002 pour Saint-Affrique. Au vu de leur déclaration, 100% des patients sur les deux sites bénéficient d'une visite pré-anesthésique à distance en cas d'anesthésie programmée. Il existe une procédure de suppléance en cas de panne sur les fluides médicaux pour les deux blocs opératoires, mais elle n'a pas été évaluée à Saint-Affrique. Après étude interne sur 50 dossiers tirés au hasard :

- 100% des patients à Millau et 60% à Saint-Affrique ont un dossier de pré-anesthésie complet ⁵⁹;
- 90% des fiches d'ouverture de salles d'opération sont remplies à Millau et 100% à Saint-Affrique,
- 100% des fiches d'ouverture de salle de réveil sont remplies sur les deux sites.

Tout le personnel du bloc et de la salle de réveil a été formé autour des années 1996-97 sur Saint-Affrique. Il n'aurait plus de demande à ce jour. Sur Millau, les infirmières ont été formées à cette même période. Il y aurait une formation spécifique chaque année pour une infirmière d'anesthésie.

Au total, les deux sites ont mis en place les principales mesures commandées par la réglementation en matière de sécurité sanitaire. Les indicateurs « qualité » fournis à la CCRVI placent Millau en 2001 dans la moyenne observée au niveau régional, ceux de Saint-Affrique en 2002 apparaissent plus faibles. Sur les deux sites, il existe des zones manifestes de faiblesse concernant aujourd'hui la formalisation et la diffusion des protocoles. Le programme de formation continue devrait également être relancé.

Il y a eu peu d'échanges entre les deux équipes, notamment peu de roulements dans les tableaux de garde⁶⁰. L'organisation et le fonctionnement des 2 services sont restés très disjoints. La capacité à lire sur une grille homogène l'activité anesthésique du CHIC, repose sur les interventions externes de la DRASS et des DDASS : visites entre 1998 et 2001 de la mission d'inspection et de contrôle, relayées par la démarche qualité du CCRVI depuis cette date.

La sécurité anesthésique est un domaine où la mutualisation potentielle liée à la fusion ne s'est pas faite.

⁵⁹ Ces résultats s'expliquent d'après le chef de service de Saint-Affrique par l'absence d'un certain nombre d'items à coder sur l'ancienne fiche d'anesthésie. Une nouvelle fiche l'a remplacée depuis la fin 2002 et la situation est corrigée.

⁶⁰ Durant l'été 2003, avec la fermeture du bloc de Saint-Affrique les praticiens sont venus travailler sur Millau 21 jours entre juin et septembre. En retour, les praticiens de Millau ont assuré 11 jours de garde les Week-ends sur Saint-Affrique .

2.6.4 Les vigilances

2.6.4.1 L'hémovigilance

Chaque site disposant d'un service d'urgence, d'une maternité et d'une activité chirurgicale, notamment orthopédique, le CHIC a demandé à faire fonctionner deux dépôts de produits sanguins labiles (PSL). Il est autorisé à le faire depuis mars 2001⁶¹. Les inspections pré et post autorisation réalisées par la tutelle en 2000 et 2001 concluaient à la bonne tenue des deux dépôts de sang⁶².

Millau a distribué 332 PSL en 2002 et Saint-Affrique 207⁶³.

Le CHIC dispose d'un comité de sécurité transfusionnel et d'hémovigilance unique depuis la fusion (CSTH). Son fonctionnement a été réduit à une réunion par an. Il n'a pas eu de président en 2002. Il est relancé depuis 2003, avec notamment l'arrivée d'un nouveau président⁶⁴.

Chaque site a établi ses propres procédures. Le CSTH a seulement débattu de l'harmonisation des intitulés. Il n'y a pas eu d'audit sur l'application de ces procédures.

Un dossier transfusionnel unique est en place sur les deux sites⁶⁵. Un document d'information pré et post transfusionnelle existe sur les 2 sites.

Le taux de traçabilité des PSL est bon sur les 2 sites : 99.6% à Millau et 100% à Saint-Affrique. Le taux de déclaration des incidents transfusionnels est dans la fourchette des déclarations de ce type d'établissement : 16.7 pour mille PSL à Millau et 4.8 pour mille à Saint-Affrique en 2002.

La formation du personnel en hémovigilance et/ou transfusion a été réalisée sur les deux sites ces dernières années mais l'établissement n'est pas en mesure d'en dresser un bilan exhaustif.

Au total, le bilan des activités des deux sites du CHIC en matière d'hémovigilance est très correct. Le CHIC se situe en bonne position par rapport aux autres établissements de santé de la région, même si il y a sûrement des améliorations à attendre en matière de formation et surtout de mise en place d'audits sur les procédures et les pratiques.

La coopération entre les deux sites s'effectue au sein d'un CSTH unique, dont l'activité est restée faible entre 2000 et 2003. Si l'on met à part le dossier transfusionnel unique, les bons indicateurs observés reposent davantage sur les acteurs propres de

⁶¹ Arrêté préfectoral du 13 mars 2001

⁶² Inspection à Millau des 22/09/2000 et 18/09/2001 et à Saint-Affrique des 29/09/2000 et 18/09/2001.

⁶³ Données : coordinations régional d'hémovigilance. DRASS Midi-Pyrénées. 2002

⁶⁴ « M. LANDES félicite le Dr TSOURIA et le remercie d'avoir bien voulu accepter la Présidence du CSTH, cette instance trouvant enfin un mode de fonctionnement normal et ce pour la première fois depuis la création du CHIC » : PV du CSTH du 23 juin 2003.

⁶⁵ Mais son format diffère d'un site à l'autre.

chaque site qui poursuivent chacun sur la lancée d'une bonne dynamique antérieure à 2000.

2.6.4.2 *La lutte contre les infections nosocomiales*

Le comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) est commun aux deux sites hospitaliers du CHIC. Composé de 27 membres, il est présidé par le Dr TANGUY, anesthésiste réanimateur et chef du service des urgences. Le CLIN s'appuie depuis 2001 sur un cadre hygiéniste basé à Millau (75% ETP). Elle est officiellement désignée comme la référente des signalements des infections nosocomiales pour les deux sites.

Le cadre hygiéniste est la seule permanente de l'équipe opérationnelle d'hygiène, elle s'appuie sur un réseau de correspondants en hygiène. Ce réseau interne s'étoffe progressivement depuis la fusion : 10 en 2000, 16 en 2001, 26 en 2002 et 42 en 2003⁶⁶. Les correspondants sont répartis sur les deux sites de Millau et Saint-Affrique. Certains membres du réseau ont reçu une formation spécifique dispensée par la coordination des CLIN du sud-ouest (C-CLIN)⁶⁷.

Le CLIN bénéficie de la dynamique du C-CLIN, notamment en matière de formation et de surveillance. Il renseigne également la CCRVI de Midi-Pyrénées sur l'évolution de son activité et de ses principaux résultats. Le CHIC ne s'est par contre pas inséré dans un des sept réseaux départementaux en hygiène existants sur la région.⁶⁸

Le CLIN se réunit régulièrement depuis 2000 (environ 3 fois par an)⁶⁹. La mission note la baisse de fréquentation des séances du CLIN par ses membres entre 2000 et 2002-2003. Le CLIN a produit annuellement un rapport d'activité standardisé qu'il a adressé réglementairement à la DDASS. Il a produit aussi un bilan et un programme d'activité prévisionnel. Il convient de noter que seul le bilan 2002 semble avoir été présenté à la CME et au conseil d'administration.

Il n'existe pas de lien entre le CLIN et le comité du médicament (COMEDIS). Ceci est particulièrement dommage compte tenu des sujets partagés, notamment en matière d'antibiothérapie.

Bien que les membres du CLIN aient réalisé un important travail de formalisation, un certain nombre de protocoles et procédures manquent encore en 2003.

La mission relève par exemple qu'il n'existe pas de protocole d'information et de signalisation des porteurs de bactéries multi-résistantes diffusé dans l'établissement, alors que le projet est rédigé depuis 2002. La mise sous assurance qualité de l'élaboration des procédures en 2003 a contribué à stopper la diffusion des procédures et

⁶⁶ Compte-rendu des correspondants hygiène du 24 mars 2003

⁶⁷ La C-CLIN du sud ouest est basée au CHU de Bordeaux. Elle couvre les régions Poitou-Charentes, Aquitaine et Midi-Pyrénées.

⁶⁸ A THOMAS & M BICHARA. Les réseaux départementaux en Hygiène. Région Midi-Pyrénées. DRASS septembre 2003. 73 pages

⁶⁹ 14/03/2000; 15/06/2000; 19/10/2000; 11/06/2001; 11/10/2001; 20/12/2001; 31/07/2002; 30/10/2002; 30/10/2002; 19/12/2002; 26/06/2003.

protocoles déjà validés par le CLIN entre 2001 et 2002⁷⁰. Cette situation qui a découragé certains acteurs, devrait commencer à se débloquer à partir de 2004.

Le CLIN a participé à trois audits du C-CLIN sur l'application de protocoles, mais n'en a initié aucun de lui-même à ce jour. Ceci est certainement un point faible, car les mesures des pratiques sont souvent de puissants stimulants pour leur amélioration⁷¹. Des programmes de contrôle régulier existent notamment en matière d'hygiène de l'environnement. Une surveillance de l'incidence des staphylocoques méticilline résistants (SAMR) est réalisée en continu sur Saint-Affrique⁷². Le CHIC participe aux enquêtes nationales de prévalence et d'incidence sur courte période (réanimation, infection des sites opératoires en 2002, maternité en 2003).

Les taux d'infection mesurés en réanimation étaient inférieurs à la moyenne régionale dans l'enquête de 2002, mais le CLIN souligne que ceci est à relier au faible nombre de patients lourds : 17.5% vs 32.4% pour la région.

Le taux de prévalence des infections nosocomiales au CHIC est également inférieur à celui de la région à Millau (3.6% vs 6%) mais légèrement supérieur à Saint-Affrique (6.6%). Les taux de SAMR parmi l'ensemble des souches de staphylocoques dorés isolés au CHIC sont de 25.9% à Millau et 42.5% à Saint-Affrique en 2002, ce qui place le CHIC en bonne position au regard des résultats publiés pour les établissements de santé publics en France⁷³.

Le résultats des contrôles environnementaux ont permis de suivre un problème de légionellose lié aux douches en maternité et dans une maison de retraite.

La déclaration des infections nosocomiales est en place sur les deux sites depuis 2003⁷⁴.

Enfin il existe depuis 2000 un effort certain de formation interne et externe du personnel soignant de base et des correspondants d'hygiène des services.

Au total, le bilan des activités du CLIN du CHIC est plutôt inférieur à celui des autres établissements de santé de la région d'après les données d'analyse régionale du CCRVI. Cette appréciation négative doit être relativisée compte tenu de la bonne situation de la région Midi-Pyrénées sur ce thème. La mission constate en effet que le CHIC est bien positionné en ce qui concerne les grands indicateurs de résultats. Il a engagé des efforts réguliers et importants en matière de lutte contre les infections nosocomiales. Il s'est inscrit ce faisant dans une dynamique de progrès mais la formalisation et surtout la diffusion des protocoles doit être renforcée. Enfin et surtout la pratique d'audit et d'évaluation des procédures, peu pratiquée, doit devenir régulière.

⁷⁰ M RECLY. Rapport d'activité de l'équipe opérationnelle en hygiène hospitalière Année 2002. 9 pages.

⁷¹ L'audit en 2002 sur la préparation de l'opéré a mis en évidence une dérive des pratiques et ainsi relancé l'intérêt des correspondants d'hygiène sur ce point, début 2003.

⁷² La biologiste de Saint-Affrique les enregistre manuellement. Une enquête sur 3 mois a été réalisée sur Millau en 2001

⁷³ 66% de SAMR isolés dans l'enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales 2001.

⁷⁴ Décret du 26 juillet 2001.

La lutte contre les infections nosocomiales est un thème transversal partagé entre les deux sites du CHIC. Une dynamique commune, bien impulsée par l'équipe opérationnelle d'hygiène, s'est mise en place et s'est globalement maintenue malgré les tensions générales. La coopération et la mutualisation sont ici globalement réussies.

2.6.4.3 La stérilisation

Le CHIC dispose d'une pharmacie à usage intérieur sur chaque site. Chacune développe une activité de stérilisation. Plusieurs inspections de la DRASS ont pointé de nombreux dysfonctionnements ces dernières années avec demandes de corrections. Malgré une mise à niveau de la stérilisation de Saint-Affrique en 2001, ces constats ont poussé la tutelle à promouvoir le regroupement de l'activité de stérilisation sur un seul site. Ce projet est aujourd'hui en cours. Il devrait à terme être capable d'absorber les besoins du CHIC et de la clinique Saint-Côme si elle s'y associe.

2.6.4.4 La pharmacovigilance et le comité du médicament

La pharmacovigilance repose sur les pharmaciens de chaque site. Le Dr CARBASSE pour Millau et le Dr GALZIN pour Saint-Affrique. Il n'existe pas de dispositif coordonnant les efforts des deux sites.

En 2002, il n'y avait pas eu d'information des personnels soignants sur l'obligation de déclaration des effets indésirables des médicaments et donc sur sa procédure⁷⁵. Il n'y avait pas eu d'information des personnels sur la procédure de retraits de lots, ni sur celle de la déclaration des effets indésirables.

Il n'est donc pas étonnant que le CHIC déclare peu d'incidents au titre de la pharmacovigilance. Faute d'enregistrement globalisé le CHIC, n'en relève qu'un en 2002, alors que le correspondant régional de pharmacovigilance en a instruit quatre sur Millau et un sur Saint-Affrique⁷⁶.

Un comité du médicament a fonctionné jusqu'en avril 2001 au CHIC auquel s'est substitué un comité des médicaments et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIS)⁷⁷. Ce comité ne s'est jamais réuni et la dynamique s'est complètement arrêtée. Le comité des anti-infectieux n'a semble-t-il pas davantage fonctionné.

Au total, la pharmacovigilance est insuffisamment portée par le CHIC. La dynamique d'information et de formation est faible. Les incidents sont sous-déclarés. Pour ces raisons, les indicateurs de fonctionnement de la pharmacovigilance, recueillis par la CCRVI, situent le CHIC bien au-dessous de la médiane des indicateurs des autres établissements de la région en 2002.

Le comité du médicament ne fonctionne pas et ceci est la principale anomalie en matière de fonctionnement des instances du CHIC en matière de sécurité sanitaire.

⁷⁵ La pharmacienne de Saint-Affrique a toutefois adressé une fiche de déclaration aux médecins prescripteurs en novembre 2000.

⁷⁶ Données fournies par le correspondant régional de pharmacovigilance.

⁷⁷ Constitué à la CME du 1^{er} établissement mars 2002.

Depuis la fusion, les deux établissements n'ont pas mutualisé leurs activités concernant la politique du médicament et la pharmacovigilance.

2.6.4.5 *La matériovigilance*

La matériovigilance s'est structurée sur les deux établissements avant la fusion. Depuis 1996 sur Saint-Affrique avec le Dr BONNET et 1998 sur Millau avec le Dr ACHACHE. Ce dernier, anesthésiste réanimateur, est le président du nouveau comité de matériovigilance mis en place depuis la fusion. Le Dr BONNET est son suppléant. Le comité est composé de neuf membres travaillant sur l'un ou l'autre des deux sites.

Le comité se réunit une fois par an⁷⁸. Il a établi les principaux protocoles concernant son activité (traitement des alertes, signalement des incidents et traçabilité des dispositifs médicaux implantables notamment). Ces protocoles sont en format assurance qualité. Il n'y a pas eu d'audit interne sur l'application de ces protocoles.

Le comité considère que la traçabilité du matériel implantable est aujourd'hui en place. Le signalement des incidents fonctionne également : 2 à 3 incidents remontent chaque année au CHIC.

Aucune formation du personnel n'a été réalisée directement. Par contre une première information de l'ensemble des médecins et des surveillants a été faite en 2000 et une seconde information de l'ensemble du personnel sur la matériovigilance a été jointe à la fiche de salaire en juin 2003.

Au total, la matériovigilance est globalement bien assurée sur le CHIC. Les indicateurs de fonctionnement, recueillis par la CCRVI, situent le CHIC bien au-dessus de la médiane des indicateurs des autres établissements de la région en 2002.

Sur ce domaine, la mutualisation entre les deux sites est effective : la réflexion et les outils sont communs, la permanence médicale est répartie entre le président et son suppléant.

2.6.4.6 *La réactovigilance*

La désignation du correspondant de réactovigilance du CHIC date de l'année 2002⁷⁹. Le Dr ASSENS, biologiste de Saint-Affrique intervient sur les deux sites. Son suppléant est le Dr TSOURIA biologiste à Millau. Les indicateurs de fonctionnement, recueillis par la CCRVI, situent le CHIC bien au-dessus de la médiane des indicateurs des autres établissements de la région en 2002.

⁷⁸ Deux comptes-rendus ont été fournis par le CHIC à la mission : 06/10/2000, 26/02/2002 et 14/02/2003, ainsi que la réponse du CHIC concernant les indicateurs qualité de la CCRVI pour l'année 2000, 2001 et 2002.

⁷⁹ CME du 12 mars 2002.

2.6.4.7 *La coordination des vigilances*

Cinq vigilances sont assurées par le CHIC. La nature et le périmètre de chacune de ces vigilances sont variables, néanmoins un certain nombre de problèmes communs sont partagés. Ils concernent notamment la formalisation des procédures, les modalités de signalement des incidents, la formation des personnels, les méthodes d'audit et d'évaluation. Pour ces raisons, nombreux sont les établissements de santé qui comme le CHIC ont mis en place une coordination de ces dispositifs.

Le CHIC a désigné depuis 2000 M. LANDES, directeur-adjoint, responsable qualité qui a assuré également la coordination des vigilances. Cette dernière est placée depuis septembre 2003 sous la responsabilité de M DELHAYE, directeur adjoint.

La coordination du CHIC n'a toutefois pas ou très peu fonctionné depuis sa création. Aucune réunion n'a été organisée entre les responsables des vigilances, hormis celle provoquée par la mission en décembre 2003. Le coordinateur a été mobilisé sur la démarche qualité et par l'animation de certaines vigilances en difficulté transitoire *cf.supra*.

La mission relève qu'une réflexion a été engagée en février 2003 afin d'élaborer un document unique de déclaration d'incidents pour toutes les vigilances. Ce travail n'a pas encore abouti.

Il n'existe pas de synthèse interne sur l'évolution des vigilances au CHIC. Ceci explique que la mission s'est appuyée principalement sur l'analyse de la CCRVI pour former son analyse.

De même, au-delà de la sécurité sanitaire, il n'existe pas de document d'analyse générale des risques au CHIC.

Le CHIC a privilégié la mise en place d'une démarche qualité depuis 2000 en vue de se préparer à l'accréditation pour le premier semestre 2005. La responsable qualité actuelle a identifié aujourd'hui plus de 500 procédures et protocoles de tous ordres et entamé leur révision pour mise sous assurance qualité. Ce travail considérable et nécessaire a eu pour effet de retarder la diffusion d'un certain nombre de protocoles existants.

Mener une telle démarche, sur les deux sites de Millau et Saint-Affrique dans le contexte de crise actuelle est difficile. L'établissement vient de demander à repousser son accréditation.

2.6.5 *Synthèse générale sur les vigilances et la sécurité sanitaire.*

La mission relève que le CHIC a mis en place et fait fonctionner l'essentiel des dispositifs prescrit pas la réglementation en matière de sécurité sanitaire. Le principal dysfonctionnement porte probablement aujourd'hui sur la tenue du dossier médical et son archivage. La mission souligne également l'arrêt du fonctionnement du comité du médicament et des dispositifs médicaux depuis 2001.

Il n'existe aujourd'hui pas ou plus de dysfonctionnement majeur sur les différents autres thèmes observés. Par contre, des difficultés similaires sont rencontrées par les différents acteurs et comités impulsant un thème donné.

Beaucoup achoppent sur la formalisation et la diffusion des procédures et protocoles qu'ils élaborent. Le suivi de la mise en œuvre via des audits de pratiques est peu développé. La formation du personnel qui accompagne toujours ces actions, n'est pas ou peu suivie.

La fusion a été l'occasion de croiser et enrichir les compétences mutuelles sur certains thèmes (matériovigilance, nosovigilance, réactovigilance). Ailleurs, les équipes des deux sites sont restées sur leur dynamique antérieure (hémovigilance et surtout, sécurité anesthésique et médicament).

TROISIEME CHAPITRE : L'ANALYSE BUDGETAIRE, ECONOMIQUE ET FINANCIERE

La mission a mené trois sortes d'analyses :

- budgétaire,
- économique (ou analyse de la productivité) à partir de la valeur des points ISA (indicateur synthétique d'activité),
- financière (examen des ratios financiers).

La période d'expertise s'étale sur cinq exercices : de 1999, année qui a précédé la fusion, à 2003. Cependant, pour certaines études, les données n'étant pas disponibles ou connues, la période a été écourtée en conséquences.

3.1 L'approche budgétaire

L'analyse budgétaire s'appuie principalement sur les documents qui ont été votés par le Conseil d'administration du CHIC et négociés avec la tutelle : budgets primitifs, décisions modificatives et comptes administratifs.

En fait, le CHIC établit chaque année quatre budgets différents : un principal et trois budgets annexes :

- le Budget H, ou budget principal, qui concerne essentiellement les activités MCO,
- le Budget A, budget annexe pour la dotation non affectée (DNA),
- le Budget B, budget annexe pour le secteur long séjour,
- le Budget J, budget annexe pour le secteur maison de retraite.

La section d'exploitation et la section d'investissement sont étudiées séparément.

Deux approches méthodologiques ont été privilégiées par la mission :

- la comparaison des recettes réelles par rapport aux dépenses réelles,
- la comparaison des dépenses réelles par rapport aux dépenses autorisées.

3.1.1 La comparaison des recettes réelles par rapport aux dépenses réelles d'exploitation

La comparaison des recettes réelles par rapport aux dépenses réelles d'exploitation, permet d'établir les résultats de la gestion, lesquels peuvent se solder soit par un équilibre, un déficit ou un excédent d'exploitation.

La mission a examiné les résultats, d'une part des sections d'exploitation de l'ensemble des budgets de l'établissement, d'autre part ceux du Budget H.

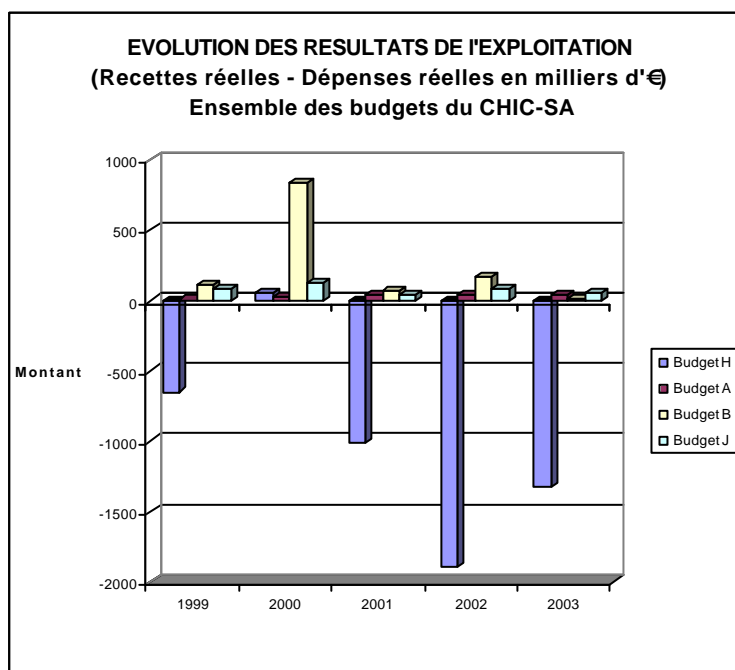
3.1.1.1 L'ensemble des budgets d'exploitation

Pour chacun des budgets du CHIC, les résultats sont les suivants pour la période 1999 – 2003.

**Tableau n° 16: Evolution des résultats de l'exploitation
(recettes réelles – dépenses réelles)**

	1999	2000	2001	2002	2003
BUDGET H – Principal					
RÉSULTATS	Déficit : - 649 026 €	Excédent : + 56 892 €	Déficit : - 1 011 724 €	Déficit : - 1 894 397 €	Déficit : - 1 328 1182 €
CUMUL RÉSULTATS	Déficit : - 649 026 €	Déficit : - 592 134 €	Déficit : - 1 603 858 €	Déficit : - 3 498 255 €	Déficit : - 4 826 437 €
BUDGET A – Dotation non affectée					
RÉSULTATS	Excédent : + 5 492 €	Excédent : + 25 031 €	Excédent : + 10 416 €	Excédent : + 293 €	Excédent : + 4 031 €
CUMUL RÉSULTATS	Excédent : + 5492 €	Excédent : + 30 523 €	Excédent : + 40 939 €	Excédent : + 40 646 €	Excédent : + 44 677 €
BUDGET B – Long séjour					
RÉSULTATS	Excédent : + 106 808 €	Excédent : + 834 711 €	Excédent : + 70 144 €	Excédent : + 164 608 €	Excédent : + 11 360 €
CUMUL RÉSULTATS	Excédent : + 106 808 €	Excédent : + 941 519 €	Excédent : + 1 011 663 €	Excédent : + 1 176 271 €	Excédent : + 1 187 631 €
BUDGET J – Maison de retraite					
RÉSULTATS	Excédent : + 88 513 €	Excédent : + 120 504 €	Excédent : + 45 783 €	Excédent : + 84 472 €	Excédent : + 60 547 €
CUMUL RÉSULTATS	Excédent : + 88 513 €	Excédent : + 209 017 €	Excédent : + 163 234 €	Excédent : + 247 706 €	Excédent : + 308 253 €

Sources : Document CHIC – Direction des Finances – Décembre 2003



Sources : Document CHIC – Direction des Finances – Décembre 2003

Selon la mission, il convient d'observer que :

- pour l'année 1999, les chiffres mentionnés correspondent à l'addition des résultats des deux établissements de Millau et Saint-Affrique qui, à l'époque, n'étaient pas fusionnés ;
- à la fin de 2003, seul le Budget H (budget principal) est déficitaire pour un montant de :
4 826 437 € Tous les autres budgets sont régulièrement excédentaires ;
- la consolidation des différents budgets n'a qu'un intérêt anecdotique, dans la mesure où le budget principal et les budgets annexes ne sont pas fongibles.

3.1.1.2 La section d'exploitation du Budget H – budget principal

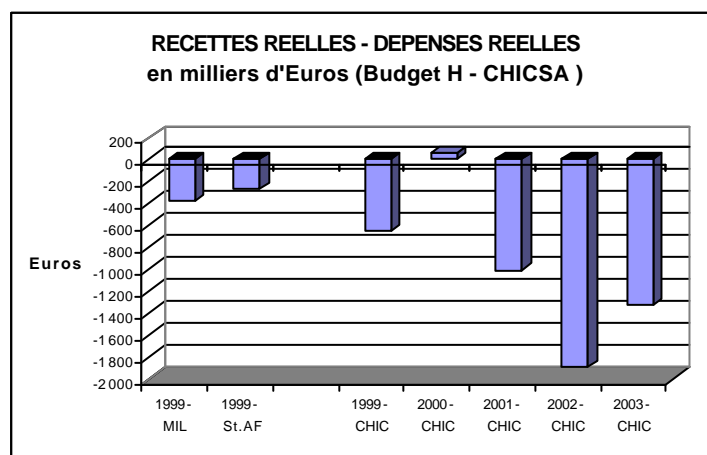
S'agissant du Budget H – budget principal, qui est le seul en déficit sur la période, le détail des résultats est le suivant :

Tableau n° 17: Evolution des résultats de la gestion pour le Budget H (recettes réelles – dépenses réelles d'exploitation)

	1999	2000	2001	2002	2003
CH de MILLAU	R : 25 516 547 €				
	D : 25 895 722 €				
	Déficit - 379 175 € - 1,48 %				
CH de SAINT-AFFRIQUE	R : 12 342 500 €				
	D : 12 612 351 €				
	Déficit - 269 851 € - 2,18 %				
CHIC	R : 37 859 047 €	R : 40 460 268 €	R : 41 496 336 €	R : 43 007 704 €	R : 44 059 266 €
	D : 38 508 073 €	D : 40 403 376 €	D : 42 508 060 €	D : 44 902 101 €	D : 45 387 448 €
	Déficit - 649 026 € - 1,71 %	Excédent + 56 892 € + 0,14 %	Déficit - 1 011 724 € - 2,43 %	Déficit - 1 894 397 € - 4,40 %	Déficit - 1 328 182 € - 3,01 %
CUMUL	- 649 026 €	- 592 134 €	- 1 603 858 €	- 3 498 255 €	- 4 826 437 €

Sources : Document CHIC – Direction des Finances – Décembre 2003

R : recettes réelles D : dépenses réelles



R : recettes réelles D : dépenses réelles

Selon la mission, il convient d'observer que :

➤ Pour la période précédant la fusion :

Selon les dires de personnes auditionnées par la mission, en 1999, avant la fusion, la situation budgétaire n'était pas déficitaire, notamment à Saint-Affrique. Cette opinion, qui s'appuierait sur une étude partielle réalisée par une société d'expertise privée (KPMG), sur les six premiers mois de l'année 1999, est contredite par les résultats définitifs.

En effet, non seulement les deux établissements ont enregistré cette année là des résultats négatifs, mais le déficit du CH de Saint-Affrique était, proportionnellement, plus important (- 2,18%) que celui du CH de Millau (1,48%).

L'addition des deux déficits représentait 649 026 € soit 1,71% des recettes réelles.

➤ En 2000 :

En 2000, année de la fusion, le CHIC termine l'exercice en léger excédent (+ 52892 € soit + 0,14%)⁸⁰.

Le déficit cumulé est donc ramené à 592 534 €

➤ En 2001, 2002, 2003 :

Chacune des années suivantes le CHIC est à nouveau déficitaire :

- d'environ 1 million d'euros en 2001 (- 2,4 %),
- de près de 1,9 millions d'euros en 2002 (- 4,4 %),
- de plus de 1,3 millions d'euros en 2003 (- 3,0%),

ce qui a pour effet de porter **le déficit cumulé d'exploitation à 4 826 437 €** fin 2003.

Ce déficit est imputable pour l'essentiel à un dépassement des autorisations de dépenses et non pas à une insuffisance des recouvrements des recettes d'exploitation prévues, dont le cumul ne représente que 0,2% sur la période.

Il est donc apparu indispensable d'analyser l'évolution des dépenses réelles par rapport aux autorisations de dépenses du Budget H.

3.1.2 La comparaison des dépenses réelles par rapport aux autorisations de dépenses d'exploitation pour le Budget H

La comparaison des dépenses réelles par rapport aux autorisations de dépenses d'exploitation (c'est à dire sans tenir compte des recettes) permet de mesurer

⁸⁰ Selon la direction du CHIC, le solde excédentaire apparent s'explique partiellement par l'arrêt du paiement des cotisations ASSEDIC, soit une minoration des dépenses de 211 000 €

l'importance d'éventuels dépassements, qui se traduisent alors par des « reports de charges » sur l'année suivante.

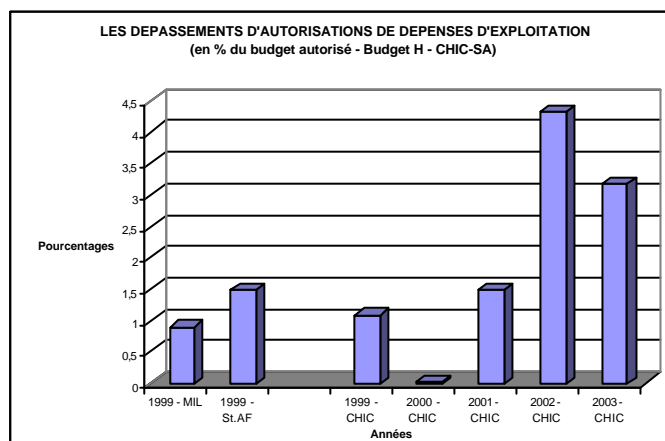
3.1.2.1 La comparaison des dépenses réelles par rapport aux autorisations de dépenses – Budget H

L'importance des dépassements d'autorisations de dépenses est retracée dans le tableau ci-dessous :

Tableau n° 18 : Evolution des dépassements d'autorisations de dépenses d'exploitation (dépenses réelles – dépenses autorisées)

	1999	2000	2001	2002	2003
CH de MILLAU	+ 233 436 €				
CH de St. AFRIQUE	+ 184 699 €				
CHIC	+ 418 135 €	+ 10 379 €	+ 621 780 €	+ 1 855 831 €	+ 1 392 670 €
CUMUL	+ 418 135 €	+ 428 514 €	+ 1 050 294 €	+ 2 906 125 €	+ 4 298 795 €
% du BUDGET AUTORISE	MILLAU	+ 0,90 %			
	St. AFRIQUE	+ 1,48 %			
	CHIC	+ 1,09 %	+ 0,02 %	+ 1,48%	+ 4,31%

Sources : Document CHIC – Direction des Finances – Décembre 2003



Sources : Document CHIC – Direction des Finances – Décembre 2003

Selon la mission, il convient d'observer que :

- depuis 1999 les autorisations de dépenses d'exploitation du Budget H ont toujours été dépassées ;
- si le dépassement de l'année 2000 est marginal (+ 0,02%) et ceux des années 1999 et 2001 peu élevés (entre +1 et +1,5%) en revanche ceux de 2002 (près de + 4,5%) et de 2003 (plus de 3%) sont plus importants, même si pour cette dernière année la situation est moins dégradée ;
- en valeur, **le cumul des dépassements** est de :
4 298 795 € par rapport au total des dépenses d'exploitation autorisées. Toutefois, cette somme ne donne qu'une image « tronquée » de la réalité de la gestion.

En effet, le total des dépenses autorisées comprend :

- les dépenses prévues pour la classe 6,
- augmentées le cas échéant des « soldes déficitaires » (reprises partielles ou totales du déficit d'exploitation de l'année n-2) et des « moins values » (de recettes de l'année n-1).

Ces jeux d'écritures comptables ont donc pour effet de majorer les dépenses autorisées et par voie de conséquences de minorer, en termes de présentation, l'importance des dépassements.

Pour cerner au plus près la réalité de la gestion quotidienne, la mission estime qu'il est préférable de s'en tenir aux résultats de la classe 6.

3.1.2.2 Les conséquences des dépassements d'autorisation de dépenses d'exploitation: les reports de charges de la classe 6

La mission a examiné d'une part, l'évolution des reports de charges de la classe 6, pour évaluer son importance, d'autre part l'évolution des reports de charges pour chacun des groupes la constituant, afin de situer l'origine des dépassements.

- L'évolution globale des reports de charges de la classe 6

Tableau n°19 : Evolution des reports de charges de la classe 6

	1999	2000	2001	2002	2003
Montant des reports de charges	Millau : +325 960 € Saint-Affrique: + 220 979 € Total = + 546 939 €	+ 163 213 €	+ 621 779 €	+ 2 031 435 €	+ 1 585 002 €
Cumul des reports	+ 546 939 €	+ 710 152 €	+ 1 331 931 €	+ 3 363 366 €	4 948 368 €

Sources : Document CHIC – Direction des Finances – Décembre 2003

La mission constate que :

- les reports de charges de la classe 6, qui étaient de l'ordre de 600 000 € en 1999 et 2001, sont brusquement passés à plus de 2 M€ en 2002 pour redescendre aux environ de 1,6 M€ en 2003, ce qui demeure important ;
- le cumul de ces dépassements est **de l'ordre de 4,950 M€ fin 2003**.

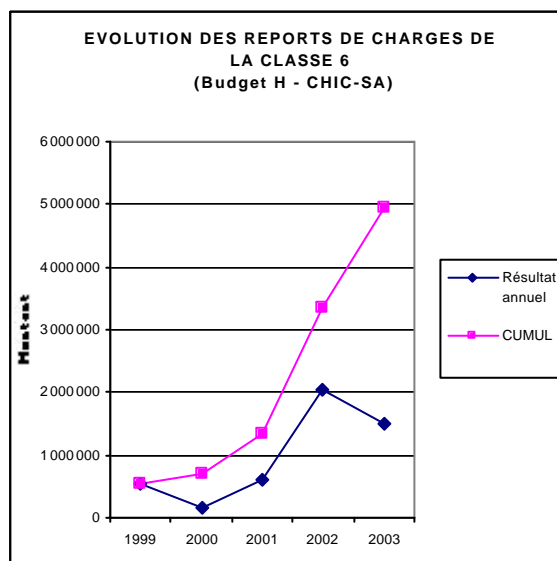
➤ L'évolution des reports de charges par groupes de dépenses constituant la classe 6

Tableau n° 20 : Evolution des reports de charges par groupes de dépenses de la classe 6

	1999	2000	2001	2002	2003
Gr 1 – Dépenses de personnel	M : + 271 393 € SA : + 210 331 €	+ 139 153 €	+ 558 865 €	+ 1 733 521 €	+ 2 071 130 €
Cumul Gr 1	+ 481 731 €	+ 620 884 €	+ 1 179 749 €	+ 2 913 271 €	+ 4 984 401 €
Gr 2 – Dépenses médicales	M : + 9 822 € SA : + 2 070 €	- 2 413 €	+ 20 942 €	+ 85 184 €	- 116 221 €
Cumul Gr 2	+ 11 892 €	+ 9 479 €	+ 30 421 €	+ 115 605 €	- 616 €
Gr 3 – Dépenses hôtelières	M : + 44 745 € SA : + 8 578 €	+ 26 473 €	+ 41 972 €	+ 212 730 €	- 362 741 €
Cumul Gr 3	+ 53 323 €	+ 79 796 €	+ 121 766 €	+ 334 496 €	- 28 245 €
Gr 4 – Dépenses financières	0 €	0 €	0 €	0 €	- 7 166 €
Cumul Gr 4	0 €	0 €	0 €	0 €	- 7 166 €
TOTAL	M : +325 960 € SA : + 220 979 € T0 : + 546 939 €	+ 163 213 €	+ 621 779 €	+ 2 031 435 €	+ 1 585 002 €
Cumul du TOTAL	+ 546 939 €	+ 710 152 €	+ 1 331 931 €	+ 3 363 366 €	+ 4 948 368 €

Sources : Document CHIC – Direction des Finances – Décembre 2003

M = Millau ; SA = Saint-Affrique



Sources : Document CHIC – Direction des Finances – Décembre 2003

M = Millau ; SA = Saint-Affrique

Ce tableau permet de mettre en évidence que :

- chaque année, ce sont les dépenses de personnel qui constituent la majeure partie des dépassements (entre 85 et 90%) jusqu'en 2002.
- En 2003, on constate que les dépassements sur les autres groupes de dépenses ont disparu, alors que les dépassements sur les dépenses de personnels continuent de croître.

Il convient donc d'expertiser cette évolution particulière.

3.1.3 Les reports de charges concernant le personnel

La mission a successivement étudié les reports de charges concernant :

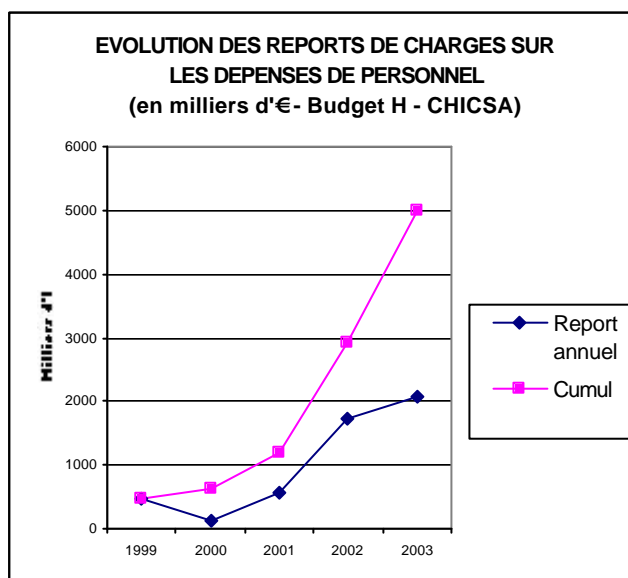
- l'ensemble des dépenses de personnel,
- les dépenses du personnel non médical,
- les dépenses du personnel médical.

3.1.3.1 L'évolution des reports de charges concernant l'ensemble du personnel

Tableau n°21: Evolution des reports de charges concernant le personnel

	1999	2000	2001	2002	2003
Gr 1 – Dépenses de personnel	M : + 271 393 € SA : +210 331 €	+ 139 153 €	+ 558 865 €	+ 1 733 521 €	+ 2 071 130 €
<i>Cumul Gr 1</i>	+ 481 731 €	+ 620 884 €	+ 1 179 749 €	+ 2 913 271 €	+ 4 984 401 €

Sources : Document CHIC – Direction des Finances – Décembre 2003



Sources : Document CHIC – Direction des Finances – Décembre 2003
M = Millau ; SA = Saint-Affrique

La mission observe que :

- Les reports de charges concernant l'ensemble du personnel (médical et non médical, tous statuts confondus) croissent annuellement (sauf en 2000) de manière très sensible.
- En 2003 le report de charges atteint plus de 2 M€ et pratiquement 5 M€ en cumul.
- Les reports de charges sur le personnel peuvent s'expliquer soit parce que les dotations budgétaires ont été insuffisantes au regard de l'augmentation « autorisée »⁸¹ des effectifs, soit parce que ce sont les effectifs qui n'ont pas été maîtrisés ce qui a entraîné une dérive des dépenses.

⁸¹ Cf. ci-après au § 3132, la définition donnée par la mission.

3.1.3.2 Les dépenses de personnel non médical

➤ L'évolution des dépenses du personnel non médical

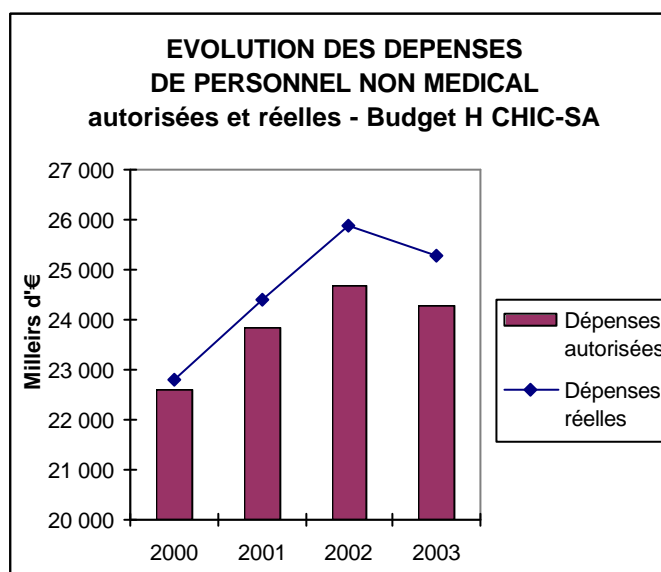
Tableau n°22: Evolution des dépenses du personnel non médical – Budget H –CHIC

	2000	2001	Dif. 2001-2000 en nbre en %	2002	Dif. 2002-2001 en nbre en %	2003	Dif. 2003-2002 en nbre en %	Dif. 2003-2000 en nbre en %
Dépenses autorisées	22 594 886	23 829 436	+1 234 550 +5,46%	24 699 258	+ 869 822 + 3,65%	24 284 899	-414 369 -1,6%	+1 690 013 +7,47%
Dépenses réelles	22 805 929	24 405 578	+ 1599 649 +7,01%	25 875 007	+ 1469 429 +6,02%	25 267 056	-607 951 -2,3%	+2 461 127 +10,79%
Différence	+ 139 153 +0,61%	+ 558 864 +2,34%		+ 1 161 487 +4,70%		+ 986 863 +4,06%		
Cumul	+ 139 153 + 481 719 *	+1 179 548 **		+2 341 035		+3 327 898		
	+ 620 884							

Sources : Document CHIC – Direction des Finances – Décembre 2003

* Report de 1999

** dont 559 122 € dont on ne sait s'il s'agit de dépenses de PM ou PNM



Sources : Document CHIC – Direction des Finances – Décembre 2003

* Report de 1999

** dont 559 122 € dont on ne sait s'il s'agit de dépenses de PM ou PNM

La mission constate que :

- S'agissant du recueil des données :
 - Il n'a pas été possible de reconstituer dans le détail les dépenses du PNM pour 1999, permettant de procéder à une analyse pertinente. Celle-ci porte donc sur la période 2000-2003.
 - Pour le report de charges constaté en 2001, une somme de 559 122 € a été incorporée aux dépenses du PNM parce qu'il s'agit, selon les recherches effectuées par la Direction des finances, d'un reliquat à verser de la prime de service du personnel.
- S'agissant de l'évolution des dépenses autorisées :
 - Elles ont progressé de 7,5% sur la période 2000-2003, mais elles ont diminué entre 2002 et 2003 de 1,6%.
- S'agissant de l'évolution des dépenses réelles :
 - Elles ont progressé de près de 11% sur la période 2000-2003, mais elles ont diminué entre 2002 et 2003 de 2,3%
 - Tous les ans les dépenses réelles sont supérieures aux dépenses autorisées. Le dépassement se situe entre 4 et 5% les deux dernières années.
 - **Le cumul des reports de charges atteint fin 2003 : 3 328 000 €**

La mission a étudié les liens qui pouvaient exister entre évolution des effectifs payés et évolution des dépenses réelles, en partant de l'hypothèse suivante :

- si le CHIC n'a pas rémunéré plus d'effectifs que ceux qui étaient budgétés, on peut considérer que les dérapages budgétaires s'expliquent, au moins partiellement, par une insuffisance de dotations ;
- à l'inverse, si les effectifs budgétés ont été dépassés, on peut leur imputer, au moins partiellement les dérives financières ;
- il convient de remarquer toutefois, qu'il n'y a pas de concordance parfaite entre dotations budgétaires accordées et évolution des effectifs. En effet, la tutelle raisonne en masses budgétaires et en « enveloppes » correspondant à des mesures « ciblées » comme le montre le tableau ci-dessous. Elle répartit les crédits entre les établissements selon des critères qui ne font pas nécessairement référence à l'évolution réelle des effectifs.

Tableau n°23: Evolution des taux directeurs et moyens nouveaux alloués par la tutelle au CHIC

	2000	2001	2002	2003
Taux directeur régional	1,00%	2,01%	1,34%	0,32%
Protocole AUBRY	1,07%	1,03%	0,98%	0,90%
RTT personnel médical			0,27%	0,70%
RTT personnel non médical			1,07%	1,32%
Autres mesures	3,35%	3,84%	2,80%	0,80%
TOTAL	5,42%	6,89%	6,46%	4,03%

Sources : Document CHIC – Direction des finances – 12/11/2003 :

Il est à noter que ces taux sont calculés par référence au montant de la dotation globale qui ne représente qu'une partie des recettes de l'établissement⁸².

➤ Les effectifs budgétés (ou autorisés)

La première interrogation qui se pose est de savoir si les effectifs budgétés ou autorisés sont suffisants ou non.

C'est l'établissement qui détermine la répartition des postes « budgétés » selon les grades et catégories professionnelles (administratifs, soignants, médico-techniques, techniques) et qui transmet aux tutelles, pour information, le « tableau des effectifs ».

Toutefois, la mission considère que si la tutelle n'approuve pas, juridiquement parlant, le tableau des effectifs de l'établissement, elle « l'autorise » de fait. En effet, dans la mesure où elle ne conteste pas la répartition des crédits entre les comptes effectuée par l'établissement et ne fait aucune remarque sur le tableau des effectifs qui lui est transmis, elle entérine objectivement celui-ci.

Le nombre de postes budgétés doit tenir compte, en principe, des besoins en personnels pour faire face à la charge de travail, mais aussi des besoins en personnels de remplacement pour les absences de courtes durées telles que les repos hebdomadaires, les jours fériés, les repos compensateurs, les heures syndicales, voire les maladies de très courtes durées.

Pour suppléer les absences de plus longues durées (dont les congés annuels), l'établissement doit prévoir des crédits « de remplacement », en sus et à part. Le volume de ces crédits correspond à un nombre de « mensualités » qui doivent permettre de recruter des agents en contrats à durée déterminée. Ces effectifs n'apparaissent donc pas dans les postes budgétés.

⁸² La faiblesse relative des taux « de base » en Midi-Pyrénées s'explique par le fait que cette région pendant 6 ans, c'est à dire jusqu'en 2003, a fait l'objet d'une péréquation négative au plan national. Depuis 2003 les règles de péréquation ont été modifiées : l'indice comparatif de mortalité (ICM) a été exclu des éléments de calcul. Celui-ci pénalisait la région et ne rendait pas compte des réels efforts de productivité réalisés par les établissements midi-pyrénéens.

Tableau n°24 : Evolution des effectifs budgétés du PNM pour le Budget H (par catégories en ETP)

	2000	2001	Dif. 2001- 2000 en nbre en %	2002	Dif. 2002-2001 en nbre en %	2003	Dif. 2003-2002 en nbre en %	Dif. 2003 – 2000 en nbre en %
Administratif	73,85	73,85	0 0%	75,35	+ 2 + 2,7%	76,35	+ 1 + 1,35%	+ 3 + 4,0%
Soignant	404,45	404,45	0 0%	412,15	+ 7,7 + 1,9%	421,55	+ 9,4 + 2,3%	+ 17,1 + 4,2%
Médico- technique	34	34	0 0%	35	+ 1 + 2,9%	36	+ 1 + 2,9%	+ 2 + 5,8%
Technique	80,65	80,65	0 0%	81,90	+ 1,25 + 1,5%	82,90	+ 1 + 1,2%	+ 2,25 + 2,9%
TOTAL	592,95	592,95	0 0%	604,40	+ 11,45 + 1,93%	616,80	+ 12,4 + 2,0%	+ 23,85 + 4,0%

Sources : CHIC – DRH

Dans le cas particulier du CHIC, les postes budgétés ont progressé d'environ 4% depuis 2000. En 2003 il y a 617 postes⁸³ budgétés. L'accroissement du nombre des postes de soignants et de médico-techniques est de l'ordre de 4 à 6%, celui des administratifs de 4% et celui des personnels techniques de 3%. L'essentiel de la progression du nombre des postes budgétés est lié à la mise en œuvre de la RTT.

La répartition selon les catégories professionnelles, à savoir : administratif : 12 %, soignant : 68 %, médico-technique : 6%, technique : 14%, n'appelle pas de commentaires particuliers et n'a pratiquement pas évolué au cours des années 2000 – 2003.

Pour déterminer le nombre de postes à budgéter plusieurs méthodes sont généralement utilisées : les unes consistent, par exemple, à tenir compte de l'existant, en rajoutant les besoins nouveaux ; d'autres s'appuient sur une évaluation aussi précise que possible de la charge de travail théorique. C'est une de ces méthodes que la DSI (Direction des soins infirmiers) du CHIC a récemment mise en œuvre, en effectuant une estimation des besoins pour les unités de soins et les unités médico-techniques à partir des déclarations de l'encadrement, c'est à dire sans remettre en cause l'organisation actuelle du travail.

Cette étude montre qu'il existe entre besoins ainsi estimés, effectifs budgétés officiellement et effectifs réels, des distorsions de faible amplitude (inférieure à 1 ETP) dans beaucoup de services, hormis pour la psychiatrie où les écarts sont nettement plus sensibles :

- entre besoins estimés et effectifs budgétés, la différence est de 27,9 ETP dont la moitié concerne les services de psychiatrie ;
- entre besoins estimés et effectifs réels, la différence est 20,61 ETP dont plus de la moitié (12,20 ETP) concerne les services de psychiatrie.

⁸³ Le ratio nombre de postes (617) sur nombre de lits et places MCO (260) est de 2,37. Dans la mesure où le CHIC présente la particularité de posséder un important secteur de psychiatrie (22 lits et 27 places), la pertinence de la comparaison de ce ratio à celui d'autres établissements ayant un même nombre global de lits est limitée.

Si l'on compare besoins estimés et effectifs réels (qui est concrètement la comparaison la plus importante) et si l'on excepte le secteur psychiatrique, le différentiel est 5,9 ETP pour le site de Millau et de 2,51 ETP pour le site de Saint-Affrique, c'est à dire d'une amplitude relativement réduite.

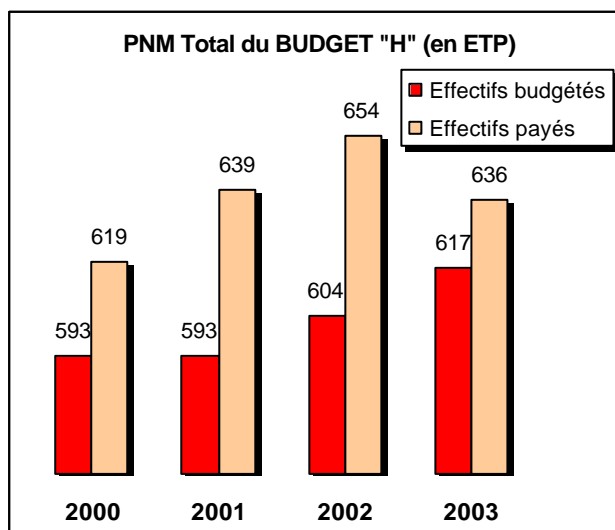
Selon la mission, le fait que le CHIC ait réalisé une estimation de ses besoins en personnels, selon une méthodologie précise et codifiée, doit être considérée comme une initiative positive. Toutefois, la pertinence de la méthodologie et des critères adoptés par le CHIC doit être validée par la tutelle. La mission ne peut, pour ce qui la concerne, cautionner les résultats enregistrés, parce qu'ils ne découlent pas d'une véritable analyse critique de l'organisation actuelle du travail. Quoiqu'il en soit, la mission tient à faire remarquer, qu'au-delà du choix d'une méthode, la détermination des besoins en postes de personnels peut, et doit, varier d'une année sur l'autre, en fonction des modifications des pratiques et des organisations médicales, du nombre des patients et des types d'affections.

➤ L'évolution des effectifs PNM payés par rapport aux effectifs budgétés

Tableau n°25 : Evolution de l'effectif PNM payé par rapport à l'effectif budgété - Budget H (tous statuts confondus en ETP)

	2000	2001	Dif. 2001 2000 en nbre en%	2002	Dif. 2002 2002 en nbre en%	2003	Dif. 2003 2002 en nbre en%	Dif. 2000 2003 en nbre en%
Effectifs budgétés	592,85	592,95	+ 0 + 0 %	604,40	+ 11,45 + 1,93%	616,80	+12,4 + 2,05%	+ 23,95 + 4,03%
Effectifs Payés	618,76	638,80	+20,04 + 3,23%	654,11	+15,31 + 2,39 %	635,57	-18,54 - 2,83%	+16,81 + 2,71%
<i>Dif. en Nbre</i>	<i>+ 23,92</i>	<i>+ 45,95</i>		<i>+ 49,71</i>		<i>+ 18,77</i>		
<i>Dif. en %</i>	<i>+4,03%</i>	<i>+7,75%</i>		<i>+8,22%</i>		<i>+3,04</i>		

Source : CHIC - DRH



Source : CHIC - DRH

Ce tableau appelle de la part de la mission les commentaires suivants pour la période 2000-2003 :

- les effectifs budgétés non médicaux ont augmenté de 4% (+ 24 postes) et les effectifs payés de 2,7% (+ 17 agents) ;
- mais la différence entre effectifs budgétés et effectifs payés non médicaux est très sensible : + 4 % (+ 24 agents) en 2000, + 3% (+ 19 agents) en 2003, mais surtout environ + 8 % (entre 45 et 50 agents) en 2001 et 2002. En d'autres termes, le CHIC a toujours rémunéré plus de personnels non médicaux qu'il n'en avait budgété.

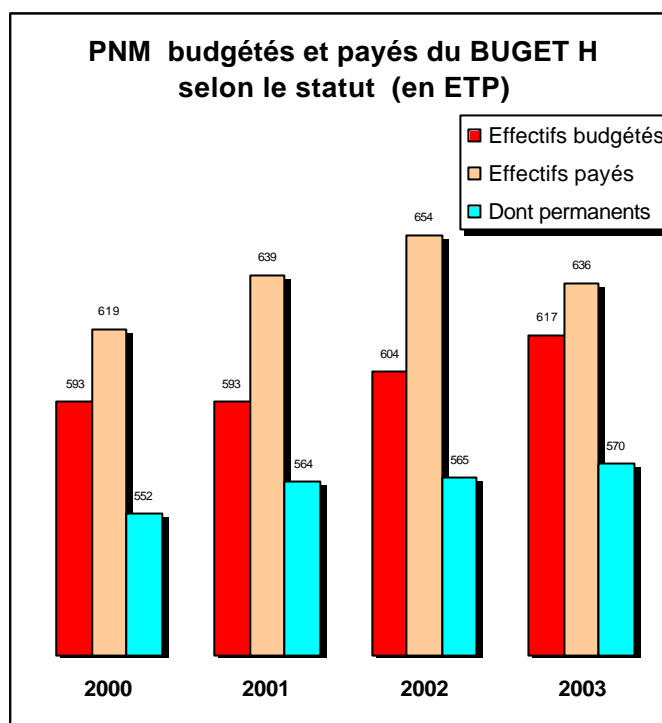
Les dépassements d'effectifs peuvent porter soit sur les effectifs titulaires et stagiaires, soit sur les effectifs contractuels, c'est à dire en fonction de leur statut juridique.

➤ L'évolution des effectifs payés selon leur statut juridique est le suivant :

Tableau n°26: Evolution du PNM payé selon le statut juridique (en ETP)

	2000	2001	Dif. 2001 2000 en %	2002	Dif. 2002 2002 en %	2003	Dif. 2003 2002 en %	Variations 2000 –2003	
								En nombre	En %
Titulaires et stagiaires	521,05	529,76	+1,67%	539,71	+1,87%	537,62	- 0,38%	+ 16,57	+3,18%
<i>% du total</i>	<i>84,20%</i>	<i>82,93%</i>		<i>82,51%</i>		<i>84,58%</i>			
Contractuels sur postes vacants	31,08	34,11	+9,74%	25,59	-24,9%	32,67	+27,6%	+ 1,59	+5,11%
<i>% total</i>	<i>5,02%</i>	<i>5,33%</i>		<i>3,91%</i>		<i>5,12%</i>			
Contractuels de remplacement	66,63	74,93	+12,4%	88,81	+18,5%	65,28	-26,4%	-1,35	- 2,02%
<i>% total</i>	<i>10,76%</i>	<i>11,72%</i>		<i>13,57%</i>		<i>10,27%</i>			
Sous- Total Contractuels	97,71	109,04	+11,6%	114,40	+4,91%	97,95	-14,3%	+ 0,24	+0,01%
TOTAL	618,76	638,80	+3,23%	654,11	+2,39%	635,57	- 2,83%	+18,81	+3,03%
Dont effectifs « permanents »	552,13	563,87	+2,12%	565,30	+0,25%	570,20	+0,86%	+ 18,07	+3,27%

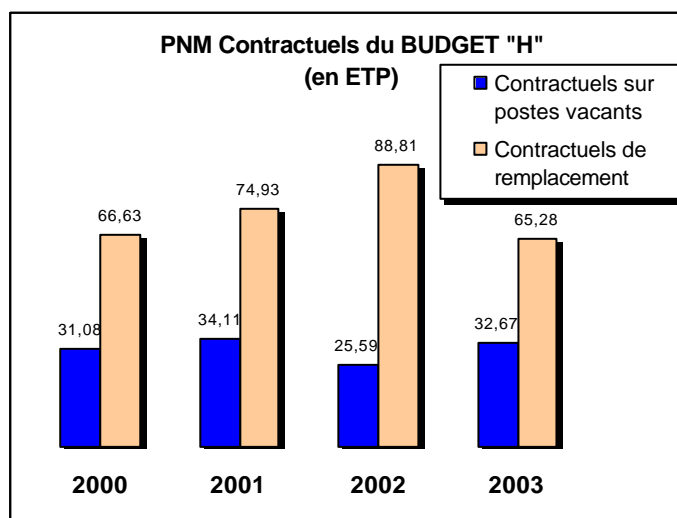
Sources : CHIC -DRH



Source CHIC - DRH

La mission constate que sur la période 2000 - 2003:

- le nombre de titulaires et stagiaires payés a peu évolué (+ 3%) et que ce nombre a toujours été inférieur aux effectifs budgétés. Il en est de même pour les effectifs « permanents » (titulaires, stagiaires et contractuels sur postes vacants) ;
- le nombre de contractuels de remplacement, a diminué sur la période. Ce résultat est dû à une baisse spectaculaire entre 2002 et 2003 de 27%, qui « efface » les augmentations très sensibles observées en 2000 et 2001.



Source CHIC - DRH

S'agissant des contractuels sur emplois vacants, leur nombre est resté apparemment stable (32 ETP soit 5% de l'effectif total). Cependant d'une année à l'autre les fluctuations peuvent être importantes (+ 26% entre 2001 et 2002, - 28% l'année suivante). L'examen des motifs pour lesquels ces agents ont été recrutés selon cette procédure en 2003 montre que pour beaucoup d'entre eux, la réglementation est respectée (au moins dans son esprit) lorsqu'il est fait référence :

- au remplacement de titulaires en congés de longue durée, de longue maladie ou en congés parentaux,
- à un statut de travailleur handicapé,
- à la nécessité de pourvoir des postes dans l'attente de l'organisation d'un concours,
- à l'impossibilité de pourvoir des postes par des agents de statut public.

Pour d'autres cas, les raisons invoquées apparaissent plus ténues :

- embauches de personnels au-delà de l'âge permettant d'envisager une titularisation, surtout lorsqu'il s'agit d'ASH (agent des services hospitaliers), c'est à dire sans une qualification qui justifierait une mesure dérogatoire,
- embauches pour pallier des absences de congés de maladie, l'incidence de la RTT ou du temps partiel. Dans la mesure où, il s'agit de situations répétitives ou permanentes, le recrutement de titulaires ou des personnes titularisables est en principe envisageable.

S'agissant des contractuels de remplacement, leur nombre en 2003 est presque identique à celui de 2000 (65 ETP soit 10,3% de l'effectif payé). Mais ce résultat a été acquis au prix d'une diminution drastique en 2003 (-26,5%). En effet, en 2001 et 2002 leur nombre s'était accru successivement de 12,5% et de 18,5%. En 2002, le nombre de contractuels de remplacement a atteint 88,81 ETP, soit 1065 ETP mensualités. Rapporté au nombre d'agents permanents (titulaire, stagiaires et contractuels sur emplois vacants) soit 565 agents, ce chiffre signifie que chacun de ceux-ci a été remplacé (théoriquement) pendant près de deux mois (7 semaines et demi)⁸⁴.

Pour expliquer cette situation, le CHIC invoque le nombre élevé de personnes travaillant à temps partiel, qui est chaque année de l'ordre de 55 ETP pour l'ensemble de l'établissement⁸⁵. Le protocole⁸⁶ de remplacement du personnel non médical que la DRH a communiqué à la mission, contient des dispositions qui, sans doute, sont généreuses, mais qui sont lourdes de conséquences financières et, dans certains cas, sont discriminatoires entre les catégories d'agents. Par exemple : pour les services administratifs et techniques il n'y a aucun remplacement pour absence quel qu'en soit le motif (médical, syndical, formation continue, préparation aux concours professionnels) et la durée. Pour les autres services, au contraire, le remplacement est systématique: pour les maladies dont la durée prévisionnelle dépasse un mois, pour les absences syndicales d'une journée ou plus, pour la préparation au concours d'entrée à l'école d'infirmiers, pour les actions de formation continue⁸⁷.

⁸⁴ Le même calcul théorique sur l'ensemble de l'établissement donne un résultat de 10 semaines.

⁸⁵ Cf. en annexe note sur le temps partiel.

⁸⁶ Il ne s'agit pas d'un protocole officiel signé avec les organisations syndicales, mais d'un texte fixant les « usages » en vigueur, lesquels ne sont récusés par aucune des parties prenantes.

⁸⁷ Cf. en annexe note sur l'absentéisme et le nombre d'heures travaillées.

La mission tient à souligner qu'il y a eu, au moins la dernière année, un effort du CHIC pour modifier la gestion des contractuels et, de ce fait, diminuer la « précarisation » des intéressés⁸⁸.

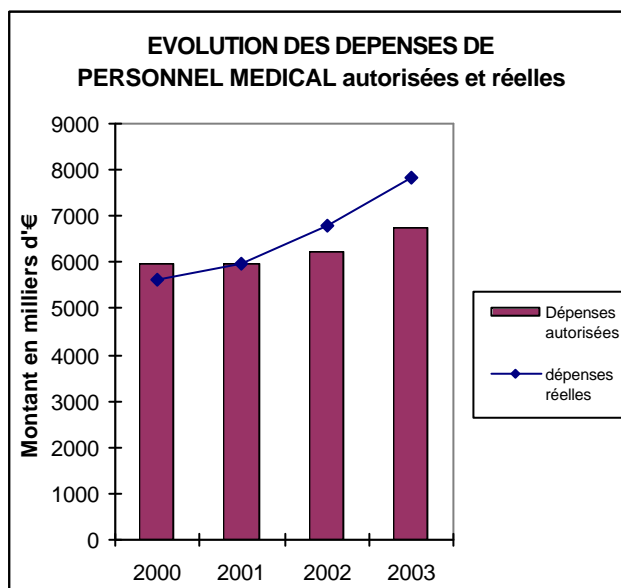
3.1.3.3 Les dépenses du personnel médical

➤ L'évolution des dépenses du personnel médical (PM)⁸⁹,

Tableau n°27 : Evolution des dépenses du personnel médical autorisées et réelles

	2000	2001	Dif. 2001-2000 en nbre en %	2002	Dif. 2002-2001 en nbre en %	2003	Dif. 2003-2002 en nbre en %	Dif. 2003-2002 en nbre en %
Dépenses autorisées	5 690 299	5 978 828	+ 288 529 +5,07%	6 222 961	+ 244 133 +4,08%	6 750 689	+ 527 728 +9,48%	+1 060 390 +18,63%
Dépenses réelles	5 615 517	5 970 936	+ 355 419 +6,32%	6 786 480	+ 815 544 + 13,65%	7 832 374	+ 1 046 894 + 15,42%	+2 216 857 +39,47%
Différence	- 74 782	- 7 892		+ 563 519		+1 081 685		
				+ 9,05%		+ 16,02%		
Cumul				+ 563 519		+1 645 204		

Sources : Document CHIC – Direction des Finances – Décembre 2003



Sources : Document CHIC – Direction des Finances – Décembre 2003

La mission constate que :

- S'agissant de l'évolution des dépenses autorisées :
 - Elles ont progressé de 18,60 % sur la période 2000-2003.

⁸⁸ Cf. en annexe note sur les délais de mise en stage.

⁸⁹ La gestion du personnel médical est « globalisée » au CHIC. La présente étude porte donc sur les trois budgets H, B et J. Mais, dans la mesure où les effectifs des budgets B et J sont très réduits ils n'influent pas de façon significative sur les résultats.

- La mission n'est pas en mesure d'apprécier la pertinence de cette évolution

- S'agissant de l'évolution des dépenses réelles :
 - Elles ont progressé de près de 40% sur la période 2000-2003.
 - Jusqu'en 2002 dépenses autorisées et dépenses réelles étaient équilibrées.
 - En 2002, on constate un dépassement des dépenses autorisées de 9%, qui passe à 16% en 2003.
 - **Le cumul des reports de charges atteint fin 2003 : 1 645 200 €**

Comme pour le personnel non médical, la mission a étudié les liens qui existaient entre évolution des effectifs payés et évolution des dépenses réelles, en partant de la même hypothèse.

➤ L'évolution des effectifs du personnel médical en ETP

Tableau n°28 : Evolution des effectifs du personnel médical en ETP

		2000	2001	2002	2003	Dif 2000 2003
PH temps plein	Autorisé	36,7	37,7	40,75	44,25	+7,55
	Réel	34	34,87	37,01	41,40	+7,40
	Dif.	-2,7	-2,83	-3,74	-2,85	
PH temps partiel	Autorisé	9	8,8	8,27	7,9	-1,1
	Réel	7,3	7	7,04	7,05	-0,25
	Dif.	-1,7	-1,8	-1,23	-0,85	
Assistants	Autorisé	9,7	10	10	10	+0,3
	Réel	7,5	9,28	9,73	5,45	-2,05
	Dif.	-2,2	-0,72	-0,27	-4,55	
PAC	Autorisé	5,3	5,7	3,5	2,25	-3,05
	Réel	5	4	2	0,71	-4,29
	Dif.	-0,3	-1,7	-1,5	-1,54	
SOUS-TOTAL	Autorisé	60,7	62,2	62,52	64,4	+3,7
	Réel	53,8	55,15	55,78	54,61	+0,81
	Dif.	-6,9	-7,05	-6,74	-9,79	
Attachés	Autorisé	4,8	5,1	5,65	5,55	+0,75
	Réel	7,2	6,72	6,49	6,55	-0,65
	Dif.	+2,4	+1,62	+0,84	+1	
Remplaçants	Autorisé	0	0	0	0	0
	Réel	4,72	3,99	5,27	4,88	+0,16
	Dif.	+4,72	+3,99	+5,27	+4,88	
TOTAL	Autorisé	65,5	67,3	68,17	69,95	+4,45
	Réel	65,72	65,86	67,54	66,04	+0,32
	Dif.	+0,22	-1,44	-0,63	-3,91	
InternesFFI	Autorisé	6,5	6,5	6,5	6,5	0
	Réel	1	1	0,25	0	-6,5
	Dif.	-5,5	-5,5	-6,25	-6,5	

Source : CHIC

La mission constate que :

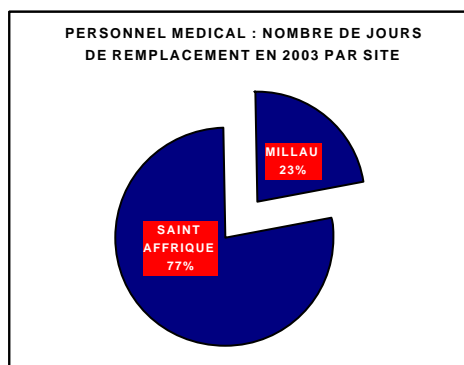
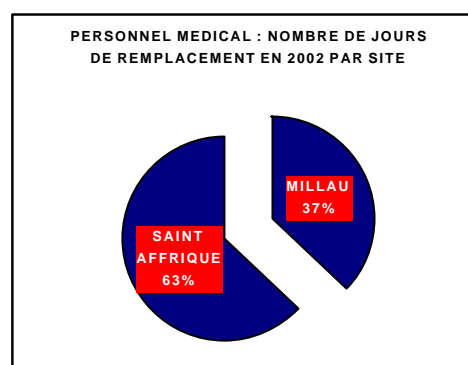
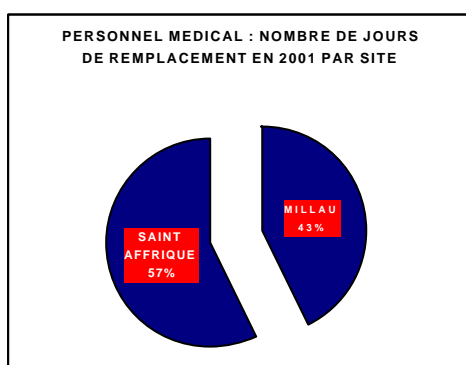
- sur la période 2000 – 2003, le nombre (en ETP) de praticiens hospitaliers (hors attachés, remplaçants et internes) a relativement peu varié, qu'il s'agisse du nombre des effectifs autorisés (+3,7) et surtout des effectifs réels (+0,8) ;
- en revanche il y a un décalage de -10 ETP entre effectifs autorisés et réels en 2003. Ce manque est compensé par les remplaçants (environ 5 ETP) ;
- les attachés représentent 6,5 ETP.
- depuis 2002 il n'y a plus d'interne affecté à l'établissement.

➤ Les remplacements du personnel médical

Tableau n°29: Evolution du nombre de jours de remplacement du PM et des coûts afférents par site

Année	Millau		Saint-Affrique		Total	
	Jours	Coûts	Jours	Coûts	Jours	Coûts
2001	414	314 331 €	553,70	385 435 €	967,70	699 766 €
2002	468	359122 €	800,25	595752 €	1268,25	954 874 €
2003	267	213 086 €	905,50	652 496 €	1172,50	865 582 €

Source : CHIC



La mission observe que :

- comme le montrent le tableau et les graphiques ci-dessus, depuis 2001, le nombre de jours de remplacement médical a considérablement augmenté et par voie de conséquence les coûts ;
- ces remplaçants interviennent soit sur des postes vacants, soit pour assurer des astreintes ;
- le nombre de jours de remplacement pour le site de Saint-Affrique est en constante progression. En 2003, il représente 77% du total. L'évolution des coûts suit évidemment la même tendance ;

- sur les trois dernières années, le cumul des dépenses de remplacement médical (2 520 222 €) aurait permis de rémunérer 8 praticiens hospitaliers temps plein ;

3.1.3.4 En conclusion sur les reports de charges concernant les dépenses de personnel

Au total la mission considère que :

- sur **4 980 000 €** de report de charges ⁹⁰ :
 - 3 330 000 € sont imputables aux dépenses de personnel non médical
 - 1 650 000 € sont imputables aux dépenses de personnel médical.

3.1.4 Les dépenses d'investissement

Les dépenses d'investissement portent à la fois sur les aspects immobiliers et mobiliers⁹¹.

3.1.4.1 Les dépenses d'investissement sur le seul budget H

Tableau n° 30 : Dépenses d'investissement du Budget H selon les sites

ANNEES	MILLAU	St. AFRIQUE	SERVICES COMMUNS	TOTAL
2000	1 406 502	487 579	133 956	2 028 037
%	69,35%	24,04%	6,61%	100%
2001	559 124	310 758	619 535	1 489 417
%	37,54%	20,86%	41,60%	100%
2002	458 706	212 393	297 069	968 168
%	47,38%	21,94%	30,68%	100%
2003	844 339	334 673	98 294	1 277 306
%	66,10%	26,20%	7,7%	100%
TOTAL	3 268 671	1 345 403	1 148 854	5 762 928
%	56,72%	23,34%	19,94%	100%

Sources : Document CHIC – Direction des Finances – Décembre 2003

La mission constate que :

- sur le budget H, qui correspond grossièrement aux activités MCO, et pour la période 2000-2003 :

⁹⁰ Le CHIC n'est pas le seul établissement qui est confronté à des « reports de charge ». Selon les informations recueillies par la mission, dans le seul département de l'Aveyron, sur 8 établissements recensés par la tutelle, 4 (les plus importants : Rodez, CHIC-SA, Villefranche de Rouergue, Decazeville) ont des reports de charges de 2001 sur 2002. Pour cette période, seraient aussi dans cette situation : 2 établissements dans l'Ariège,

3 en Haute Garonne, 1 dans le Gers, 3 dans le Lot, 4 dans les Hautes Pyrénées, 3 dans le Tarn, 2 dans le Tarn et Garonne.

⁹¹ A la différence de ce qui a été fait pour les dépenses d'exploitation, dans la mesure où les dépenses d'investissement concernent non seulement le Budget H, mais aussi les budgets annexes, la mission a intégré ceux-ci dans son étude.

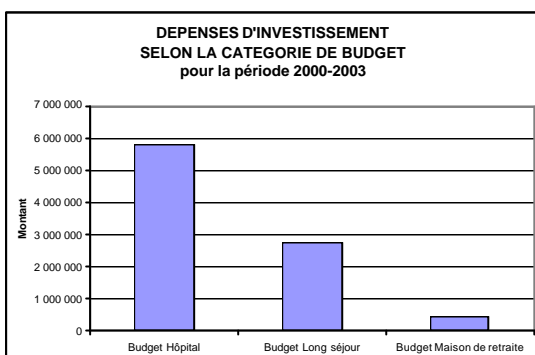
- le site de Millau a bénéficié d'environ 57% des crédits (entre 37 à 70% selon les années),
 - celui de Saint-Affrique de 23% (entre 21 et 26% selon les années)
 - et les services communs de 20% ;
- ces résultats sont, globalement, en cohérence avec la répartition de l'activité MCO entre les deux sites.

3.1.4.2 Les dépenses d'investissement sur l'ensemble des budgets

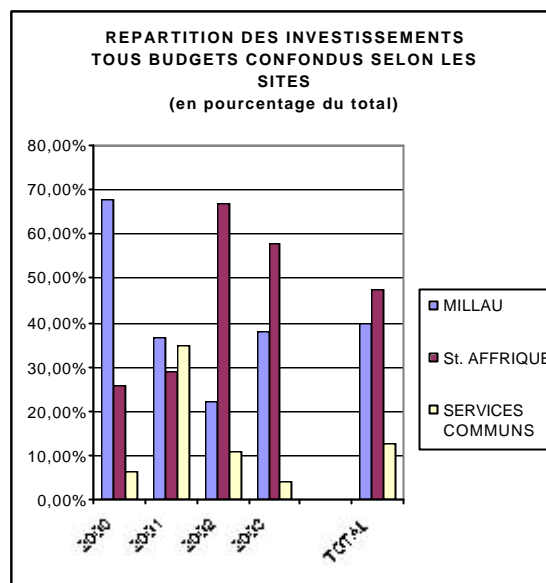
Tableau n°31 : Les dépenses d'investissement pour l'ensemble des budgets par an et par site

ANNEES	BUDGET	MILLAU	St. AFRIQUE	SERVICES COMMUNS	TOTAL
2000	H	1 406 502	487 579	133 956	2 028 037
	B	0	5 934		5 934
	J	10 902	50 121		61 023
	TOTAL	1 417 404	543 634	133 956	2 094 994
	%	67,66 %	25,95 %	6,39 %	100 %
2001	H	559 124	310 758	619 535	1 489 417
	B	2 450	184 229		186 679
	J	87 950	18 577		106 527
	TOTAL	649 524	513 565	619 535	1 782 624
	%	36,44 %	28,81%	34,75 %	100 %
2002	H	458 706	212 393	297 069	968 168
	B	25 570	7 681		33 251
	J	118 961	50 434		169 395
	TOTAL	603 238	1 828 946	297 069	2 729 252
	%	22,10 %	67,02 %	10,88 %	100 %
2003	H	844 339	334 673	98 294	1 277 306
	B	10 950	0		10 950
	J	40 387	982 197		982 197
	TOTAL	895 677	1 371 659	98 294	2 365 629
	%	37,86 %	57,98 %	4,16 %	100 %
TOTAL	H	3 268 671	1 345 403	1 148 855	5 762 929
	B	38 971	2 738 479		2 777 450
	J	258 201	173 921		432 122
	TOTAL	3 565 843	4 257 803	1 148 855	8 972 501
	%	39,74 %	47,46 %	12,80 %	100 %

Sources : Document CHIC – Direction des Finances – Décembre 2003



Sources : Document CHIC – Direction des Finances – Décembre 2003



Sources : Document CHIC – Direction des Finances – Décembre 2003

La mission observe que les dépenses d'investissement pour la période 2000-2003 :

- concernent pour 65% le budget H, 30% le budget Long séjour et 5% le budget Maison de retraite ;
- l'effort d'investissement a été plus important en volume pour Saint-Affrique (47,5% des crédits) que pour Millau (39,7% des crédits) et pour les services communs (12,8%) ;

3.2 L'approche économique : l'analyse de la productivité MCO

La productivité en MCO des établissements hospitaliers est mesurée par les « points ISA » : indicateurs synthétiques d'activité rapportés aux coûts de production.

L'évolution du nombre de points ISA permet de mesurer dans le temps la « production » d'un établissement c'est à dire la quantité d'actes produits avec une valorisation technique, chaque acte effectué représentant un nombre déterminé de points ISA.

3.2.1 Le nombre de points ISA

Pour le CHIC le nombre de points ISA a progressé de 2,88% entre 2001 et 2002, alors que dans le même temps celui de la région a baissé de 2,69% et celui des établissements comparables dits « du groupe 1 » a diminué de 3,10%.

Ces résultats confirment que l'activité du CHIC progresse.

En 2002, le nombre de points ISA correspondant aux consultations externes effectuées aux urgences représente 1,67% du nombre total des points ISA de l'établissement, et celui des autres consultations externes 9,69%. Ces résultats sont supérieurs aux moyennes régionales : respectivement 1,32% et 9,42%. Par rapport aux établissements du groupe 1, l'écart est encore plus important s'agissant des consultations externes (8,51%) que pour les urgences (2,14%).

3.2.2 La valeur du point ISA

En rapprochant le nombre de points ISA des dépenses des établissements, on établit « la valeur du point ISA » pour chacun d'eux.

Plus la valeur du point ISA est faible est plus on considère que la « productivité » augmente.

Toutefois, les comparaisons des valeurs ISA entre les établissements ne permettent pas de porter un jugement complet et définitif sur le fonctionnement d'un hôpital. En effet :

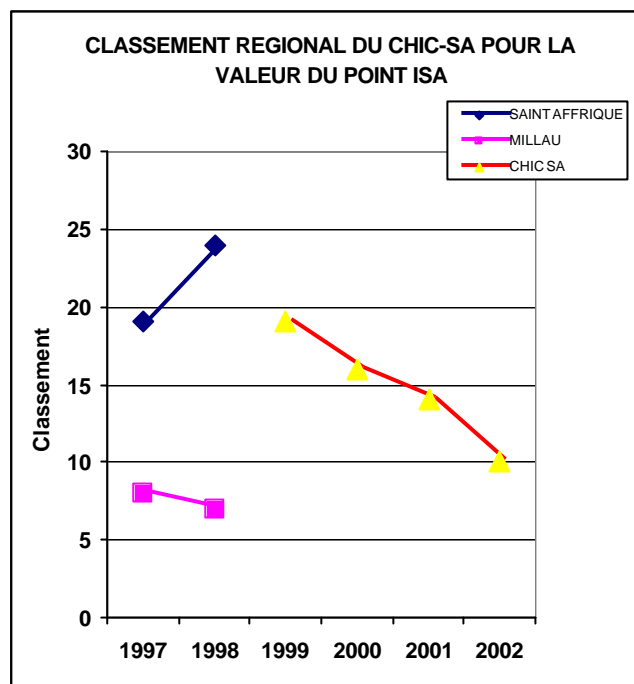
- d'une part, on ne connaît pas la valeur « optimum » d'un point ISA pour une année donnée. En d'autres termes, le fait qu'un point ISA ait une valeur basse ne signifie pas que les malades sont bien pris en charge et soignés. Les points ISA mesurent la production et non pas la qualité des soins ;
- d'autre part, les dépenses qui sont comptabilisées, sont des « dépenses brutes » qui ne tiennent pas compte des effets des reports de charges, c'est à dire des dépenses réelles. Ce problème est sensible pour le CHIC .

S'agissant du CHIC, les résultats sont les suivants pour les disciplines dites de court séjour, c'est à dire pour MCO y compris les urgences :

Tableau n° 32 : Evolution du point ISA de Millau et Saint-Affrique par rapport à la moyenne régionale

COURT SEJOUR	1997	1998	1999	2000	2001	2002
MOYENNE REGIONALE	1,84	1,92	1,97	1,94	1,98	2,14
SAINT-AFFRIQUE	1,92	2,23				
Rang sur 24 établissements	19 ^{ème}	24 ^{ème}				
MILLAU	1,72	1,78				
Rang sur 24 établissements	8 ^{ème}	7 ^{ème}				
CHIC Sud-Aveyron			2,10	2,01	2,06	2,11
Rang sur 22 établissements			19 ^{ème}	16 ^{ème}	14 ^{ème}	10 ^{ème}

Source : ARH



Source : ARH

Le tableau et les graphiques ci-dessus montrent que :

- avant la fusion (en 1997 –1998) :
 - la valeur du point ISA du CH de Saint-Affrique se détériorait, l'établissement étant placé au dernier rang de la région ;
 - à l'inverse celui du CH de Millau s'améliorait, l'établissement étant dans le « haut du tableau » passant du 8^{ème} au 7^{ème} rang, avec une valeur du point ISA supérieure à la moyenne régionale ;
- après la fusion (à partir de 2000) :
 - la situation du CHIC semble s'améliorer d'année en année, la nouvelle entité passant du 19^{ème} au 10^{ème} rang régional ;
 - mais, dans la mesure où les reports de charges (qui dans le cas particulier sont parmi les plus élevés de la région) ne sont pas pris en compte dans les calculs, ce classement ne reflète pas la réalité.

Un retraitement des données intégrant ce paramètre a été effectué par la tutelle à la demande de la mission. Il montre que **le CHIC se situe en fait au 17^{ème} rang sur 22 établissements.**

3.3 L'approche financière

L'approche financière est réalisée d'un certain nombre d'indicateurs ou ratios financiers classiques sur la base des résultats connus des années 2000 à 2002, ceux des années 1999 et 2003 n'ayant pas été communiqués à la mission.

En effet, la plupart de ces ratios sont calculés en fin d'exercice. Leur interprétation permet donc de décrire une situation, plus rarement de l'anticiper.

La mission a examiné l'évolution de quatre séries de ratios ayant trait :

- aux liquidités,
- à l'endettement,
- aux immobilisations,
- à la gestion.

3.3.1 L'analyse des liquidités

3.3.1.1 Le besoin de fonds de roulement (BFR)

Le besoin de fonds de roulement correspond à l'avance financière que doit effectuer l'établissement pour effectuer ses achats et prestations. Il peut varier d'une année sur l'autre. Il a vocation à être couvert par le fonds de roulement.

Tableau n°33

	2000	2001	2002
BESOIN DE FONDS DE ROULEMENT (EN K€)	3726	4761	3590

Source : CHIC

3.3.1.2 Le fonds de roulement net global (FNRG)

Le fonds de roulement net global doit couvrir le besoin de fonds de roulement. Le ratio du fonds de roulement net global doit être en pourcentage supérieur à 100, sinon cela signifie que la trésorerie de l'établissement est négative.

Tableau n°34

	2000	2001	2002
FNRG en K€	4872	6124	6588
FNRG en %	109,4	112,10	112,40

Source : CHIC

La situation du CHIC n'appelle pas de commentaires particuliers, la situation ayant plutôt tendance à se bonifier.

3.3.1.3 La trésorerie

Cet indicateur n'est donné qu'à titre d'information car il s'agit d'un solde un jour donné qui n'est pas représentatif du niveau moyen de la trésorerie de l'établissement. Sous ces réserves, la situation du CHIC paraît néanmoins satisfaisante.

Tableau n°35

	2000	2001	2002
Solde de trésorerie	1143	1363	2997

Source : CHIC

3.3.2 L'analyse de l'endettement

3.3.2.1 Le taux d'endettement

Le taux d'endettement permet de mesurer le degré d'indépendance financière de l'établissement, c'est à dire le poids de l'endettement dans l'ensemble des ressources stables ou capitaux permanents. Généralement on considère que ce taux ne doit pas dépasser 45%.

Tableau n°36

	2000	2001	2002
Taux d'endettement	41,40	43,10	42,60

Source : CHIC

Sans être défavorable, la situation du CHIC est donc fragile puisque sa «marge de manœuvre» paraît relativement réduite.

3.3.2.2 Remboursement des annuités

Ce taux représente la part des amortissements absorbée par le remboursement en capital de la dette. Plus cette part est élevée et moins l'établissement dispose d'autofinancement net à consacrer au renouvellement de ses immobilisations.

Tableau n°37

	2000	2001	2002
Remboursement des annuités	40,30	47,10	55,20

Source : CHIC

Comme l'indicateur précédent, ce ratio montre que le CHIC, sans être dans une situation alarmante, à des capacités d'autofinancement qui tendent à s'amenuiser.

3.3.2.3 Taux d'intérêt de la dette

Il s'agit du taux d'intérêt de la dette à long terme. Il ne doit pas dépasser 5,5%.

Tableau n°38

	2000	2001	2002
Taux d'intérêt de la dette	4,77	5,03	3,16

Source : CHIC

3.3.3 L'analyse des immobilisations

3.3.3.1 Taux de renouvellement des immobilisations en pourcentage

Ce taux traduit le rythme des investissements. Un ratio de 2% signifie qu'on renouvelle les constructions et autres actifs sur 50 ans et un ratio de 5% qu'on renouvelle en 20 ans.

Tableau n°39

	2000	2001	2002
Taux de renouvellement des immobilisations en %	4,08	3,54	5,16

Source : CHIC

Cet indicateur montre que le CHIC tend à améliorer le renouvellement de ses investissements, alors qu'il était préalablement dans une situation nettement plus défavorable. En réalité, cette modification est liée au changement dans la durée des amortissements.

3.3.3.2 Taux de vétusté des équipements

Ce ratio mesure la part moyenne des équipements déjà amortis et permet donc d'estimer, globalement, leur vétusté.

Tableau n°40

	2000	2001	2002
Taux de vétusté des équipements	74,29	74,56	77,94

Source : CHIC

Ce taux ne paraît guère favorable pour le CHIC, puisqu'il augmente régulièrement. Près de 78% des équipements seraient donc amortis, ce qui ne signifie pas qu'ils sont obsolètes (puisque les durées d'amortissement peuvent être courtes) mais en tous cas qu'ils ne sont pas récents et qu'ils ont pour la plupart plus de 5 ans d'âge.

3.3.3.3 Taux d'autofinancement en pourcentage

Tableau n°41

	2000	2001	2002
Taux d'autofinancement en %	4,95	5,46	4,95

Source : CHIC

Ce taux demeure relativement stable et faible. Il est cohérent avec les indicateurs taux d'endettement et remboursement des annuités évoqués ci-dessus.

3.3.4 Ratios de gestion

3.3.4.1 Ratio de délai de rotation des dettes fournisseurs

Ce ratio mesure le délai de paiement moyen des fournisseurs en jours. Plus il est réduit et plus la situation de l'établissement est considérée comme favorable. Il est souhaitable qu'il ne dépasse pas 90 jours.

Tableau n°42

	2000	2001	2002
Ratio des délais de rotation des dettes fournisseurs	50,60	13,90	42,50

Source : CHIC

Le CHIC maintient, en apparence, des délais de paiement acceptables (environ 1 mois et demi). Le délai de 14 jours enregistré en 2001 est très satisfaisant, à condition que ce résultat n'ait pas été acquis au détriment des créanciers autres que les fournisseurs proprement dits (paiement des taxes et contributions sociales, par exemple).

3.3.4.2 Evolution des dépenses de personnel

Tableau n°43

	2000	2001	2002
Evolution des dépenses de personnel	160,46	164,30	169,92

Source : CHIC

L'évolution de ce taux confirme le poids relatif grandissant des charges de personnel dans le budget du CHIC.

3.3.4.3 Taux de charges sur exercices antérieurs

Cet indicateur permet de mettre en évidence l'évolution du rattachement des charges au bon exercice.

Tableau n°44

	2000	2001	2002
Taux d'évolution des charges rattachées	82,69	41,00	42,91

Source : CHIC

La détérioration de cet indicateur confirme l'accroissement depuis 2001 des « reports de charges ».

3.3.5 Conclusions

Ces ratios corroborent les résultats budgétaires et économiques. En particulier ils confirment la faiblesse des capacités d'autofinancement, la nécessité de prévoir un renouvellement des équipements et les difficultés de gestion liées aux reports de charges.

QUATRIEME CHAPITRE - LES HYPOTHESES ENVISAGEABLES POUR DEMAIN

Les objectifs assignés à la mission d'inspection comportent deux volets :

- l'établissement d'un diagnostic sur le fonctionnement du centre hospitalier intercommunal ;
- l'élaboration d'une proposition permettant le maintien sur ce secteur sanitaire d'une offre de soins adaptée, de qualité et répondant aux exigences de sécurité.

Avant cette ultime étape, les membres de la mission ont souhaité définir les critères essentiels qui vont peser sur l'évolution de toute organisation sanitaire future, et les différentes hypothèses d'organisation possibles pour l'avenir sanitaire du Sud-Aveyron.

4.1 Identification des critères nécessaires à la construction des hypothèses

4.1.1 Démographie et sociologie

La population du Sud-Aveyron est structurée autour de deux villes, Millau et Saint Affrique, pôle d'attraction en matière sanitaire.

La population du secteur sanitaire Sud-Aveyronnais s'élève à 63.956 habitants répartie pour 39.849 (62,5%) sur Millau et 24.167 (37,5%) sur Saint Affrique.

Pour l'INSEE, les zones d'attraction autour des deux villes principales donnent des valeurs de population légèrement différentes mais globalement d'un ordre de grandeur identique : (71.214 habitants) :

- autour de Millau : 46.486 habitants (65%) répartis sur 52 communes (croissance : +0,2%)
- autour de Saint Affrique : 24.728 (35%) répartis sur 58 communes (croissance : - 0,4%)

Le Sud-Aveyron est une zone de moyenne montagne dont la densité est très faible :

- 23 hbts/km² dans le Millavois
- 14,4 hbts/km² dans le Saint-Affricain

La population âgée s'accroît.

4.1.2 La couverture sanitaire de la population en fonction des différentes implantations des structures sanitaires:

Outre les sites de Millau et de Saint-Affrique 3 lieux possibles ont été envisagés et alimentent le débat sur l'implantation future des structures sanitaires du Sud-Aveyron :

- sur la commune de Saint Rome de Cernon, près du lieu-dit La Prade, distant de Millau et de Saint-Affrique de 15km ; ce site n'a pas été retenu au profit de celui de Saint-Georges de Luzençon ;
- sur la commune de Saint Georges de Luzençon, près du lieu-dit Le Causse, distant de Millau de 10 km et de Saint-Affrique de 20km ;
- sur la commune de Saint Georges de Luzençon, près du lieu-dit Segonnac, distant de Millau de 5Km et de Saint-Affrique de 25km.

L'étude de la population du secteur sanitaire du Sud-Aveyron a été réalisée afin de mesurer les taux de couverture dans les aires isochrones de 30, 45 et 60 minutes, selon trois hypothèses d'implantation des sites hospitaliers.

Tableau 45 : Couverture du secteur sanitaire du Sud-Aveyron selon les isochrones et les localisations des structures sanitaires

	Site Unique Millau		Site Unique St Georges		Sites CHIC Sud-Aveyron (actuels)	
	Population couverte	%	Population couverte	%	Population couverte	%
Moins de 60 min	54 493	86,0%	58 920	93,0%	63 258	99,8%
Moins de 45 min	50 565	79,8%	51 027	80,5%	59 400	93,8%
Moins de 30 min	36 316	57,3%	38 236	60,3%	49 013	77,4%

Source : ARH Midi-Pyrénées

4.1.3 La sécurité sanitaire

Le niveau de sécurité sanitaire pour toutes les pratiques de soins est aujourd'hui une exigence de la population et un impératif pour tous les professionnels de santé. Il s'agit notamment, de la tenue du dossier médical, de l'établissement et de la mise en œuvre de protocoles écrits et partagés et du respect de l'ensemble des textes réglementaires en vigueur en fonction des activités développés. La sécurité sanitaire devra être un des critères à prendre en compte dans les propositions retenues .

4.1.4 Évolution de l'environnement

A court terme, (moins de 18 mois), deux éléments structurants vont modifier le paysage aveyronnais :

- l'ouverture du nouveau centre hospitalier de Rodez, renforçant l'attractivité sanitaire de Rodez ;
- la liaison autoroutière vers Montpellier ; la mise en service du viaduc de Millau permettant de se rendre à Montpellier en une heure, en voiture.

4.1.5 Consommation de soins

La mission propose de retenir l'activité actuelle cumulée des trois sites même s'il est raisonnable d'envisager dans certains secteurs des possibilités d'accroissement d'activité, en particulier pour les activités chirurgicales dites légères et pour la médecine. Les trois sites couvrent aujourd'hui 65 à 55 % de la demande selon la discipline.

4.1.6 Données financières

4.1.6.1 Investissement

Deux cas de figures peuvent être envisagés pour asseoir un chiffrage du coût d'investissement selon les hypothèses les plus structurantes :

- un site unique regroupant les trois structures actuelles dans un lieu extérieur à ceux préexistants. Le coût estimé de l'opération est de l'ordre de 89M€
- le regroupement sur Millau des deux structures millavoises nécessite un investissement de l'ordre de 49M€.

4.1.6.2 Fonctionnement

Le budget de fonctionnement doit intégrer l'apurement de la situation passée, qui est évaluée à 4,9M€

Toute proposition de réorganisation sanitaire doit permettre une gestion équilibrée des nouvelles structures. L'enveloppe allouée au fonctionnement du CHIC devra permettre la mise en œuvre du projet médical retenu dans le cadre d'une gestion rigoureuse des moyens affectés.

4.1.7 La démographie et la sociologie médicales

La difficulté de procéder à des recrutements de nouveaux praticiens correspondant aux besoins de l'établissement et de la population Sud-Aveyronnaise dans un contexte national où la démographie médicale reste un réel problème, doit inciter à veiller aux conditions favorisant ces arrivées.

Il s'agit d'abord des conditions d'exercice, que ce soit en matière de temps de travail (gardes et astreintes) ou d'ambiance de travail au sein de l'hôpital comme au sein des services (travail en réseau, protocoles, démarche qualité...).

Ces recrutements se heurtent aussi à la notion d'attractivité du bassin d'emploi qui dépasse les seules contraintes sanitaires.

Mais ces freins peuvent être pondérés par l'existence et la mise en œuvre d'un projet médical et d'un projet d'établissement accepté par tous.

4.1.8 L'existence d'un projet médical

Pour le secteur sanitaire du Sud-Aveyron, le projet médical est un préalable. Il doit être le point de départ nécessaire à l'élaboration d'un projet d'établissement. Il est à la base de toute décision d'évolution de l'organisation sanitaire Sud-Aveyronnaise. Il devra prendre en compte les relations et les coopérations nécessaires entre le secteur public et l'établissement privé

Quelle que soit la solution structurelle choisie, il devra s'appuyer sur les demandes de la population dans leur diversité et les besoins des professionnels concernés, quel que soit leur lieu d'exercice professionnel.

4.1.9 L'entente entre les hommes

L'expérience locale a démontré que l'entente entre les hommes ne se décrète pas.

Mais elle peut s'organiser dans la mesure où chaque site doit pouvoir exprimer ses propositions, faire valoir dans chacune des instances de l'établissement son point de vue et pouvoir les mettre en œuvre, une fois les décisions prises.

En matière de coopération et de collaboration, certaines solutions d'organisation sont plus exigeantes que d'autres.

4.2 Les jeux d'hypothèse

SUD-AVEYRON	1 seule structure juridique	2 structures juridiques	3 structures juridiques
1 site d'hospitalisation	H 1A - H1B	H 4A et H 4B	H 6A et H 6B
2 sites d'hospitalisation	H 2	H 5	H 7
3 sites d'hospitalisation	H 3	Situation 2003	Situation 1999 H 8

Douze jeux d'hypothèse peuvent être présentés en combinant statut juridique et nombre de sites d'hospitalisation. La mission présente les onze hypothèses qui diffèrent de la situation actuelle au regard des critères nécessaires à prendre en compte dans toute proposition de restructuration du dispositif sanitaire du Sud-Aveyron.

HYPOTHESE n°1
UNE STRUCTURE JURIDIQUE
UN SITE D'HOSPITALISATION

Hypothèse n°1-A :
Etablissements regroupés dans une seule entité juridique
Site de l'actuel CH de Millau

Démographie et sociologie du Sud-Aveyron	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Bassin de 71 000 habitants</i> 46 000 sur le Millavois (croissance +0,2%) 25 000 sur le Saint-Affricain (décroissance de -0,4%) • <i>Très peu dense</i> 23 habitants au km² dans le Millavois 14,4 habitants au km² dans le Saint-Affricain • <i>Population vieillissante</i>
Couverture géographique de la population par les structures hospitalières	<ul style="list-style-type: none"> • Moins de 60 minutes : 54 493 habitants => 86,0% • <u>Moins de 45 minutes : 50 565 habitants => 79,8%</u> • Moins de 30 minutes : 36 316 habitants => 57,3% • Plus d'1/5^{ème} de la population n'est pas couverte à 45 mn
La sécurité sanitaire	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Un impératif</i> • Le site unique peut la faciliter
Evolution de l'environnement	<ul style="list-style-type: none"> • Nouveau centre hospitalier à Rodez • Montpellier à une heure de Millau à court terme
Consommations de soins	<ul style="list-style-type: none"> • Trois sites couvrent aujourd'hui de 55 à 65% de la demande de soins selon la discipline • Variations potentielles mais inconnues
Données financières	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Investissement</u> : environ 49 M € • <u>Fonctionnement</u> Peu de changement en volume : des économies d'échelle théoriques mais des dépenses à prévoir pour la redéploiement des agents (ou leur intégration pour ceux du privé)
Démographie médicale	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Les conditions d'exercice deviennent prédominantes</u> (spécialisation, temps de travail, « ambiance » de l'établissement et du service) • Organisation plus simple des gardes et astreintes • <u>Une contrainte sur le recrutement</u> (attractivité du bassin de vie et du bassin d'emploi, lisibilité du projet médical) • Meilleure attractivité d'un plateau technique pour le recrutement de futurs praticiens • Dans la présente hypothèse des équipes médicales à redéfinir, plus resserrées vraisemblablement
Existence d'un projet médical	<ul style="list-style-type: none"> • N'existe pas • Est Impératif • N'a jamais été envisagé sous cette hypothèse
Entente entre les hommes	<ul style="list-style-type: none"> • Solution très exigeante en matière d'entente
Remarques	<ul style="list-style-type: none"> • L'entité juridique est à créer. • Cette hypothèse suppose la disparition de la Clinique Saint Côme en tant que telle • Le groupement de coopération sanitaire (GCS) ne correspond pas à l'hypothèse : le groupement conserve à chaque structure sa personnalité juridique.

Hypothèse n°1-B :
Etablissements regroupés dans une seule entité juridique
Site nouveau (St.Georges de Luzençon)

Démographie et sociologie du Sud-Aveyron	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Bassin de 71 000 habitants</i> 46 000 sur le Millavois (croissance +0,2%) 25 000 sur le Saint-Affricain (décroissance de -0,4%) • <i>Très peu dense</i> 23 habitants au km² dans le Millavois 14,4 habitants au km² dans le Saint-Affricain • <i>Population vieillissante</i>
Couverture géographique de la population par les structures hospitalières	<ul style="list-style-type: none"> • Moins de 60 minutes : 58 920 habitants => 93% • <u>Moins de 45 minutes : 51 027 habitants => 81%</u> • Moins de 30 minutes : 38 236 habitants => 60% • 1/5^{ème} de la population n'est pas couverte à 45 mn
La sécurité sanitaire	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Un impératif</i> • <i>Le site unique peut la faciliter</i>
Evolution de l'environnement	<ul style="list-style-type: none"> • Nouveau centre hospitalier à Rodez • Montpellier à une heure de Millau à court terme
Consommations de soins	<ul style="list-style-type: none"> • Trois sites couvrent aujourd'hui de 55 à 65% de la demande de soins selon la discipline • Variations potentielles mais inconnues • Le décentrage du plateau technique vers le Sud Ouest de Millau comporte le risque d'une augmentation des fuites sur Montpellier et Rodez
Données financières	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Investissement</u> : environ 89 M € • <u>Fonctionnement</u> Peu de changement en volume : des économies d'échelle théoriques mais des dépenses à prévoir pour le redéploiement des agents (ou leur intégration pour ceux du privé)
Démographie médicale	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Les conditions d'exercice deviennent prédominantes</u> (spécialisation, temps de travail, « ambiance » de l'établissement et du service) • Organisation plus simple des gardes et astreintes • <u>Une contrainte sur le recrutement</u> (attractivité du bassin de vie et du bassin d'emploi, lisibilité du projet médical) • Dans la présente hypothèse des équipes médicales à redéfinir, plus resserrées vraisemblablement • Attractivité d'un plateau technique neuf pour les futurs praticiens
Existence d'un projet médical	<ul style="list-style-type: none"> • N'existe pas • Est Impératif • N'a jamais été envisagé sous cette hypothèse
Entente entre les hommes	<ul style="list-style-type: none"> • Solution très exigeante en matière d'entente
Remarques	<ul style="list-style-type: none"> • L'entité juridique est à créer. • Cette hypothèse suppose la disparition de la Clinique Saint Côme en tant que telle • Le GCS ne correspond pas à l'hypothèse: le groupement conserve à chaque structure sa personnalité juridique.

HYPOTHESE n°2
UNE STRUCTURE JURIDIQUE
DEUX SITES D'HOSPITALISATION

Etablissements regroupés dans une seule entité juridique
Site de l'actuel CH de Millau
Site de l'actuel CH de Saint-Affrique

Démographie et sociologie du Sud-Aveyron	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Bassin de 71 000 habitants</i> 46 000 sur le Millavois (croissance +0,2%) 25 000 sur le Saint-Affricain (décroissance de -0,4%) • <i>Très peu dense</i> 23 habitants au km² dans le Millavois 14,4 habitants au km² dans le Saint-Affricain • <i>Population vieillissante</i>
Couverture géographique de la population par les structures hospitalières	<ul style="list-style-type: none"> • Moins de 60 minutes : 63 258 habitants => 99,8% • Moins de 45 minutes : 59 400 habitants => 93,8% • Moins de 30 minutes : 49 013 habitants => 77,4% • Une couverture de la population quasi optimale
La sécurité sanitaire	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Un impératif</i>
Evolution de l'environnement	<ul style="list-style-type: none"> • Nouveau centre hospitalier à Rodez • Montpellier à une heure de Millau à court terme
Consommations de soins	<ul style="list-style-type: none"> • Trois sites couvrent aujourd'hui de 55 à 65% de la demande de soins selon la discipline • Variations potentielles mais inconnues • 2 sites conservent a priori mieux les parts du « marché de soins » qu'un seul
Données financières	<ul style="list-style-type: none"> • Investissement : environ 49 M € • Fonctionnement <p>Peu de changement en volume : des économies d'échelle théoriques mais des dépenses à prévoir pour l'intégration des personnels privés</p>
Démographie médicale	<ul style="list-style-type: none"> • Les conditions d'exercice deviennent prédominantes (spécialisation, temps de travail, « ambiance » de l'établissement et du service) • Une contrainte sur le recrutement (attractivité du bassin de vie et du bassin d'emploi, lisibilité du projet médical) • Dans la présente hypothèse des équipes médicales à redéfinir avec une collaboration praticiens publics et privés
Existence d'un projet médical	<ul style="list-style-type: none"> • N'existe pas • Est Impératif • La collaboration public-privé a déjà été envisagée
Entente entre les hommes	<ul style="list-style-type: none"> • Solution moins exigeante en matière d'entente (sauf entre public et privé sur le site de Millau)
Remarques	<ul style="list-style-type: none"> • L'entité juridique est à créer. • Cette hypothèse suppose la disparition de la Clinique Saint Côme en tant que telle • Le GCS ne correspond pas à l'hypothèse : le groupement conserve à chaque structure sa personnalité juridique.

HYPOTHESE n°3
UNE STRUCTURE JURIDIQUE
TROIS SITES D'HOSPITALISATION

Etablissements regroupés dans une seule entité juridique
Site de l'actuel CH de Millau
Site de l'actuel CH de Saint-Affrique
Site de la Clinique Saint Côme

Démographie et sociologie du Sud-Aveyron	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Bassin de 71 000 habitants</i> 46 000 sur le Millavois (croissance +0,2%) 25 000 sur le Saint-Affricain (décroissance de -0,4%) • <i>Très peu dense</i> 23 habitants au km² dans le Millavois 14,4 habitants au km² dans le Saint-Affricain • <i>Population vieillissante</i>
Couverture géographique de la population par les structures hospitalières	<ul style="list-style-type: none"> • Moins de 60 minutes : 63 258 habitants => 99,8% • Moins de 45 minutes : 59 400 habitants => 93,8% • Moins de 30 minutes : 49 013 habitants => 77,4%
La sécurité sanitaire	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Un impératif</i>
Evolution de l'environnement	<ul style="list-style-type: none"> • Nouveau centre hospitalier à Rodez • Montpellier à une heure de Millau à court terme
Consommations de soins	<ul style="list-style-type: none"> • Trois sites couvrent aujourd'hui de 55 à 65% de la demande de soins selon la discipline • Variations potentielles mais inconnues
Données financières	<ul style="list-style-type: none"> • Investissement : sans changement pour le public • Rénovation du plateau technique de la clinique Saint-Côme • Fonctionnement : sans changement
Démographie médicale	<ul style="list-style-type: none"> • Les conditions d'exercice deviennent prédominantes (spécialisation, temps de travail, « ambiance » de l'établissement et du service) • Une contrainte sur le recrutement (attractivité du bassin de vie et du bassin d'emploi, lisibilité du projet médical) • Dans la présente hypothèse multiplication des handicaps pour le recrutement
Existence d'un projet médical	<ul style="list-style-type: none"> • N'existe pas • Est Impératif • N'a jamais été envisagé sous cette hypothèse
Entente entre les hommes	<ul style="list-style-type: none"> • Solution peu exigeante en matière d'entente
Remarques	<ul style="list-style-type: none"> • L'entité juridique est à créer. • Cette hypothèse suppose la disparition de la Clinique Saint Côme en tant que telle • Le GCS ne correspond pas à l'hypothèse : le groupement conserve à chaque structure sa personnalité juridique.

HYPOTHESE n°4
DEUX STRUCTURES JURIDIQUES
UN SITE D'HOSPITALISATION

Hypothèse n°4-A
Deux structures juridiques : une publique, une privée
Site de l'actuel CH de Millau

Démographie et sociologie du Sud-Aveyron	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Bassin de 71 000 habitants</i> 46 000 sur le Millavois (croissance +0,2%) 25 000 sur le Saint-Affricain (décroissance de -0,4%) • <i>Très peu dense</i> 23 habitants au km² dans le Millavois 14,4 habitants au km² dans le Saint-Affricain • <i>Population vieillissante</i>
Couverture géographique de la population par les structures hospitalières	<ul style="list-style-type: none"> • Moins de 60 minutes : 54 493 habitants => 86,0% • Moins de 45 minutes : 50 565 habitants => 79,8% • Moins de 30 minutes : 36 316 habitants => 57,3% • Plus de 1/5^{ème} de la population n'est pas couverte à 45 mn
La sécurité sanitaire	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Un impératif</i> • Le site unique peut la faciliter
Evolution de l'environnement	<ul style="list-style-type: none"> • Nouveau centre hospitalier à Rodez • Montpellier à une heure de Millau à court terme
Consommations de soins	<ul style="list-style-type: none"> • Trois sites couvrent aujourd'hui de 55 à 65% de la demande de soins selon la discipline • Variations potentielles mais inconnues
Données financières	<ul style="list-style-type: none"> • Investissement : environ 49 M € • Fonctionnement <p>Peu de changement en volume : des économies d'échelle théoriques mais des dépenses à prévoir pour le redéploiement des agents (ou leur intégration pour ceux du privé)</p>
Démographie médicale	<ul style="list-style-type: none"> • Les conditions d'exercice deviennent prédominantes (spécialisation, temps de travail, « ambiance » de l'établissement et du service) • Organisation plus simple des gardes • Une contrainte sur le recrutement (attractivité du bassin de vie et du bassin d'emploi, lisibilité du projet médical) • Meilleure attractivité d'un plateau technique unique pour le recrutement des futurs praticiens • Dans la présente hypothèse des équipes médicales à redéfinir, plus resserrées vraisemblablement
Existence d'un projet médical	<ul style="list-style-type: none"> • N'existe pas • Est Impératif • N'a jamais été envisagé sous cette hypothèse
Entente entre les hommes	<ul style="list-style-type: none"> • Solution très exigeante en matière d'entente
Remarques	<ul style="list-style-type: none"> • La Clinique Saint Côme disparaît en tant que site d'activité MCO • Cette hypothèse suppose une collaboration avec les propriétaires de la Clinique Saint Côme • Le GCS peut correspondre à l'hypothèse : le groupement conserve à chaque structure sa personnalité juridique.

Hypothèse n°4-B Deux structures juridiques : une publique, une privée Site nouveau (St.Georges de Luzençon)
--

Démographie et sociologie du Sud-Aveyron	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Bassin de 71 000 habitants</i> 46 000 sur le Millavois (croissance +0,2%) 25 000 sur le Saint-Affricain (décroissance de -0,4%) • <i>Très peu dense</i> 23 habitants au km² dans le Millavois 14,4 habitants au km² dans le Saint-Affricain • <i>Population vieillissante</i>
Couverture géographique de la population par les structures hospitalières	<ul style="list-style-type: none"> • Moins de 60 minutes : 58 920 habitants => 93% • <u>Moins de 45 minutes : 51 027 habitants => 81%</u> • Moins de 30 minutes : 38 236 habitants => 60% • 1/5^{ème} de la population n'est pas couverte à 45 mn
La sécurité sanitaire	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Un impératif</i> • Le site unique peut la faciliter
Evolution de l'environnement	<ul style="list-style-type: none"> • Nouveau centre hospitalier à Rodez • Montpellier à une heure de Millau à court terme
Consommations de soins	<ul style="list-style-type: none"> • Trois sites couvrent aujourd'hui de 55 à 65% de la demande de soins selon la discipline • Variations potentielles mais inconnues • Le décentrage du plateau technique vers le Sud Ouest de Millau comporte le risque d'une augmentation des fuites sur Montpellier ou Rodez
Données financières	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Investissement</u> : environ 89 M € • <u>Fonctionnement</u> <p>Peu de changement en volume : des économies d'échelle théoriques mais des dépenses à prévoir pour la réaffectation des agents (ou leur intégration pour ceux du privé)</p>
Démographie médicale	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Les conditions d'exercice deviennent prédominantes</u> (spécialisation, temps de travail, « ambiance » de l'établissement et du service) • Organisation plus simple des gardes et astreintes • <u>Une contrainte sur le recrutement</u> (attractivité du bassin de vie et du bassin d'emploi, lisibilité du projet médical) • Dans la présente hypothèse des équipes médicales à redéfinir, plus resserrées vraisemblablement • Attractivité d'un plateau technique neuf pour les futurs praticiens
Existence d'un projet médical	<ul style="list-style-type: none"> • N'existe pas • Est Impératif • La collaboration publique –privé a déjà été envisagée
Entente entre les hommes	<ul style="list-style-type: none"> • Solution très exigeante en matière d'entente
Remarques	<ul style="list-style-type: none"> • La Clinique Saint Côme disparaît en tant que site d'activité MCO • Cette hypothèse suppose une collaboration avec les propriétaires de la Clinique Saint Côme • Le GCS peut correspondre à l'hypothèse : le groupement conserve à chaque structure sa personnalité juridique.

HYPOTHESE n°5
DEUX STRUCTURES JURIDIQUES
DEUX SITES D'HOSPITALISATION

Deux structures juridiques : une publique, une privée
Site de l'actuel CH de Millau
Site de l'actuel CH de Saint-Affrique

Démographie et sociologie du Sud-Aveyron	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Bassin de 71 000 habitants</i> 46 000 sur le Millavois (croissance +0,2%) 25 000 sur le Saint-Affricain (décroissance de -0,4%) • <i>Très peu dense</i> 23 habitants au km² dans le Millavois 14,4 habitants au km² dans le Saint-Affricain • <i>Population vieillissante</i>
Couverture géographique de la population par les structures hospitalières	<ul style="list-style-type: none"> • Moins de 60 minutes : 63 258 habitants => 99,8% • Moins de 45 minutes : 59 400 habitants => 93,8% • Moins de 30 minutes : 49 013 habitants => 77,4% • Une couverture de la population quasi optimale
La sécurité sanitaire	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Un impératif</i>
Evolution de l'environnement	<ul style="list-style-type: none"> • Nouveau centre hospitalier à Rodez • Montpellier à une heure de Millau à court terme
Consommations de soins	<ul style="list-style-type: none"> • Trois sites couvrent aujourd'hui de 55 à 65% de la demande de soins selon la discipline • Variations potentielles mais inconnues • 2 sites conservent a priori mieux les parts du « marché de soins » qu'un seul
Données financières	<ul style="list-style-type: none"> • Investissement : environ 49 M € • Fonctionnement <p>Peu de changement en volume : des économies d'échelle théoriques mais des dépenses à prévoir pour la réaffectation des agents (ou leur intégration pour ceux du privé)</p>
Démographie médicale	<ul style="list-style-type: none"> • Les conditions d'exercice deviennent prédominantes (spécialisation, temps de travail, « ambiance » de l'établissement et du service) • Une contrainte sur le recrutement (attractivité du bassin de vie et du bassin d'emploi, lisibilité du projet médical) • Dans la présente hypothèse des équipes médicales à redéfinir, plus resserrées vraisemblablement
Existence d'un projet médical	<ul style="list-style-type: none"> • N'existe pas • Est Impératif • La collaboration publique -privé a déjà été envisagée
Entente entre les hommes	<ul style="list-style-type: none"> • Solution moins exigeante en matière d'entente (sauf entre public et privé sur le site de Millau)
Remarques	<ul style="list-style-type: none"> • La Clinique Saint Côte disparaît en tant que site d'activité MCO • Cette hypothèse suppose une collaboration avec les propriétaires de la Clinique Saint Côte • Le GCS peut correspondre à l'hypothèse : le groupement conserve à chaque structure sa personnalité juridique.

HYPOTHESE n°6
TROIS STRUCTURES JURIDIQUES
UN SITE D'HOSPITALISATION

Hypothèse n°6-A
Trois structures juridiques : deux publiques, une privée
Site de l'actuel CH de Millau

Démographie et sociologie du Sud-Aveyron	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Bassin de 71 000 habitants</i> 46 000 sur le Millavois (croissance +0,2%) 25 000 sur le Saint-Affricain (décroissance de -0,4%) • <i>Très peu dense</i> 23 habitants au km² dans le Millavois 14,4 habitants au km² dans le Saint-Affricain • <i>Population vieillissante</i>
Couverture géographique de la population par les structures hospitalières	<ul style="list-style-type: none"> • Moins de 60 minutes : 54 493 habitants => 86,0% • Moins de 45 minutes : 50 565 habitants => 79,8% • Moins de 30 minutes : 36 316 habitants => 57,3% • Plus d'1/5^{ème} de la population non couverte à 45 mn
La sécurité sanitaire	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Un impératif</i> • Le site unique peut la faciliter
Evolution de l'environnement	<ul style="list-style-type: none"> • Nouveau centre hospitalier à Rodez • Montpellier à une heure de Millau à court terme
Consommations de soins	<ul style="list-style-type: none"> • Trois sites couvrent aujourd'hui de 55 à 65% de la demande de soins selon la discipline • Variations potentielles mais inconnues
Données financières	<ul style="list-style-type: none"> • Investissement : environ 49 M € • Fonctionnement <p>Peu de changement en volume : des économies d'échelle théoriques mais des dépenses à prévoir pour la réaffectation des agents (ou leur intégration pour ceux du privé)</p>
Démographie médicale	<ul style="list-style-type: none"> • Les conditions d'exercice deviennent prédominantes (spécialisation, temps de travail, « ambiance » de l'établissement et du service) • Une contrainte sur le recrutement (attractivité du bassin de vie et du bassin d'emploi, lisibilité du projet médical) • Dans la présente hypothèse des équipes médicales à redéfinir, plus resserrées vraisemblablement
Existence d'un projet médical	<ul style="list-style-type: none"> • N'existe pas • Est Impératif • La collaboration publique -privé a déjà été envisagée
Entente entre les hommes	<ul style="list-style-type: none"> • Solution très exigeante en matière d'entente
Remarques	<ul style="list-style-type: none"> • Aucun changement juridique pour le privé • Pour le public : arrêt de la fusion. Chaque CH retrouve sa personnalité juridique • Mais une collaboration particulièrement complexe à trouver pour faire cohabiter les trois entités juridiques sur un même site • Le GCS peut correspondre à l'hypothèse : le groupement conserve à chaque structure sa personnalité juridique.

Hypothèse n°6-B
Trois structures juridiques : deux publiques, une privée
Site nouveau (St.Georges de Luzençon)

Démographie et sociologie du Sud-Aveyron	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Bassin de 71 000 habitants</i> 46 000 sur le Millavois (croissance +0,2%) 25 000 sur le Saint-Affricain (décroissance de -0,4%) • <i>Très peu dense</i> 23 habitants au km² dans le Millavois 14,4 habitants au km² dans le Saint-Affricain • <i>Population vieillissante</i>
Couverture géographique de la population par les structures hospitalières	<ul style="list-style-type: none"> • Moins de 60 minutes : 58 920 habitants => 93% • <u>Moins de 45 minutes : 51 027 habitants => 81%</u> • Moins de 30 minutes : 38 236 habitants => 60% • 1/5^{ème} de la population non couverte à 45mn
La sécurité sanitaire	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Un impératif</i> • <i>Le site unique peut la faciliter</i>
Evolution de l'environnement	<ul style="list-style-type: none"> • Nouveau centre hospitalier à Rodez • Montpellier à une heure de Millau à court terme
Consommations de soins	<ul style="list-style-type: none"> • Trois sites couvrent aujourd'hui de 55 à 65% de la demande de soins selon la discipline • Variations potentielles mais inconnues • Le décentrage du plateau technique vers le Sud Ouest de Millau comporte le risque d'une augmentation des fuites sur Montpellier et Rodez
Données financières	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Investissement</u> : environ 89 M € • <u>Fonctionnement</u> Peu de changement en volume : des économies d'échelle théoriques mais des dépenses à prévoir pour la réaffectation des agents (ou leur intégration pour ceux du privé)
Démographie médicale	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Les conditions d'exercice deviennent prédominantes</u> (spécialisation, temps de travail, « ambiance » de l'établissement et du service) • <u>Une contrainte sur le recrutement</u> (attractivité du bassin de vie et du bassin d'emploi, lisibilité du projet médical) • Dans la présente hypothèse des équipes médicales à redéfinir, plus resserrées vraisemblablement
Existence d'un projet médical	<ul style="list-style-type: none"> • N'existe pas • Est Impératif • <u>La collaboration publique –privé a déjà été envisagée</u>
Entente entre les hommes	<ul style="list-style-type: none"> • Solution très exigeante en matière d'entente
Remarques	<ul style="list-style-type: none"> • Aucun changement juridique pour le privé • Pour le public : arrêt de la fusion. Chaque CH retrouve sa personnalité juridique • Mais une collaboration particulièrement complexe à trouver pour faire cohabiter les trois entités juridiques sur un même site • Le GCS peut correspondre à l'hypothèse : le groupement conserve à chaque structure sa personnalité juridique.

HYPOTHESE n°7
TROIS STRUCTURES JURIDIQUES
DEUX SITES D'HOSPITALISATION

Structures juridiques : deux publiques, une privée
Site de l'actuel CH de Millau
Site de l'actuel CH de Saint-Affrique

Démographie et sociologie du Sud-Aveyron	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Bassin de 71 000 habitants</i> 46 000 sur le Millavois (croissance +0,2%) 25 000 sur le Saint-Affricain (décroissance de -0,4%) • <i>Très peu dense</i> 23 habitants au km² dans le Millavois 14,4 habitants au km² dans le Saint-Affricain • <i>Population vieillissante</i>
Couverture géographique de la population par les structures hospitalières	<ul style="list-style-type: none"> • Moins de 60 minutes : 63 258 habitants => 99,8% • <u>Moins de 45 minutes : 59 400 habitants => 93,8%</u> • Moins de 30 minutes : 49 013 habitants => 77,4%
La sécurité sanitaire	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Un impératif</i>
Evolution de l'environnement	<ul style="list-style-type: none"> • Nouveau centre hospitalier à Rodez • Montpellier à une heure de Millau à court terme
Consommations de soins	<ul style="list-style-type: none"> • Trois sites couvrent aujourd'hui de 55 à 65% de la demande de soins selon la discipline • Variations potentielles mais inconnues
Données financières	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Investissement</u> : environ 49 M € • <u>Fonctionnement</u> <p>Peu de changement en volume : des économies d'échelle théoriques mais des dépenses à prévoir pour la réaffectation des agents (ou leur intégration pour ceux du privé)</p>
Démographie médicale	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Les conditions d'exercice deviennent prédominantes</u> (spécialisation, temps de travail, « ambiance » de l'établissement et du service) • <u>Une contrainte sur le recrutement</u> (attractivité du bassin de vie et du bassin d'emploi, lisibilité du projet médical) • Dans la présente hypothèse des équipes médicales à redéfinir, plus resserrées vraisemblablement
Existence d'un projet médical	<ul style="list-style-type: none"> • N'existe pas • Est Impératif • La collaboration publique –privé a déjà été envisagée
Entente entre les hommes	<ul style="list-style-type: none"> • Solution moins exigeante en matière d'entente (sauf entre public et privé sur le site de Millau)
Remarques	<ul style="list-style-type: none"> • Aucun changement juridique pour le privé • Pour le public : arrêt de la fusion. Chaque CH retrouve sa personnalité juridique <p>Le GCS peut correspondre à l'hypothèse : le groupement conserve à chaque structure sa personnalité juridique.</p>

HYPOTHESE n°8
TROIS STRUCTURES JURIDIQUES
TROIS SITES D'HOSPITALISATION

Situation avant la fusion

Démographie et sociologie du Sud-Aveyron	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Bassin de 71 000 habitants</i> 46 000 sur le Millavois (croissance +0,2%) 25 000 sur le Saint-Affricain (décroissance de -0,4%) • <i>Très peu dense</i> 23 habitants au km² dans le Millavois 14,4 habitants au km² dans le Saint-Affricain • <i>Population vieillissante</i>
Couverture géographique de la population par les structures hospitalières	<ul style="list-style-type: none"> • Moins de 60 minutes : 63 258 habitants => 99,8% • <u>Moins de 45 minutes : 59 400 habitants => 93,8%</u> • Moins de 30 minutes : 49 013 habitants => 77,4%
La sécurité sanitaire	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Un impératif</i>
Evolution de l'environnement	<ul style="list-style-type: none"> • Nouveau centre hospitalier à Rodez • Montpellier à une heure de Millau à court terme
Consommations de soins	<ul style="list-style-type: none"> • Trois sites couvrent aujourd'hui de 55 à 65% de la demande de soins selon la discipline • Variations potentielles mais inconnues
Données financières	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Investissement</u> : néant • <u>Fonctionnement</u> : Coût du redéploiement des équipes actuellement fusionnées
Démographie médicale	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Les conditions d'exercice deviennent prédominantes</u> (spécialisation, temps de travail, « ambiance » de l'établissement et du service) • <u>Une contrainte sur le recrutement</u> (attractivité du bassin de vie et du bassin d'emploi, lisibilité du projet médical) • Dans la présente hypothèse multiplication des handicaps pour les recrutements
Existence d'un projet médical	<ul style="list-style-type: none"> • N'existe pas • Est Impératif • Paraît plus aisée à définir sous cette hypothèse
Entente entre les hommes	<ul style="list-style-type: none"> • Solution peu exigeante en matière d'entente
Remarques	<ul style="list-style-type: none"> • Aucun changement juridique pour le privé • Pour le public : arrêt de la fusion. Chaque CH retrouve sa personnalité juridique

CINQUIEME CHAPITRE : LES PROPOSITIONS DE LA MISSION

La mission entend proposer ici les grandes lignes d'une offre de soins adaptée, équilibrée et viable pour le Sud-Aveyron et répondant aux exigences de sécurité sanitaire.

Cette proposition s'appuie sur les éléments du constat établis ci-dessus. Elle prend en compte les différentes propositions de restructuration proposées ces dernières années et les débats déjà portés par le CHIC autour des projets médicaux de 2001, 2002 et 2003

Les propositions de la mission s'articulent en trois points : la réalité de la demande de soins, l'offre de soins nécessaire pour la population du Sud-Aveyron et l'organisation souhaitable du dispositif sanitaire .

5.1 La réalité de la demande de soins

5.1.1 Trois établissements de santé desservent une population d'environ 71 000 habitants

La population du Sud-Aveyron recouvre une zone de 71 000 habitants. Cette population vieillissante habite une zone de moyenne montagne très peu dense.

Trois structures de santé sont implantées sur les deux principales villes du Sud-Aveyron : Millau (2) et Saint-Affrique (1). La capacité d'accueil autorisée actuelle est résumée dans le tableau ci-dessous.

Tableau n°46 : Capacité d'accueil hospitalière dans le Sud Aveyron début 2004

Services/ lits et places installés	<i>Saint-Affrique</i>	<i>Millau</i>	CHIC	Saint Côme	Total Sud Aveyron
Urgences		2	2		2
Réanimation	5	5	10		10
Maternité	6	20	26		26
Médecine	35	55	90		90
Chirurgie	35	45	80	60	140
Total MCO	<i>81</i>	<i>127</i>	208	60	268
Psychiatrie		39	39		39
Soins de suite et de réadaptation	30	20	50		50
Long Séjour	45		45		45
Maison de retraite	80	173	253		253
TOTAL	<i>317</i>	<i>486</i>	803	120	923

Source : CHIC, ARH

Les deux établissements publics réalisent une activité de court séjour en médecine (90 lits et places), chirurgie (80 lits et places) et obstétrique (26 lits et places). L'établissement privé déploie une activité principalement chirurgicale (60 lits et places).

La mission note l'absence de lits de rééducation fonctionnelle et la faiblesse des alternatives à l'hospitalisation (chirurgie ambulatoire et, surtout, hospitalisation à domicile).

5.1.2 Il existe un ou deux bassins de recours selon les disciplines

La population recourt de façon différenciée aux soins hospitaliers aigus. Les taux de recours aux établissements de santé en 2001 étaient plutôt bons en chirurgie et gynécologie obstétrique (deux patients hospitalisés sur trois), et plus faibles en médecine (un peu plus d'un patient hospitalisé sur deux).

Il existe clairement deux bassins de recours en médecine et en gynécologie obstétrique (un sur Millau et un sur Saint-Affrique).

Pour la chirurgie, il n'y a qu'un seul bassin, centré sur Millau. Pour cette discipline (chirurgie gynécologique comprise), depuis 1997, environ 35% des Sud-Aveyronnais se font hospitaliser dans des structures chirurgicales hors de ce bassin. En 2002, sur 10 patients Sud-Aveyronnais relevant de la chirurgie viscérale ou orthopédique : 6 se sont fait opérer à Millau, 1 à Saint-Affrique et 3 hors du Sud-Aveyron,⁹².

Cette situation qui pré-existait avant la fusion, s'est maintenue depuis.

⁹² Pour un taux d'attraction estimé à 65% pour les séjours chirurgicaux (hors chirurgie gynécologique – Cf. supra tableau n°3), l'activité chirurgicale réalisée dans le Sud-Aveyron s'élève à 318 177 K dont 55 155 à Saint-Affrique.

5.2 L'offre de soins souhaitable

5.2.1 *Pour une population vieillissante, vivant en habitat dispersé, dans cette zone semi-montagneuse, il est souhaitable de maintenir une offre de proximité sur les deux bassins de vie*

Les études sur les aires isochrones plaident pour le maintien d'une offre de soins hospitalière répartie sur les deux bassins de recours existant aujourd'hui : 94 % de la population habite à moins de 45 minutes de Millau et Saint-Affrique et 100% à moins de 60 minutes. Ces proportions sont ramenées, avec un site unique, à 80% de la population à 45 minutes et 93% ou 86% à 60 minutes, selon la localisation du site unique⁹³.

Par ailleurs, le déplacement du site d'hospitalisation vers l'ouest de Millau génère, pour près des 2/3 des usagers Sud-Aveyronnais, de nouvelles contraintes d'accès. Il comporte donc le risque d'une augmentation des fuites, principalement vers Montpellier.

5.2.2 *Il est nécessaire de disposer de deux unités d'accueil urgences et de SMUR*

La question de la proximité est particulièrement sensible dans le domaine des urgences.

Il est indispensable de maintenir opérationnels deux sites hospitaliers, un sur Millau et un sur Saint-Affrique. Ce service doit comprendre à la fois une unité d'accueil hospitalière et une unité mobile SMUR sur chaque site. Ce point est particulièrement crucial pour le Saint-Affricain, car toute fragilisation de l'offre hospitalière en matière d'urgences retentira sur la permanence des soins en secteur libéral et les perspectives de maintenir des conditions de travail satisfaisantes pour ces praticiens.

La mission souligne que le bon fonctionnement d'une unité d'accueil et d'orientation (UPATOU) et d'un SMUR ne signifie pas que toutes les urgences accueillies soient traitées sur le site de Saint-Affrique. Il n'est notamment pas nécessaire de prendre en charge les urgences chirurgicales relevant d'une intervention immédiate si un certain nombre de conditions techniques de mise en œuvre sont respectées :

- des équipes médicales et paramédicales formées et pérennes,
- des possibilités de transports médicalisés renforcées,
- des investigations radiologiques de haut niveau : scanner sur place, couplé à un réseau de télé-médecine.

Les deux activités d'urgences, accueil fixe et secours mobiles, doivent être disponibles 24 heures sur 24 pour chaque zone. Ceci emporte des conséquences importantes sur la mobilisation de personnels en nombre suffisant pour pouvoir assumer les gardes. Le renforcement des équipes sur Saint-Affrique, notamment en praticien

⁹³ Cf. supra § 412, tableau 45.

hospitalier, est indispensable. En outre, des lits d'hospitalisation de courte durée doivent être affectés aux urgences.

Le fonctionnement correct d'un service d'urgence ayant des flux inférieurs à 10 000 primo consultants par an, implique de se rapprocher de services plus étoffés afin de mutualiser moyens humains et organisationnels.

Le choix d'un service unique réalisé lors de la fusion est cohérent.

Mais, l'organisation du service doit être confiée à un médecin dédié à temps plein à l'urgence. Une responsabilité doit être également déléguée pour le suivi des unités fixes et mobiles de Saint-Affrique à un praticien urgentiste⁹⁴. Ces praticiens responsables devront s'attacher en priorité à la mise en place de protocoles communs de fonctionnement ainsi qu'à encadrer et appuyer l'ensemble du personnel médical et paramédical.

Le renforcement des services d'urgences hospitaliers, fixes et mobiles, est une condition nécessaire mais non suffisante à la satisfaction de la demande de la population. Dans le Sud Aveyron, comme ailleurs en France, le renforcement de la permanence des soins en secteur libéral et une coordination avec les équipes hospitalières doivent être poursuivis.

5.2.3 Le vieillissement de la population nécessite le développement de services de médecine attractifs sur les deux bassins de vie

L'attractivité des services de médecine du CHIC n'est pas satisfaisante, s'agissant de structures de proximité. Dans un contexte de concurrence accrue des établissements de santé voisins et notamment du CHU de Montpellier et du CH de Rodez, le CHIC doit se donner des objectifs comparables à ceux réalisés en chirurgie (65% des patients hospitalisés).

Le CHIC doit offrir aujourd'hui à la population du Sud-Aveyron des services de médecine polyvalente de qualité. Le développement d'une offre d'hospitalisation et de consultation sur Millau et Saint-Affrique est indispensable.

Pouvoir offrir des prestations médicales de spécialité sur les deux sites constitue un réel bénéfice pour les usagers, en limitant leurs déplacements. Ceci est notamment vrai pour la cardiologie, la pneumologie et la gastro-entérologie. Les endoscopies digestives doivent pouvoir être offertes sur les deux bassins.

Sur Millau, le redressement de l'activité en cardiologie est indispensable, via le recrutement immédiat d'un praticien dans cette discipline. Par ailleurs, la réorganisation des services de médecine s'impose, autour d'un projet médical partagé et porté par l'ensemble des praticiens.

⁹⁴ Comme responsable d'unité fonctionnelle par exemple.

Sur Saint-Affrique, l'activité importante de médecine nécessite une augmentation du nombre de lits et places, de ce service polyvalent. Ceci implique le renforcement des équipes médicales et paramédicales.

5.2.4 La chirurgie générale doit être centrée sur un seul bassin dans le Sud-Aveyron avec une activité ambulatoire sur l'autre

Les dernières études réalisées convergent pour estimer que la taille critique minimale d'un bassin de population, nécessaire pour organiser un service de chirurgie générale, est compris entre 70 000 et 100 000 habitants⁹⁵. Ce service comprend : un service de chirurgie viscérale et un service de chirurgie orthopédique et traumatologique, chacun avec des équipes spécialisées dans l'une ou l'autre disciplines⁹⁶.

Un tel seuil doit permettre à chaque chirurgien de réaliser une activité minimale au regard du maintien des compétences estimée à 40 000 KC/ an par praticien dans le public⁹⁷. L'activité observée dans le privé varie en moyenne entre 80 000 et 120 000K C/an par chirurgien, selon la spécialité.

Pour ce qui concerne l'activité chirurgicale Sud-Aveyronnaise, on constate qu'elle se répartit de la manière suivante en 2002 :

Tableau n°47

Nombre de K en 2002	Clinique Saint-Côme	CHIC	TOTAL
Orthopédie	52 962	114 819	167 781
Viscéral	63 897	82 173	146 070
Activité indifférenciée des remplaçants		4 326	4 326
TOTAL	116 859	201 318	318 177

Sources : CHIC et Clinique Saint Côme

Sur ces bases, le nombre théorique de chirurgiens, nécessaires pour couvrir les activités orthopédiques et viscérales dans le Sud-Aveyron, serait donc de l'ordre de 7,5 praticiens. Actuellement, il existe 6,5 postes dans le secteur public et 3 dans le secteur privé, soit 9,5 au total. L'absence de collaboration entre les deux secteurs explique en partie cette différence. On note par ailleurs que le volume d'activité des praticiens publics se situe, pour certains d'entre eux, en dessous des minima admis.

Indépendamment du volume d'activité, se pose le problème de la garde. Il est difficile de concevoir une « garde en astreinte attractive » et une équipe stable à moins de trois praticiens distincts (publics et/ou privés) aujourd'hui. Il n'est pas donc pas réaliste de vouloir organiser quatre activités programmées (deux en viscéral et deux en orthopédie) et donc quatre listes de garde distinctes sur Millau et Saint-Affrique, qui mobiliseraient au total 12 chirurgiens. Ceci ne paraît ni réaliste au regard des pratiques minimales, ni réalisable au regard de la démographie médicale.

⁹⁵ Etudes prospectives sur l'organisation de la chirurgie : CNEH/ARH Poitou-Charentes, Pays de Loire, Bretagne – 2003

⁹⁶ Il n'existe plus aujourd'hui de chirurgien « généraliste », susceptible d'intervenir indifféremment dans l'une ou l'autre discipline.

⁹⁷ « Synthèse des travaux du groupe sur l'implantation et l'organisation des plateaux technique » (DHOS – mars 2003).

Il est par contre souhaitable d'offrir une activité de chirurgie ambulatoire sur l'un et l'autre bassin à partir des mêmes équipes. Sur Saint-Affrique, ceci est possible du fait de l'existence d'un bloc opératoire, nécessaire pour les activités d'obstétrique et de médecine, notamment pour les fibroscopies. Le développement de la chirurgie ambulatoire, qui correspond aujourd'hui à une réalité de la demande de soins de la population Sud-Aveyronnaise, répond à la nécessaire proximité des soins, pour des activités qui peuvent être réalisées en maintenant un haut niveau de sécurité sanitaire. De même est-il nécessaire de prévoir sur le site de Saint Affrique, des consultations de chirurgie, tant en orthopédie ou en viscéral, qu'en chirurgie spécialisée.

Au regard :

- des comportements de la population,
- des contraintes d'activité et de pratiques sur ce bassin de taille réduite,
- des exigences de la garde et de la continuité des soins,

le Sud-Aveyron doit disposer au total de six à huit praticiens publics et privés pour couvrir les besoins en chirurgie viscérale et orthopédique. Ces chirurgiens auraient une activité centrée sur Millau, et des activités de chirurgie ambulatoire et de consultation sur les deux sites.

Par ailleurs, le développement de la chirurgie de spécialité sur le Sud Aveyron, s'impose notamment en urologie, en ORL et en ophtalmologie.

Dans le contexte de concurrence accrue des établissements de santé voisins et notamment du CHU de Montpellier, l'objectif complémentaire du CHIC et de la clinique Saint Côme doit être de maintenir les taux d'utilisation actuels (65% des patients hospitalisés, hors chirurgie gynécologique) voire accroître la part des séjours relatifs à des prises en charge légères (75% en 2001).

5.2.5 Le maintien des deux maternités doit s'appuyer sur une organisation en réseau

L'observation du recours des parturientes aux structures d'accouchement du Sud-Aveyron permet d'individualiser deux bassins (même si ceux-ci sont de taille réduite). Il est indispensable de maintenir l'activité de consultation prénatale et de suivi du post-partum sur ces deux bassins. L'offre de service pourrait être enrichie utilement avec le développement d'un volet obstétrical « hospitalisation à domicile » (HAD). Cf. *infra*.

L'ARH a décidé en 1999 de maintenir sur ces deux bassins une activité d'accouchement à la condition de mettre en place les collaborations prévues dans son autorisation initiale:

- collaboration inter sites permettant une mutualisation des moyens en personnel de nature à assurer la sécurité et la continuité des soins ;
- participation effective au réseau de télé médecine.

La mission reprend à son compte ces conditions qui, aux dires des médecins experts qu'elle a diligentés, peuvent être satisfaites comme suit.

L'activité d'accouchement peut-être maintenue sur les deux sites en satisfaisant les exigences de sécurité, avec les praticiens et les équipes actuelles. L'activité chirurgicale du chef de service de Saint-Affrique par le déplacement effectif à Saint-Affrique du gynéco-obstétricien de garde sur Millau, en cas de survenue d'une complication grave empêchant le transfert de la parturiente. Dans ces rares cas, la sécurité des parturientes sur Millau, doit être couverte par l'intégration dans la garde de chirurgie viscérale de la prise en charge d'une autre complication obstétricale qui surviendrait, au même moment, sur le site de Millau.

Une structure de type "pôle mère-enfant" doit être mise en place entre les deux sites : chaque chef de service reste en place à la tête de son service et un coordonnateur, chef de pôle, doit être désigné; la mission demande que cette responsabilité soit confiée au chef du service de la maternité de Millau.

Dans ce contexte, la mission considère qu'il faut réaliser le recrutement immédiat d'un nouveau gynécologue - obstétricien dont le poste est budgété.

Cette organisation en pôle "mère-enfant" permettra la mise en place d'un véritable réseau de professionnels avec pour objectifs :

- la mise en place d'un dossier obstétrical commun,
- la validation de protocoles de suivi et de prise en charge des grossesses, et de protocoles partagés sur les modalités de transferts des nouveaux-nés,
- l'amélioration de la permanence des soins en pédiatrie, en particulier à Saint-Affrique.

Cette organisation doit faire l'objet d'une évaluation annuelle en collaboration avec un service universitaire référent. Par ailleurs l'analyse des dossiers médicaux, relevant d'une prise en charge commune, devra être organisée à raison de 3 réunions par an avec le service universitaire.

5.2.6 Réanimation : les services de surveillance continue doivent être conservés à l'identique

L'évolution vers un service de réanimation est impossible à court terme, compte tenu :

- du maintien d'un site d'accouchement sur Saint-Affrique (exception géographique) qui nécessite, en particulier, la présence d'anesthésistes en matières de soins continus,
- des incompatibilités existant entre les praticiens,
- des contraintes de locaux.

La mission propose donc de conserver le *statu quo* reposant sur deux services de soins continus, sans garde médicale sur place.

5.2.7 Il est souhaitable de développer de nouveaux services, actuellement inexistant

5.2.7.1 Une activité d'hospitalisation à domicile (HAD) devrait être mise en place

Le Sud Aveyron ne bénéficie pas de service d'hospitalisation à domicile.

Cette modalité de prise en charge, complémentaire à l'hospitalisation classique, doit être offerte en raison du vieillissement et de la dispersion de la population desservie. Cette alternative à l'hospitalisation complète permet la prise en charge au domicile du patient du suivi médical, qu'il s'agisse de soins médicaux, chirurgicaux ou obstétricaux.

5.2.7.2 Une offre de rééducation fonctionnelle est un réel besoin

La mission a noté l'absence de service de rééducation fonctionnelle. Ce constat est relevé depuis longtemps par tous les acteurs. Il ne semble jamais avoir été réellement porté.

Une autorisation d'un projet de douze lits de «soins de suite » a été donnée à la clinique Saint-Côme en 2002, mais n'a pas été mise en œuvre.

Les caractéristiques de la population du Sud-Aveyron et l'activité réalisée en orthopédie, en cardiologie et en neurologie justifient la création d'un tel service.

5.2.7.3 D'autres besoins existent en proximité

De nouveaux besoins peuvent émerger dans le cadre du SROS. Les acteurs de santé du Sud-Aveyron doivent être attentifs à faire évoluer leurs projets, comme cela vient de se concrétiser dans le cadre des insuffisants rénaux chroniques.

5.2.8 Les services médico-techniques doivent être renforcés

Le développement du projet médical et la répartition des activités impliquent le maintien, ou le développement, d'un certain nombre de services médico-techniques sur Saint-Affrique et Millau (biologie, pharmacie et radiologie).

5.2.8.1 L'offre de radiologie doit être mieux coordonnée et renforcée

Les activités de radiologie conventionnelle doivent être accessibles sur les deux bassins de vie. L'organisation d'un seul service sur les deux sites doit être maintenue, mais il est souhaitable de répartir les responsabilités entre les praticiens, via des unités fonctionnelles géographiques et/ou thématiques.

En urgence, l'organisation d'une astreinte commune sur les deux bassins de vie est seule à même de pouvoir être correctement assurée par les équipes hospitalières actuelles. A terme, une même garde radiologique devrait pouvoir couvrir l'ensemble des besoins sur le Millavois, si les praticiens libéraux veulent bien y trouver leur place.

Une IRM est nécessaire pour le Sud-Aveyron. Son installation doit contribuer à offrir aux patients des investigations diagnostiques de proximité. Cet équipement, indispensable à une pratique médicale de qualité, doit être utilisable par les praticiens publics et privés. Il implique le renforcement des effectifs médicaux et paramédicaux du CHIC.

L'acquisition d'une IRM sur le site de Millau, doit permettre l'implantation du scanner à Saint-Affrique. Le fonctionnement de celui-ci ne nécessite pas la présence permanente d'un médecin sur place. L'obtention des images peut être réalisée par des techniciens formés et l'interprétation se faire à distance, par télé-médecine. Par ailleurs, cette implantation constituerait une réponse intéressante aux besoins d'imagerie des urgences de Saint-Affrique et aux besoins du service de médecine.

5.2.8.2 Une activité de biologie polyvalente doit être maintenue sur les deux bassins mais recentrée sur Millau pendant la garde

A moyen terme, l'existence de deux petits services autonomes avec 2,5 ETP praticiens sur Millau et 1,5 ETP sur Saint-Affrique, ne se justifie pas. Il paraît nécessaire de créer un service unique couvrant les activités de biologie polyvalente des deux sites. Cette configuration est la seule à même d'être attractive pour de futurs praticiens.

Les activités de biologie spécialisées devraient être regroupées sur le site de Millau, comme cela va être fait pour la stérilisation centrale en 2004.

Cette organisation n'est pas possible aujourd'hui, compte tenu de la mésentente entre les deux chefs de service. Le maintien de l'activité de biologie sur les deux bassins de vie passe à court terme par :

- la transformation des deux postes vacants de biologistes temps partiel,
- le recrutement d'un temps plein partagé entre Millau et Saint-Affrique,
- l'organisation d'une permanence de nuit sur Millau, commune pour les deux sites, avec transfert des prélèvements urgents de Saint-Affrique sur Millau.

5.2.8.3 L'activité MCO sur les deux bassins de vie justifie de renforcer le fonctionnement de la pharmacie hospitalière

A moyen terme, le fonctionnement des deux pharmacies devrait s'exercer dans le cadre d'un service unique reposant sur une seule pharmacie à usage intérieur, mutualisant les fonctions classiques, en particulier celles de l'achat et de l'informatisation commune.

Cette organisation est aujourd'hui difficile compte tenu de la mésentente entre les chefs de service. A court terme, le comité du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIS) doit être réuni impérativement.

Le renforcement de l'équipe des pharmaciens du CHIC est nécessaire pour sécuriser l'activité en astreinte, développer des activités « du cœur de métier » (comme la prescription nominative des médicaments) et évoluer vers le service unique.

5.3 L'organisation de l'offre de soins souhaitable

5.3.1 *La solution préconisée*

Compte tenu des éléments qui précèdent (ils doivent impérativement primer dans le choix d'une solution) mais aussi du contexte local, marqué par des antagonismes irréductibles entre les hommes et les instances, des spécificités fortes et une histoire tumultueuse, **la mission préconise que l'offre de soins soit organisée sur deux sites, un à Saint-Affrique et un à Millau, à partir de deux entités juridiques, une publique (le CHIC) et une privée (la clinique Saint-Côme).**

5.3.1.1 *Deux sites d'hospitalisation : l'un à Millau, l'autre à Saint Affrique*

La solution d'un site unique (quelle que soit sa localisation) ne peut être retenue parce qu'elle méconnaît gravement l'existence de deux bassins de population, notamment pour la médecine et la gynécologie et qu'elle offre une moins bonne couverture sanitaire.

Par ailleurs, la création « ex-nihilo » d'un établissement, compte tenu des contraintes d'aménagement et d'environnement de la région Sud-Aveyronnaise, présente des inconvénients majeurs qui obèrent l'intérêt de l'opération. Les comparaisons qui ont pu être faites, notamment avec le CHIC de Foix-Pamiers où le contexte géographique est tout à fait différent, ne sont pas pertinentes.

Il est donc indispensable de maintenir deux sites d'offres de soins.

5.3.1.2 *Deux entités juridiques : une publique et une privée*

L'hypothèse d'une seule entité juridique portant l'offre de soins (qui en l'occurrence ne peut s'imaginer autrement que publique) ne paraît pas réaliste. En effet, il convient de répondre aux attentes de la population qui, dans sa grande majorité, souhaite disposer d'un choix entre deux types de prestations : une publique et une privée.

L'hypothèse de trois entités juridiques : une privée et deux publiques n'a pas été retenue non plus. Elle correspondrait à la suppression du CHIC en tant qu'établissement unique, et aboutirait à ce que d'aucuns ont nommé « une défusion ». Ce choix de la mission est motivé par deux séries de raisons :

- d'une part, au cours de l'année 2000, les différentes parties prenantes ont démontré dans les faits que la fusion des établissements de Millau et de Saint-Affrique était viable et efficace, pour autant que les intéressés aient la volonté de collaborer. La fusion n'est donc pas une solution inadéquate ou irréaliste ;
- d'autre part, la «défusion» suppose que soit maintenue (ou reconstituée) sur Saint-Affrique la totalité des activités de soins MCO et que l'établissement soit en mesure de recruter les effectifs médicaux nécessaires de façon pérenne. Ce choix fait l'impasse sur la réalité de la taille du bassin Saint-Affricain qui ne peut suffire à lui seul à porter les différentes activités MCO. De plus, il méconnaît gravement l'évolution inéluctable de la démographie médicale. Il est illusoire de penser (ou de laisser penser) que Saint-Affrique pourra mobiliser les équipes médicales pour satisfaire son ambition. Si une défusion intervient, le site de Millau pourra sans doute se maintenir quelques années encore, celui de Saint-Affrique sera contraint très rapidement de fermer faute de moyens humains.

5.3.2 L'organisation de l'offre sur deux sites

L'organisation de l'offre de soins doit tenir compte :

- de la réalité de la demande de soins,
- du respect des impératifs de sécurité sanitaire,
- des capacités réelles de réponses pérennes à cette demande et à ces impératifs, en particulier pour ce qui concerne les effectifs médicaux.

En conséquences, la mission préconise les solutions suivantes.

5.3.2.1 A court terme (2005) il convient de réorganiser le secteur public

SITE DE SAINT-AFFRIQUE	SITE DE MILLAU
<ul style="list-style-type: none"> - Médecine polyvalente. - Gynécologie obstétrique. - Chirurgie ambulatoire (orthopédique, viscérale, spécialités) - Activités d'endoscopies réalisées en coopération avec les praticiens libéraux exerçant aussi à la clinique Saint Côme. - Surveillance continue dans le cadre de la réanimation. - Unité d'accueil d'urgences et SMUR. - Laboratoire. - Radiologie (et scanner). - Pharmacie. 	<ul style="list-style-type: none"> - Médecine polyvalente - Gynécologie obstétrique. - Chirurgie viscérale et urologique. - Chirurgie orthopédique. - Activités d'endoscopies réalisées en coopération avec les praticiens libéraux exerçant aussi à la clinique Saint Côme. - Surveillance continue dans le cadre de la réanimation. - Unité d'accueil d'urgences et SMUR. - Laboratoire. - Radiologie (et IRM). - Pharmacie.

5.3.2.2 A moyen terme il convient de regrouper l'offre de soins publique et privée du Sud-Aveyron

SITE DE SAINT-AFFRIQUE	SITE DE MILLAU	
<ul style="list-style-type: none"> - Médecine polyvalente. - Gynécologie obstétrique. - Chirurgie ambulatoire (orthopédique, viscérale, spécialités) - Activités d'endoscopies réalisées en coopération avec les praticiens libéraux exerçant aussi à la clinique Saint Côme. - Surveillance continue dans le cadre de la réanimation. - Unité d'accueil d'urgences et SMUR. - Laboratoire. - Radiologie (et scanner) - Pharmacie 	<ul style="list-style-type: none"> - Regroupement sur un seul site de l'activité chirurgicale publique et privée - Construction d'un nouveau plateau technique commun (blocs opératoires et locaux annexés) et d'une aile d'hospitalisation spécifiquement dédiée au secteur privé (avec une entrée particulière) sur le site du Puits de Calès. 	
	Public	Privé
	<ul style="list-style-type: none"> - Médecine polyvalente - Gynécologie obstétrique - Chirurgie viscérale et urologique. - Chirurgie orthopédique. - Activités d'endoscopie réalisées en coopération avec les praticiens libéraux - Surveillance continue dans le cadre de la réanimation. - Unité d'accueil d'urgences de SMUR. - Laboratoire. - Radiologie (et IRM) - Pharmacie. 	<ul style="list-style-type: none"> - Chirurgie viscérale - Chirurgie orthopédique - Chirurgie spécialisée - Chirurgie ambulatoire - Activités d'endoscopie réalisées en coopération avec les praticiens libéraux
Hospitalisation à domicile		
Soins de suites et de réadaptation		

5.3.3 L'organisation des deux entités juridiques

L'organisation des deux entités juridiques s'articule autour de deux idées maîtresses :

- un partenariat renforcé public-privé, avec pour conséquence le regroupement de l'activité chirurgicale sur un seul site à Millau. Cette complémentarité organisée permettra de conforter l'attractivité des structures de soins Sud-Aveyronnaises par rapport à celles de Montpellier et de Rodez. Elle facilitera, en outre, l'organisation des gardes et astreintes sur le Sud-Aveyron tout en maintenant un haut niveau de sécurité sanitaire,
- une organisation plus efficace de la structure publique.

5.3.3.1 Un partenariat public-privé renforcé

Le partenariat public-privé est non seulement souhaitable, mais réalisable. En effet, des négociations et des accords sur ce thème ont déjà été organisés par les communautés médicales, notamment autour de la gastro-entérologie. Il s'agit aujourd'hui de confirmer cette démarche et d'aller plus loin. La mission propose qu'autour de la chirurgie orthopédique, des coopérations plus étroites se développent

entre les deux structures. Les consultations chirurgicales sur le site de Saint Affrique pourraient aussi être réalisées par les praticiens exerçant à la clinique Saint-Côme. Ce partenariat également devrait s'exercer dans le cadre des activités médico-techniques (radiologie, stérilisation) et du recueil et du traitement de l'information médicale.

Pour préparer dans de bonnes conditions la gestion partagée de l'information médicale, la direction du CHIC doit créer une chefferie de service pour la gestion des systèmes de l'information médicale. Cette création renforcerait la nécessaire transparence entre activité médicale et gestion administrative de l'établissement.

Afin d'assurer une pérennité au partenariat public-privé, lui donner une cohérence et préserver les acquis du service public, il est souhaitable que la clinique Saint-Côme, adopte un statut d'établissement privé participant au service public hospitalier. La mission s'est assurée que cette évolution n'était pas inacceptable pour le gestionnaire actuel de la clinique.

5.3.3.2 *Une organisation plus efficace de la structure publique*

Le CHIC possède actuellement un statut d'établissement intercommunal. Ce statut doit être maintenu, mais il convient d'améliorer son organisation, afin de tenir compte des réalités et atténuer les antagonismes.

Il faut également renforcer l'équipe de direction.

➤ Améliorer le fonctionnement des instances

Depuis la création du CHIC, le fonctionnement des instances est perturbé, voire bloqué, par le fait que la CME est principalement millavoise et le CA plutôt saint-affricain.

Pour surmonter ces difficultés il faut promouvoir des solutions permettant un meilleur équilibre des représentations des deux sites dans les instances.

- Le Conseil d'administration

Deux mesures pourraient être mises en œuvre : modifier la composition du CA et instituer une présidence « alternée ».

La désignation des membres du Conseil d'administration est de la compétence du directeur de l'ARH. Toutefois, celui-ci est lié, pour certaines catégories, soit par les choix nominatifs effectués par des assemblées ou des conseils (conseils municipaux, généraux ou régionaux) soit par le résultat d'élections (CME, CTE). Son réel pouvoir de désignation ne s'exerce donc qu'à l'égard des personnalités qualifiées et des représentants des usagers.

12 administrateurs de Millau et 9 de Saint-Affrique constitueraient une représentation équilibrée des deux sites.

La création d'une organisation « alternée » de la présidence entre les représentants des communes constituant un établissement intercommunal, n'est pas prévue par la réglementation⁹⁸. Il convient de noter toutefois que le Code de la santé publique stipule que certaines modalités du fonctionnement du Conseil d'administration sont du ressort du règlement intérieur⁹⁹. On peut donc imaginer que celui du CHIC contienne une telle disposition, qui est de nature à bien marquer l'aspect intercommunal.

- La CME

L'application stricte de la réglementation aboutit inéluctablement (compte tenu des effectifs en présence) à une faible représentation de la communauté médicale de Saint-Affrique au sein de la CME. Cette situation ne peut que créer des tensions. L'histoire récente du CHIC l'a amplement démontré.

Afin que la communauté médicale de Saint-Affrique puisse, à travers une institution dont la légitimité serait reconnue, exprimer ses souhaits et ses points de vue, la mission propose de créer pour chaque site un « comité consultatif médical ». Ces comités prépareraient les décisions de la CME et leurs avis seraient portés à la connaissance des membres du Conseil d'administration.

Juridiquement, les comités consultatifs médicaux sont prévus uniquement pour les CHU. Cependant, l'article R.714-16-25 du Code de la santé publique, prévoit que la CME de chaque établissement de santé « établit son règlement ». Par ce biais, la CME pourrait décider de leur création.

Dans le même esprit, le règlement intérieur de la CME devrait préciser qu'un représentant de la communauté médicale de Saint-Affrique siège au Bureau et au conseil d'administration.

- Renforcer l'équipe de direction

Il n'y a pas lieu, a priori, de modifier le principe d'une équipe de direction unique pour diriger le CHIC.

Toutefois, il serait souhaitable :

- de renforcer cette équipe par un cadre de direction, afin d'éviter les cumuls de fonctions (telles que responsable à la fois des services financiers, des affaires générales et des services techniques) qui sont préjudiciables à l'efficacité ;
- de désigner au sein de cette direction pour Saint-Affrique un responsable de l'établissement, dont ce serait l'unique fonction et qui serait identifié comme tel par les partenaires internes et externes, afin de conforter l'identité du site.

⁹⁸ Elle a cependant été mise en œuvre dans plusieurs établissements similaires au CHIC Sud-Aveyron.

⁹⁹ Par exemple pour les modalités de convocation du CA: article R.714-2-19

5.3.4 *Les conséquences financières*

5.3.4.1 *Les coûts de structures*

Un chiffrage, théorique, de la création d'un établissement de santé unique, rassemblant la totalité de l'hospitalisation du Sud-Aveyron sur le site du Puits-de-Calès (transfert des activités MCO de Saint-Affrique et de Saint-Côme), a été réalisé par les services financiers du CHIC. Il a été établi sur la base du dossier de l'opération « Hôpital 2007 ».

Il comporte par conséquent des éléments qui vont au-delà de l'hypothèse retenue par la mission, c'est à dire le seul domaine chirurgical (construction d'une aile hospitalière privée et restructuration des blocs techniques). Il inclut, notamment, la création de 45 lits de médecine, de 3 lits de réanimation, de 3 lits d'urgences porte, de 10 lits d'hôpital de jour, le réaménagement de la maison de retraite Saint-Michel et de l'Hôpital Emile Borel, l'extension de l'hôpital de jour, des laboratoires, de la radiologie, de la pharmacie, de la morgue, des services administratifs etc...

Le chiffrage auquel sont parvenus les services financiers pour cette solution d'ensemble avoisine 50 millions d'euros (dont 10 M€ pour les équipements). Si on s'en tient au domaine chirurgical et aux disciplines que l'on peut considérer comme adjacentes (urgences, laboratoire, radiologie), le coût devrait être nettement inférieur. Il sera aussi fonction du projet médical partagé avec la structure privée.

5.3.4.2 *Les coûts de fonctionnement*

- Les conséquences de la création d'un bloc chirurgical commun et d'une aile d'hospitalisation dédiée à l'activité privée

Ces créations ne devraient pas, *a priori*, générer des dépenses de fonctionnement importantes (hormis l'incidence des frais financiers consécutifs à la réalisation d'emprunts). En effet, cette création n'induit pas pour le budget du CHIC des dépenses de personnel supplémentaires, puisque ce sont les personnels de la clinique qui seront affectés à la nouvelle unité. Quant aux autres dépenses (matériel, repas, blanchissage...) elles seront soit couvertes par la redevance (ou le loyer) que la clinique sera tenue de payer au CHIC, soit directement prises en charge par celle-ci (selon la formule qui sera choisie d'un commun accord).

- L'apurement de la situation passée

Sur un autre plan, indépendamment du choix de la solution qui engagera l'avenir du CHIC, il faut que la situation financière de cet établissement soit assainie.

Faire reposer sur le seul établissement la responsabilité des dépassements financiers passés et donc la charge du redressement, ne paraît ni juste ni opportun à la mission.

D'ailleurs, dans son rapport de 2003, la Chambre régionale des comptes a fait les observations suivantes :

« ...à Millau/Saint-Affrique, non seulement la fusion dans sa forme actuelle n'est pas efficiente, mais elle entraîne, de surcroît, des dépenses supplémentaires, liées à l'implantation sur deux sites distincts. Le directeur (du CHIC) a évalué ces dépenses à 8,8 MF. Bien que ce montant paraisse un peu surévalué...il paraît raisonnable de chiffrer ces dépenses supplémentaires autour de 5 à 6 MF. Les dépenses correspondantes semblent en effet liées à la fusion : mise en place d'une navette, prime multi-site, harmonisation des compétences, accidents de trajet.. »

Le plan de redressement pourrait comprendre deux séries de mesures :

- pour apurer la dette de 5 M€ constituée par les reports de charges cumulés :
 - une dotation de 2,5 M€ doit être accordée à l'établissement¹⁰⁰,
 - un emprunt peut être contracté par l'établissement, par exemple sur une durée de dix ans, pour tout ou partie du solde. Le montant des remboursements doit faire l'objet d'une dotation exceptionnelle annuelle de l'ARH (en totalité ou partiellement) pendant la durée du remboursement . Compte tenu des multiples choix possibles pour la réalisation de cet emprunt (montant, durée, taux) la mission n'est pas en mesure de préciser l'importance de la contribution de l'ARH ;
- pour remettre à niveau les dotations annuelles, une mesure de « rebasage » budgétaire, qui ne peut être inférieure à 0,6 M¹⁰¹ doit être accordée par la DHOS dès l'exercice 2005.

Dr. Pierre ABALLEA

Jean-Paul BASTIANELLI

Dr. Roland CECCHI-TENERINI

¹⁰⁰ Selon la Chambre régionale des comptes, qui a contrôlé les comptes notamment pour les années 2000 et 2001, l'insuffisance de dotation serait pour ces deux années de l'ordre de 1 M€, soit 500 000 € par an.

Pour la période 2000-2004, le total s'élèverait donc à 2,5 M€

¹⁰¹ Soit, 0,5 M€ valeur 2000 augmenté d'une hausse de 3% de 2000 à 2004.