

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

- Rapport définitif -

TOME II/II ANNEXES

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*

LISTE DES ANNEXES

- Annexe n° 1 : Lettre du président du Conseil d'administration du CHIC Sud-Aveyron
- Annexe n° 2 : Lettre de mission
- Annexe n° 3 : Liste des personnes rencontrées
- Annexe n° 4 : Activité du bloc opératoire par spécialités de 1999 à 2003
- Annexe n° 5 : Rapport des professeurs NISANT et MARES sur les services de gynéco-obstétrique
- Annexe n° 6 : Données PMSI
- Annexe n° 7 : Analyse des budgets du CHIC
- Annexe n° 8 : Note sur le temps partiel du PNM
- Annexe n° 9 : Note sur l'absentéisme et le nombre de jours travaillés
- Annexe n° 10 : Note sur les délais de mise en stage
- Annexe n° 11 : Effectifs PNM budgétés
- Annexe n° 12 : Réponse du Président du Conseil d'Administration
- Annexe n° 13 : Réponse du Président de la CME
- Annexe n° 14 : Réponse du Directeur du CHIC Président du CTE
- Annexe n° 15 : Réponse du syndicat CFDT
- Annexe n° 16 : Réponse du syndicat SUD

ANNEXE N°1

**Lettre du président du Conseil d'administration du CHIC
Sud-Aveyron**

Département de l'Aveyron

Mairie

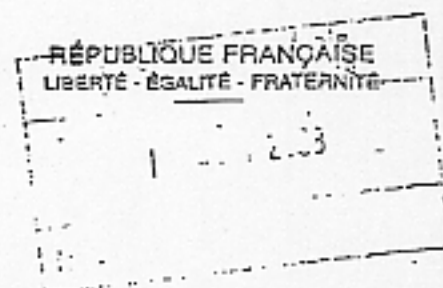
DE

ST-JEAN-D'ALCAPIES

12250 ROQUEFORT

Téléphone : 05.65.99.15.99

004



A Saint Jean, le 17 octobre 2003

**CHIC SUD AVEYRON
DEMANDE D'IGASS**

Monsieur le Ministre,

Président du Conseil d'Administration du CHIC, je sollicite votre intervention afin de trouver une solution pérenne pour l'Avenir de notre Structure Hospitalière.

Je sollicite une Inspection Générale des Affaires Sociales, Inspection qui devra intervenir dans les meilleurs délais :

- => Organisation et prise en charge des patients, « Accueil des urgences »
- => Organisation Médicale,
- => Contrôle de Gestion de l'Etablissement.

Cette Inspection Générale doit aboutir à rétablir dans les meilleurs délais, une Situation saine et sereine et assurer la Sécurité des 70 000 habitants du Sud Aveyron.

Dans l'attente de votre prompt intervention, je vous adresse, Monsieur le Ministre, mes sincères remerciements.

J. ROUVE

**Président de Conseil d'Administration
CHIC SUD AVEYRON
MILLAU SAINT AFFRIQUE**

ANNEXE N°2

Lettre de mission

MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA FAMILLE
ET DES PERSONNES HANDICAPÉES

Le Directeur du Cabinet

CAB.CG/NC-Scop D. 03.01.72.75

Paris, le 23 OCT. 2003

NOTE à
Madame Marie-Caroline BONNET-GALZY
Chef de l'Inspection Générale des Affaires Sociales

- : - : - : - : -

Objet : Mission d'inspection sur le CHIC du Sud-Aveyron (Millau-St-Affrique).

Les deux hôpitaux de Millau et de Saint-Affrique, distants d'une trentaine de kilomètres, ont été fusionnés autoritairement au début de l'an 2000 afin de favoriser la collaboration médicale entre les deux sites, habitués plus à la concurrence qu'à la complémentarité depuis de nombreuses années.

Mais l'absence de consensus local n'a pas permis de tirer de cette fusion les avantages qu'on pouvait en attendre. Malgré un accompagnement attentif de l'ARH, au plan financier et organisationnel, aucune mesure de rationalisation de l'offre de soins n'a pu être prise, même dans la perspective annoncée du regroupement sur un site unique des trois plateaux techniques du centre hospitalier et de la clinique privée de Millau.

Cette absence de rationalisation s'est traduite, tout d'abord, par un surcoût pour l'ensemble de la collectivité, et entraîne l'établissement dans une situation financière très difficile.

L'impossibilité, ensuite, d'élaborer un projet médical de complémentarité entre les deux sites publics d'une part et avec la clinique de Millau d'autre part, risque de faire obstacle au maintien d'une offre de soins nécessaire sur le secteur.

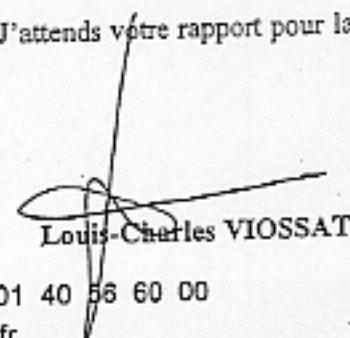
Enfin, l'aggravation récente de tensions chroniques, notamment au sein de la communauté médicale, fait craindre des risques sérieux de détérioration de la prise en charge des patients.

L'ensemble de ces éléments me conduit à vous demander de diligenter au plus vite une mission d'inspection dans cet établissement.

Cette mission s'attachera à identifier et analyser les obstacles rencontrés pour rationaliser l'offre de soins du centre hospitalier. Elle établira un diagnostic sur son organisation médicale et plus généralement sur les blocages médicaux constatés. Elle étudiera la gestion et le fonctionnement administratif de l'établissement, et en particulier celui de ses instances.

Au vu de ses constatations, la mission fera toutes propositions permettant le maintien sur ce secteur sanitaire d'une offre de soins adaptée, de qualité, et répondant aux exigences de sécurité.

Je souhaite que vous débutiez cette mission sous huit jours. J'attends votre rapport pour la fin de l'année.


Louis-Charles VIOSSAT

ANNEXE N° 3

Liste des personnes rencontrées

Institutions et services rencontrés

Ministère de la santé et de la protection sociale

- Cabinet du ministre
- Direction des hôpitaux et de l'organisation des soins
- Agence régionale de l'hospitalisation de Midi-Pyrénées
- Direction régionale des affaires sanitaires et sociales Midi-Pyrénées
- Direction départementale des affaires sanitaires et sociales de l'Aveyron

Caisse régionale d'assurance maladie de Midi-Pyrénées

Service médical de la région Midi-Pyrénées de la CNAMTS

Préfecture de l'Aveyron

CHIC Sud-Aveyron

- Direction
- Conseil d'administration
- Commission médicale d'établissement
- Comité technique d'établissement
- Syndicats
 - CFDT
 - CGT
 - SUD
- Services administratifs
 - Services financiers
 - Service du personnel médical
 - Service des soins infirmiers
 - Service du personnel non médical
 - Services économiques
- Services et commissions spécialisées
 - Coordination des vigilances
 - Comité de lutte contre les infections nosocomiales
 - Hémo-vigilance
 - Matéριοvigilance
 - Comité de lutte contre la douleur
- Services médicaux et médico-techniques du CHIC
 - Services de psychiatrie et pédo-psychiatrie
 - Services de médecine
 - Service de Chirurgie orthopédique et traumatologique
 - Service de Chirurgie viscérale
 - Service des urgences
 - Services d'anesthésie et réanimation
 - Services de Gynécologie-Obstétrique
 - Département de l'information médicale
 - Blocs opératoires
 - Services de biologie
 - Service de radiologie

- Services de pharmacie
- Services de moyen et long séjour et maison de retraite

Médecins généralistes de Saint-Affrique

Délégation régionale de la Fédération hospitalière de France

Clinique Saint-Côme

- Direction
- Union des mutuelles « Aveyron mutualité »

Elus

- Maires de Millau et Saint-Affrique
- Communauté de communes Millau Grands Causses
- Syndicat du pays Saint-Affricain

Collectifs de défense

- Comité millavois de défense de l'hôpital public
- Collectif Emile Borel pour l'hôpital de Saint-Affrique
- Comité de défense Le manifeste
- Association des amis de la maternité de Saint-Affrique

ANNEXE N° 4

Activité du bloc opératoire par spécialités de 1999 à 2003

Direction des Finances

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE

MILLAU	1999	2000	2001	2002	2003 Eval. (1)
Entrées	1173	1359	1187	1245	1444
K opératoires (2)	76357	76818	70758.5	72029	98542
K moyen (2)	63.05	52.15	55.15	58.13	60.01
Journées	5312	5505	5042	5318	5531
DMS	4.53	4.05	4.25	4.27	3.83
TOM	72.77	75.2	69.07	72.85	75.77
GA chir Ortho (5)	738	873	778	852	
GA chirurgicaux	2506	2798	2543	2718	
Actes	3336	3635	3582	3391	3720
Coefficients	206783	205930	200368	205946	228191
SAINT AFFRIQUE	1999 (3)	2000 (3)	2001 (3)	2002	2003 (4)
Entrées	945	1260	1322	774	327
K opératoires	39607	43430	42280	42790	18286
K moyen	98.52	84.00	70.23	61.92	61.98
Journées	5679	7168	6812	4370	1585
DMS	6.01	5.69	5.15	5.65	4.85
TOM	42.05	52.93	53.32	66.51	58.70
GA chir Ortho (5)	307	355	380	408	
GA chirurgicaux	1070	1102	1161	1137	
Actes	1186	1431	1429	1472	646
Coefficients	90252	96795	91585	90745	40602

Ces indicateurs sont communs aux deux types de chirurgie

Pour MILLAU, il est à noter qu'avant 2000, entre 1999 et 1997, les actes et les coefficients ont progressé : 9.59% (actes) 4.93% (coefficients)

- (1) Evaluation en tenant compte d'un report partiel de l'activité de la chirurgie de St Affrique : fermée le 30 Mai 03 et de la fermeture du bloc de Millau pour travaux courant décembre 2003
- (2) K op. des chirurgiens remplaçants non compris (leur activité est indifférenciée chir Ortho/Visc)
- (3) Activité indifférenciée (Ortho/viscérale)
- (4) Activité constatée à la date du 30 Mai 03 : fermeture du service
- (5) Cf Doc 1 Groupe d'activité depuis 97 à 2002 envoyé par docteur Perez DIM - GA n° 2 - 6 - 16/2

Il est à noter qu'avant 2000, date de la fusion, les GHM, les actes et les coefficients pour SAINT-AFFRIQUE diminuait régulièrement Progression 1999/1997 : -13, 51% (actes)-17.51% (coefficients)

■ Informations ou corrections apportées par le CHIC

Tableaux d'activité validés par P.TURUANI (Directeur adjoint aux finances)

Tableaux personnel médical validés par F.DELHAYE (Directeur adjoint aux affaires médicales)

Tableaux personnel non médical validés par H.LANDES (Directeur adjoint à la DRH) et F.ESTRIC (Directeur des soins)

Direction des Finances

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE

<u>PERSONNEL MEDICAL</u>	MILLAU REEL (*)	Postes budgétés		SAINT-AFFRIQUE REEL (*)	Postes budgétés		
Lits	20			18			Plus de chirurgie orthopédique réglée à Saint-Affrique depuis le 1juin 2003 (*) réel à novembre 2003
PH TP	3	3					
PC TP							
PH temps partiel							
PAC		1 PAC					
Attaché Temps partiel	0.3	0.2 (Rhumatologie)					
Remplacement en journées par mois sur 2003	2 en 2002 / en 2003						
Total ETP PM (Hors remplaçant)	3.3	4.2					

<u>PERSONNEL NON MEDICAL</u>	MILLAU présents dans l'unité	Postes budgétés	Effectifs de fonctionnement	SAINT AFFRIQUE présents dans l'unité	Postes budgétés	Effectifs de fonctionnement	
Surveillante	0.5	0.5	0.5	1	1	1	Pour la chirurgie site de St Affrique : Activité indifférenciée ortho/viscéral Effectifs présents dans l'unité = situation avant le 01/06/03
IDE ETP	8.3	8.5	8.5	8	8	8	
IBODE							
IADE							
Kinésithérapeute	0.5	0.5	0.5	0.4			
A.S.H	1.7	1.73	1.73	2.5	2	2.3	
Aides soignantes	8.10	8.25	8.25	11.25	12	12.9	
secrétariat	0.7	0.75	0.75	1	1	1	

■ Informations ou corrections apportées par le CHIC

Tableaux d'activité validés par P.TURUANI (Directeur adjoint aux finances)

Tableaux personnel médical validés par F.DELHAYE (Directeur adjoint aux affaires médicales)

Tableaux personnel non médical validés par H.LANDES (Directeur adjoint à la DRH) et F.ESTRIC (Directeur des soins)

Direction des Finances

CHIRURGIE VISCERALE

MILLAU	1999	2000	2001	2002	2003 Eval. (1)	
Entrées	1361	1480	1466	1413	1461	
K opératoires (2) (4)	83615	73755.5	72199	71263	78216	
K moyen (2) (4)	64.07	63.91	66.06	73.54	75.50	
Journées	6005	6351	5809	5612	5449	
DMS	4.41	4.29	3.96	3.97	3.73	
TOM	65.81	69.41	63.66	61.50	59.72	
GA chir viscérale (5)	591	620	588	604		
GA chirurgicaux	2506	2798	2543	2718		
Actes	3336	3635	3582	3391	3720	
Coefficients	206783	205930	200368	205946	228191	
SAINT AFFRIQUE	1999 (3)	2000 (3)	2001(3)	2002	2003	
Entrées				514		Depuis le 1 ^{er} juin 2003, la chirurgie réglée est réalisée sur le site de MILLAU
K opératoires	13260	15060	13630	10910		
K moyen	65.64	61.72	65.22	59.62		
Journées				1806		
DMS				3.51		
TOM				29.11		
GA chir viscérale (5)	216	158	188	161		
GA Chirurgicaux	1070	1102	1161	1137		
Actes	1186	1431	1429	1472		
Coefficients	90252	96795	91585	90745		

Ces indicateurs sont communs aux deux types de chirurgie

Pour MILLAU, il est à noter qu'avant 2000, entre 1999 et 1997, les actes et les coefficients ont progressé : 9.59% (actes) 4.93% (coefficients)

- (1) Evaluation en tenant compte d'un report partiel de l'activité de la chirurgie de St Affrique : fermée le 30 Mai 03.
- (2) K op. des chirurgiens remplaçants non compris (leur activité est indifférenciée chir Ortho/Visc)
- (3) Activité indifférenciée (Ortho/viscérale)
- (4) Chirurgie viscérale et urologie
- (5) Cf Doc 1 Groupe d'activité depuis 97 à 2002 envoyé par docteur Perez DIM – GA n° 3 – 4 – 7 – 8 – 9 – 10 – 14 – 15 – 16/2

Il est à noter qu'avant 2000, date de la fusion, les GHM, les actes et les coefficients pour SAINT-AFFRIQUE diminuaient régulièrement Progression 1999/1997 : -13, 51% (actes)-17.51% (coefficients)

Tableaux d'activité validés par P.TURUANI (Directeur adjoint aux finances)

Tableaux personnel médical validés par F.DELHAYE (Directeur adjoint aux affaires médicales)

Tableaux personnel non médical validés par H.LANDES (Directeur adjoint à la DRH) et F.ESTRIC (Directeur des soins)

Direction des Finances

CHIRURGIE VISCERALE

<u>PERSONNEL MEDICAL</u>	MILLAU REEL (*)	Postes budgétés		SAINTE AFFRIQUE REEL (*)	Postes budgétés		
Lits	25			17			Plus de chirurgie viscérale réglée à Saint-Affrique depuis le 1juin 2003
PH TP	3	4					Assurent des consultations sur Saint AFFRIQUE
PC TP							(*) réel à novembre 2003
PH temps partiel	0.5 (urologie)	0.5					
Attaché Temps partiel	0.4	0.6 (ORL - OPHT)					
Remplacement en journées par mois sur 2002 des temps médicaux	5 en 2002 2 en 2003			10 en 2002 10 en 2003			
Total ETP PM (Hors remplaçant)	3.9	5.1					

<u>PERSONNEL NON MEDICAL</u>	MILLAU présents dans l'unité	Postes budgétés	Effectifs de fonctionnement	SAINTE AFFRIQUE présents dans l'unité	Postes budgétés	Effectifs de fonctionnement	
Surveillante	1	1	1				Congés de maladie > 6 mois
IDE ETP	8.7	9	9				
IBODE							
IADE							
Kinésithérapeute	0.25	0.25	0.25				Commun avec ortho+maternité : 1ETP
A.S.H	1.7	1.73	1.73				Pour la chirurgie site de St Affrique :
Aides soignantes	8.1	8.25	8.25				Activité indifférenciée ortho/viscéral
secrétariat	0.7	0.75	0.75				Effectifs présents dans l'unité = situation avant le 01/06/03 (Cf Chir ortho)

Tableaux d'activité validés par P.TURUANI (Directeur adjoint aux finances)

Tableaux personnel médical validés par F.DELHAYE (Directeur adjoint aux affaires médicales)

Tableaux personnel non médical validés par H.LANDES (Directeur adjoint à la DRH) et F.ESTRIC (Directeur des soins)

Direction des Finances

GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE

MILLAU	1999	2000	2001	2002	2003
Accouchements Millau	366	398	373	365	372
naissances	368	403	376	369	374
% césariennes	18.68	15.07	15.28	16.98	
Chirurgie gynécologique en actes	213	302	315	413	482
Chirurgie gynécologique en K	13630	15970	18920	24903	28240
Taux transferts N-Nés	1.6	1.98	2.65	2.71	
CS ext par Go (1)	3442	3455	2903	3705	2614
CS ext par SF (1)	2296	1926	2999	2687	3931
TO	36.34	39.98	41.63	40.66	46.03
GA médicaux et chirurgicaux (2)	1177	1305	1178	1262	
SAINT AFFRIQUE	1999	2000	2001	2002	2003
Accouchements Saint Affrique	198	227	219	208	200
naissances	206	233	221	211	201
% césariennes	12.62	15.41	8.67	16.34	
Chirurgie gynécologique en actes	65	67	87	92	34
Chirurgie gynécologique en K	4795	4445	4685	6010	2705
Taux transferts N-Nés		4.3	4.98	0.94	
CS ext par Go (1)	1500	383	1726	1419	1344
CS ext par SF (1)		667	711	907	828
TO	72.24	72.00	67.28	69.60	64.71
GA médicaux et chirurgicaux (2)	547	589	593	568	
CHIC SUD AVEYRON					
Accouchements	564	625	592	573	572
Naissances	574	636	597	580	575

(1) Les chiffres correspondent aux données SAE : informations données par le service ou avec requête Impromptu sur logiciel Pastel
(2) Cf Doc 1 Groupe d'activité depuis 97 à 2002 envoyé par docteur Perez DIM – GA n° 11 – 12 - 13 – 28 - 29

Tableaux d'activité validés par P.TURUANI (Directeur adjoint aux finances)

Tableaux personnel médical validés par F.DELHAYE (Directeur adjoint aux affaires médicales)

Tableaux personnel non médical validés par H.LANDES (Directeur adjoint à la DRH) et F.ESTRIC (Directeur des soins)

Direction des Finances

GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE

<u>PERSONNEL MEDICAL</u>	MILLAU REEL (*)	Postes budgétés		SAINT-AFFRIQUE REEL (*)	Postes budgétés		
Lits	20			6			
PH TP en GO	1	2			1		(*) réel à novembre 2003
PC TP	1						
PAC							
PH temps partiel				0.5	0.5		Remplacement réguliers : ETP ?
Attaché Temps partiel	0.2 (ivg)	0.6 (ivg)		0.1	0.1		Planning Familial
Remplacement en journées par mois sur 2002 des temps médicaux	20 en 2001 8 en 2002 9 en 2003			11 en 2002 13 en 2003			
Total ETP GO PM (Hors remplaçant)	2.2	2.6		0.6	1.6		
PH TP pédiatrie							
PH temps partiel Pédiatrie	0.6	0.6		0.6	0.6		
Attaché temps partiel	1.1	1.1					Combien de vacances ? 2 attachés à 11 vacances
Total pédiatrie	1.7	1.7		0.6	0.6		

<u>PERSONNEL NON MEDICAL</u>	MILLAU présents dans l'unité	Postes budgétés	Effectifs de fonctionnement	SAINT-AFFRIQUE présents dans l'unité	Postes budgétés	Effectifs de fonctionnement	
Surveillante	0	1	1				
Sages-femmes ETP	7.8	5.9	6	6.66	6.4		Dont 1SF cons.conj
Puéricultrice	0.8	1	1				
Aides –soignantes	2.6	7.25	7.75				
A.S.H.	5.6	2	2	0			
Aux. de puériculture	1.9	0		6.1	5.5		
secrétariat	1.65	1.5	1.5				
kinésithérapeute	0.25	0.25	0.25				

Tableaux d'activité validés par P.TURUANI (Directeur adjoint aux finances)

Tableaux personnel médical validés par F.DELHAYE (Directeur adjoint aux affaires médicales)

Tableaux personnel non médical validés par H.LANDES (Directeur adjoint à la DRH) et F.ESTRIC (Directeur des soins)

Direction des Finances

MEDECINE

MILLAU	1999	2000	2001	2002	2003 (1)
Entrées	2384	2455	2338	2323	2238
Journées	14463	16011	15004	14809	13922
DMS	6.07	6.52	6.41	6.37	6.22
TOM	72.04	79.76	74.74	73.77	73.72
Consultations ext.	1171	1797	1625	1490	
K opératoire (Gastro)	28740	34395	30400	29810	29526
GA médicaux (2)	3757	3943	3906	3752	
SAINT AFFRIQUE	1999	2000	2001	2002	2003
Entrées	1388	1362	1387	1418	1553
Journées	10332	11387	10818	10414	10714
DMS	7.44	8.36	7.80	7.34	6.90
TOM	80.88	88.89	84.68	81.52	83.87
Consultations ext.	0	195	502	362	
K opératoire (Gastro) (3)	28875	32780	28170	28520	13400
GA médicaux (2)	2004	2043	2039	2045	

- (1) Estimation faite fin octobre 2003
En tenant compte de l'activité réalisée
- (2) Cf Doc 1 Groupe d'activité depuis 97 à 2002 envoyé par docteur Perez
DIM – GA n° 5 - 20 à 40 sauf 28 – 29
- (3) Activité constatée jusqu'à la fermeture des blocs opératoires le 01/06/03

Tableaux d'activité validés par P.TURUANI (Directeur adjoint aux finances)

Tableaux personnel médical validés par F.DELHAYE (Directeur adjoint aux affaires médicales)

Tableaux personnel non médical validés par H.LANDES (Directeur adjoint à la DRH) et F.ESTRIC (Directeur des soins)

Direction des Finances

MEDECINE

<u>PERSONNEL MEDICAL</u>	MILLAU REEL (*)	Postes budgétés			SAINT AFFRIQUE REEL (*)	Postes budgétés		
Lits	55 -3 UF			Méd. Interne :29 Cardiologie :10 Gastro : 16	35			(*) réel à novembre 2003
PH TP	3	3			2	2		
PC TP	1							
PH temps partiel					1.2	1.2		
PAC		1						
Assistant	1	2		Assistante associée				
Attachés Temps partiel	0.4 ETP 0.8 0.7 0.75	0.1 0.4 0.2 0.4		Neuro : 4 vac. Cardio : 2*4 vac. Pneumo : 4 vac. Gastro : 4 vac.	0.15			Gastro : 2*4 Pneumo : 4
Remplacement en journées par mois sur 2002 des temps médicaux	22 en 2002 0 en 2003							
Total ETP PM (Hors remplaçant)	7.65	7.1			3.35	3.2		

<u>PERSONNEL NON MEDICAL</u>	MILLAU Présents dans l'unité	Postes budgétés	Effectifs de fonctinne ment		SAINT AFFRIQUE présents dans l'unité	Postes budgétés	Effectifs de fonctinne ment	
Surveillante	1 + 1 ff	1	1		1	1	1	
IDE ETP	16.5	17.5	17.5		9.75	10.3	10.3	
Kinésithérapeute	0.5	0.5	0.5		0.75	0.75	0.75	
A.S.H	3.4	3.45	3.45		2.75	2.05	2.25	
Aides soignantes	21.20	21.7	21.7		14.5	11.5	12.15	
secrétariat	1.5	1.5	1.5		1	1	1	

Tableaux d'activité validés par P.TURUANI (Directeur adjoint aux finances)

Tableaux personnel médical validés par F.DELHAYE (Directeur adjoint aux affaires médicales)

Tableaux personnel non médical validés par H.LANDES (Directeur adjoint à la DRH) et F.ESTRIC (Directeur des soins)

ANNEXE N° 5

Rapports sur les services de gynéco-obstétrique

COMPTE RENDU REUNION SUR SITE HOSPITALIER MILLAU - SAINT AFFRIQUE

DU 3 Février 2004

1. Démarches :

Après relecture des documents fournis sur les sites, une rencontre est organisée à SAINT AFFRIQUE avec les équipes locales : Direction, Médecins, Sages-femmes.

Pour les médecins participant au débat : les gynécologues-obstétriciens, les anesthésistes, les pédiatres.

Une deuxième réunion est organisée sur le site de MILLAU.

Présents : Direction, anesthésistes, pédiatres, gynécologues-obstétriciens, sages-femmes.

2. Les situations locales :

A - SAINT AFFRIQUE :

La maternité est structurée autour d'une équipe de sages-femmes (6), des activités d'auxiliaires de puéricultrices. Le gynécologue-obstétricien, chef de service, est mi-temps. Il y a un poste de plein temps qui n'est pas occupé. Par contre, il existe de façon régulière un médecin assurant les remplacements, qui est présent à la réunion.

Il y a une pédiatre qui a des vacances à la Maternité et assure une activité générale, libérale et de PMI et qui serait prête à prendre un plein temps à l'Hôpital.

Au niveau des consultations, la plupart sont assurées par le médecin mi-temps dans le cadre de ses consultations en cabinet de ville. Les sages-femmes interviennent pour les suivis de fin de grossesse sous forme d'hospitalisation de jour, la préparation à l'accouchement, l'accompagnement dans le post-partum, pendant la première année au niveau de l'allaitement ou du massage des nouveau-nés.

Il n'existe aucun dossier structuré au niveau des gynécologues-obstétriciens. Les sages-femmes ont mis en place, dans la maternité, un dossier de base AUDIPOG qu'elles ouvrent dès la 1^{ère} consultation par la patiente dans le service.

Il n'existe pas non plus d'organisation prévue avec les médecins généralistes.

Il n'y a pas de sage-femme libérale ni de PMI.

Dans l'organisation du suivi de grossesse, il n'existe aucun protocole écrit, ni aucune consigne précise concernant les patientes qui sont gardées ou référées. Ceci se réalise de façon individuelle, les résultats paraissent malgré tout satisfaisants puisqu'on signale un taux de transfert maternel avoisinant 1% sur les 5 à 7 dernières années.

Dans la surveillance, au niveau du bloc obstétrical et pour les décisions de transfert sur une pathologie survenant en cours de travail, il n'existe pas non plus de protocole précis. Les sages-femmes n'ont pas de consigne particulière de la part des médecins. En cas de doute sur la présentation, il existe un échographe qui est à disposition. A noter une situation particulière qui a été l'acceptation d'une voie basse sur une grossesse multiple dont le premier enfant était en présentation du siège et dont l'échographie, faite à l'entrée de la patiente qui n'était pas suivie dans le service, n'a pu démontrer qu'il s'agissait d'une grossesse triple, la découverte ayant été faite au fur et à mesure des accouchements.

Pour la prise en charge des nouveau-nés, la pédiatre indique qu'elle est toujours disponible et assure l'astreinte 24 heures sur 24 et qu'il existe des collaborations sur les dossiers difficiles avec les pédiatres de MILLAU aussi que pour ses remplacements.

Pour les césariennes, celles-ci peuvent être réalisées en urgence dans de bonnes conditions, la salle d'intervention étant relativement proche et l'équipe d'anesthésie étant entraînée. C'est l'anesthésiste qui assure la réanimation immédiate avec le pédiatre en deuxième plan et qui assure la surveillance de l'enfant lorsque celle-ci est nécessaire jusqu'à l'arrivée du SAMU de MILLAU. Cette surveillance est assurée dans la salle de réveil où il existe un appareil de respiration pouvant être utilisé aussi bien pour les enfants que pour les adultes.

La réanimation dispose de 3 appareils ayant cette compatibilité.

Par ailleurs, l'équipe anesthésiste dispose d'une couveuse portable qui est utilisée par les anesthésistes lors d'appel en urgences pour les accouchements à domicile.

Au niveau des accouchements, les femmes bénéficient de 50 % de péridurale. Les deux gynécologues présents précisent qu'ils assurent toutes les astreintes ainsi que les césariennes. Le médecin, chef de service, indique qu'il est amené dans certains cas à assurer des gestes chirurgicaux obstétricaux alors même que la compétence chirurgicale lui a été refusée et qu'il assure ce fonctionnement depuis près de 15 ans en toute sécurité vis-à-vis des patientes. Il s'étonne donc que cette compétence chirurgicale ne lui soit pas reconnue.

En terme de collaboration, il souhaite disposer d'une collaboration au niveau d'une astreinte chirurgicale assurée par le site de MILLAU de façon à sécuriser ou mieux l'activité de la maternité : hémorragie de la délivrance, rupture utérine etc...

CONCLUSION :

- Locaux parfaitement satisfaisants et fonctionnels ;
- Equipe de sages-femmes en nombre suffisant et bien organisée mais sans protocoles médicaux précis aussi bien en interne qu'au niveau des collaborations avec le privé et les autres établissements pour les mutations ou les transferts.
- Pédiatre très disponible mais isolée ayant déjà un début de réseau avec l'hôpital de MILLAU pour assurer la continuité des astreintes.
- Les deux anesthésistes paraissent avoir bien organisé l'aspect analgésie obstétricale et la prise en charge de réanimation néonatale qui peut leur être imputé dans les situations d'urgence.
- Il existe probablement une entente de réseau avec MILLAU et les autres centres hospitaliers au niveau oral mais rien n'est écrit ni organisé.

- Au niveau des gynécologues-obstétriciens, le fonctionnement se fait dans le cadre d'une astreinte sauf pour le médecin remplaçant qui reste sur place.
- Au niveau des astreintes, aussi bien le gynécologue-obstétricien, que l'anesthésiste assurent que celle-ci est à moins d'un quart d'heure.
- Il n'y a pas de dossier standardisé, pas de consigne rédigée, pas de collaboration recherchée ni voulue avec les centres voisins.

Il existe un souhait fort de toute l'équipe de maintenir l'activité de la maternité en l'état en bénéficiant d'un soutien logistique :

- 1) au niveau pédiatrique :
- 2) au niveau de la chirurgie nécessaire lors de l'activité obstétricale :
rupture utérine, hémorragie de la délivrance etc...

Il apparaît indispensable de protocoliser, dans les limites du possible, les 80 à 90 % de l'activité qui peuvent l'être au niveau du suivi des grossesses, des conditions d'accouchement et de la prise en charge du nouveau-né. Les notions de protocoles communs, de réunions en télémédecine sont évoquées et sont acceptées de principe.

Sur le plan pratique, seul le remplaçant dispose de la compétence chirurgicale et le médecin chef de service ne l'a pas, ce qui pose donc le problème d'une astreinte chirurgicale pouvant être assurée à MILLAU lors de son activité ou lors d'une activité par un gynécologue-obstétricien qui n'aurait pas la compétence chirurgicale.

Le chef de service, tout comme le médecin remplaçant, sont tout à fait d'accord pour accepter une astreinte chirurgicale assurée soit par le chirurgien digestif, soit par l'équipe de gynécologie-obstétrique de MILLAU pour continuer l'activité de la maternité.

B - MILLAU :

Au niveau de l'équipe de MILLAU, le souhait d'un positionnement clair des tutelles est exprimé par différents intervenants, seule solution pour eux de pouvoir s'orienter de façon constructive car ils ont participé à de nombreuses propositions, différents projets, dont les éléments n'ont pas été tenus que ce soit en moyen etc..

L'équipe dispose d'un dossier qui lui est propre.

Les médecins gynécologues fonctionnent également en astreintes. Il n'y a pas eu de collaboration organisée entre les équipes médicales et fort peu, jusqu'à une date récente, entre les équipes de sages-femmes. Toutefois une évolution se fait dans le cadre d'un échange d'informations au niveau des sages-femmes depuis le départ de la surveillante de MILLAU.

Au niveau organisation entre les équipes de gynéco-obstétrique, il semble y avoir un problème relationnel puisque le chef de service de ST AFFRIQUE a refusé que le chef de service de MILLAU puisse venir faire des consultations.

Il n'y a pas de protocole spécifique sur les indications de mutation ou de transferts pour les femmes, ni pour les enfants mais il existe des protocoles pour les surveillances habituelles (MAP, etc ...).

Après un long débat, différentes solutions sont envisagées :

1) **Solution 1** : un seul service dépendant d'un seul établissement avec un seul chef de service et un centre de consultations prénatales organisé sur ST AFFRIQUE.

- avantages :

- mutualisation de l'ensemble de l'équipe de gynécobstétrique ;
- mutualisation de l'équipe de sages-femmes ;
- partage des savoirs acquis entre les équipes de sages-femmes.

- conditions :

- acceptation du projet par les intervenants et la population ;
- maintien d'une salle d'accouchement en situation de pouvoir accueillir une parturiente devant accoucher sur place et ne pouvant être mutée dans de bonnes conditions ;
- mise en place de protocoles communs sur la surveillance des grossesses, les conditions de prise en charge chirurgicale, l'accompagnement des femmes pendant la grossesse sur la région de ST AFFRIQUE et une hospitalisation de prise en charge du post-partum sur ST AFFRIQUE.

2) **Solution 2** : le maintien actuel en statu quo qui paraît ne satisfaire personne mais dont on ne bouge pas, chacun ayant peur des solutions proposées. Toutefois, une question qui a été nettement abordée à ST AFFRIQUE, c'est le refus des remplaçants de venir dans des structures en raison du nombre de gardes trop important qu'on leur demande d'assurer. Ceci risque de résoudre la question par manque de gynécologues-obstétriciens, pédiatres et anesthésistes de façon beaucoup plus rapide que l'on pouvait ne l'imaginer il y a 3 ans.

3) **Solution 3** : le maintien des deux maternités avec une organisation en réseau. Une structure type pôle mère-enfant est mise en place entre l'hôpital de MILLAU et ST AFFRIQUE dont le chef de pôle est le chef de service de MILLAU. Chaque chef de service reste en place avec l'objectif de :

- mettre en place un dossier commun type AUDIPOG de base par exemple ;
- valider des protocoles sur le suivi des grossesses pour les indications de transferts ou de prise en charge ;
- valider les protocoles sur les conditions de transferts des nouveau-nés.

- Il serait également nécessaire de définir le protocole de l'astreinte chirurgicale dans le domaine de l'activité obstétrico-chirurgicale, c'est-à-dire non pas de l'activité de chirurgie gynécologique mais bien de la complication chirurgicale liée à un acte obstétrical particulier après une césarienne ou sur une voie basse.

Cette démarche paraît avoir un accord de l'ensemble des participants des équipes Millahoise et de ST AFFRIQUE.

Un point particulier a été souligné par l'équipe de MILLAU qui paraît indispensable :

- 1 - L'autorisation administrativement reconnue de la possibilité de se déplacer pendant l'astreinte du site de MILLAU vers ST AFFRIQUE et que ceci ne soit pas reproché au chef de service et au médecin concerné dans la mesure où un protocole a été mis en place et que c'est la seule solution possible sur ce bassin de vie.
- 2 - Qu'il soit prévu, pendant cette période, que si la sage-femme du service de MILLAU se trouve en difficultés elle puisse appeler le chirurgien d'astreinte sur MILLAU pour réaliser une césarienne de façon à ce que la sécurité proposée pour l'un des sites ne soit pas délétère pour l'autre.

Cette démarche pourrait s'accompagner d'un suivi de l'analyse des dossiers ayant justifié un appel de l'astreinte chirurgicale, une mutation ou une non mutation pour des raisons soit médicales, soit organisationnelles à raison de 3 réunions par an entre les sites de MILLAU, ST AFFRIQUE, STRASBOURG et NIMES sous forme de visio-conférences.

Toutes ces propositions pourraient être bien sur modifiées à la suite d'une évaluation annuelle médico-administrative.

Ces propositions sont faites à la suite de la prise en compte de la situation géographique spécifique des deux villes, des effectifs des équipes en place et de la situation nationale en terme de disponibilité de médecins, sages-femmes, infirmières etc... La dernière solution paraît pour l'instant la plus appropriée pour répondre à des objectifs de sécurité en terme de santé et d'attente d'accès aux soins de la population. Quoiqu'il en soit du choix définitif, ces propositions devront bénéficier d'un contrôle annuel et d'une adaptation dans le cadre des objectifs du plan Hôpital 2007.

ANNEXE N°6

Données PMSI

L'activité médicale de court séjour du CHIC Sud Aveyron Synthèse des données issues du PMSI

1.1 Objectifs, matériel et méthode

La mission a souhaité répondre aux questions suivantes.

1. Quelle est l'organisation actuelle du CHIC en matière de recueil et du traitement des données,
2. Quelles sont les garanties apportées sur la qualité des données,
3. Quel est le profil d'activité médicale de l'établissement et de ses 2 sites et comment se situe-t-il par rapport à des établissements de santé de même niveau.
4. Quelle est l'attractivité et les fuites par groupe d'activité (RUIZ) ou ligne de produit lourd ou pas (OAP)

Les données suivantes ont été mobilisées et/ou produites spécifiquement pour la mission :

1. Des entretiens sur l'organisation (DIM), et sur la qualité des données (DIM et DRASS)
2. L'évolution du nombre de séjour PMSI des deux sites de 1997 à 2003 (DIM)
3. Une étude spécifique sur l'évolution de la chirurgie ambulatoire sur les 2 sites de 2000 à 2003 (DIM)
4. le profil d'activité des deux sites du CHIC en 2002 (DIM)
5. Les données globales fournies pour l'annexe du PLFSS 2004 à partir du PMSI 2002 (ATIH¹)
6. Une étude spécifique sur l'attractivité et les fuites des établissements de santé du Sud-Aveyron en 1999 et 2001 (DRASS)
7. Une étude spécifique sur l'attractivité et les fuites, en fonction de la gravité des actes en 2001 (mission et consultant extérieur).

Les données de base de case-mix par GHM sont produites en routine par tous les DIM. Le DIM du CHIC est relié au réseau des DIM de Midi-Pyrénées qui assure un re-traitement de l'information par groupes d'activité via une procédure propre à la région développée par le Dr RUIZ, DIM à ALBI². Les acteurs régionaux des établissements de santé publics et privés et ceux des services de tutelle utilisent régulièrement ce re-traitement pour conduire leurs analyses et comparaisons intra-régionales. La mission a utilisé cette production pour mener une analyse initiale à partir des fichiers PMSI 1999 et 2001.

La mission a fait produire également un traitement spécifique via un autre système d'analyse de données (OAP³), utilisé plus largement en France. Cette classification permet en effet de séparer les séjours « lourds » des séjours de moindre complexité de prise en charge.

¹ ATIH Agence Technique de l'information médicale

² . Il s'agit d'une classification mise au point pour le comité technique régional de l'information médicale de Midi-Pyrénées par le Dr. J RUIZ, DIM au centre hospitalier d'ALBI. Version utilisée v5.6

³ OAP : Outil d'analyse du PMSI. Il s'agit d'une classification mise au point par le comité technique régional de l'information médicale d'Ile-de-France en 1999. La version 2.1 (nov. 2001) utilisée ici est applicable aux données PMSI 2000 et 2001 (compatible avec la version 6 de la classification PMSI).

1.2 Historique et organisation du DIM

L'analyse médicale des deux sites du CHIC est enregistrée via le PMSI depuis le début des années 1990. La responsabilité médicale reposait avant la fusion, à Saint-Affrique sur le Dr Zeymour (urgentiste) et à Millau sur les Dr MONIER (radiologue) puis PEREZ (urgentiste).

Depuis la fusion en 2000, le service est commun aux deux sites. Une base de donnée unique a été constituée. Les données sont groupées et anonymisées via une seule procédure. Le Dr PEREZ, qui est passée à temps plein sur cette activité depuis la fin 2001, assure seule la responsabilité médicale sur les deux sites. Le DIM fonctionne avec 3 secrétaires (1,9 ETP), techniciennes de l'information médicale (TIM). Depuis la fusion, le codage autrefois en partie déconcentré dans les services de soins, est à nouveau entièrement assuré par les techniciens du DIM.

1.3 Contrôle qualité des données

Le contrôle de qualité des données du PMSI repose habituellement sur un contrôle interne assuré par le DIM et un contrôle externe assuré par les médecins de la tutelle.

L'activité de contrôle interne sur échantillon telle que prévue par la mission PMSI s'est arrêtée depuis 2000⁴. Le contrôle interne est en fait réalisé par le Dr PEREZ, lors de la revue mensuelle des codages réalisés par les TIM pour chaque unité fonctionnelle. Sept contrôles internes ont été effectués entre 1996 et 1999, six sur les données de Saint-Affrique et un sur les données de Millau: aucun facteur de redressement n'a été appliqué après recodage témoignant d'une bonne robustesse des données au regard de l'évaluation de la production de points ISA.

L'activité de contrôle externe s'est arrêtée également depuis la première vague de contrôle en 04/1996 (Millau) et 09/1997 (Saint-Affrique). Ces contrôles n'avaient pas montré de problème majeur de codage. Lors de l'enquête DDASS/DRASS de 2001, le DIM a été rencontré pour évaluer les difficultés d'organisation liées à la fusion, mais les données PMSI n'ont pas été contrôlées. D'après la DRASS, la qualité du codage du CHIC ne pose pas de problème majeur. Elle note qu'il n'y a pas eu de fluctuations importantes du profil d'activité des deux sites du CHIC qui auraient pu attirer l'attention depuis le contrôle de 96-97.

⁴ A la demande de la mission un nouveau contrôle par tirage au sort de 100 dossiers a été réalisé sur le 1^{er} semestre 2003. De même les données 2002 et le 1^{er} semestre 2003 ont été auditées via le logiciel NESTOR de l'AP-HP pour le contrôle de cohérence et la recherche d'atypies. Les résultats de ces deux procédures ne sont pas connus fin janvier 2004.

1.4 Analyse de l'activité

1.4.1 Le CHIC a en 2002 un profil d'activité atypique par rapport aux établissements de santé de même niveau.

Son profil d'activité est intermédiaire entre celui des centres hospitaliers de la région (et de France) et celui des centres hospitaliers régionaux. Le poids moyen du cas traité (PMCT) est de 100 points plus lourd que la moyenne française, l'éventail de prise en charge est plus large sur l'ensemble des indicateurs qu'il s'agisse du nombre de GHM mobilisé au total ou du nombre de GHM mobilisés pour produire 80% du nombre total des points ISA, des journées ou des séjours.

Tableau 1. Comparaison globale PMSI du CHIC et des centres hospitaliers français

PMSI 2002	Nbre Etablisst.	PMCT	80% ISA	80% des journées	80% des séjours	Nombre de GHM
CHIC	1	1450	135	130	116	434
CENTRES HOSPITALIERS France	416	1355	114	100	93	383
Centres hospitaliers régionaux	31	1664	183	180	125	578
ratio CHIC/centre hospitalier France		107%	118%	130%	125%	113%

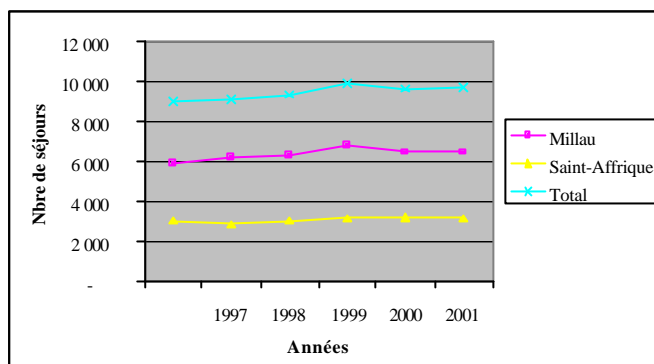
Source : DHOS Annexe PLFSS 2004. Septembre 2003.

Au total, l'établissement de santé déploie un éventail plus large de prises en charge d'une part et semble d'autre part, concentrer sur certaines de ces prises en charge des actes lourds, générant un nombre élevé de points ISA.

1.4.2 Le nombre de séjours d'hospitalisation a crû entre 1997 et 2000 puis est stable depuis 2001.

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 $(A_n - A_{n-1}) / A_n$		1,45%	2,97%	5,88%	-2,40%	0,08%

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



1.4.3 Les deux tiers de la production médicale du CHIC se concentrent sur 8 spécialités en 2002

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 ISA⁵.

Tableau 2. Les huit premiers groupes d'activité du CHIC en 2002

N° GA	Libellé	ISA CHIC Totaux	% ISA	% ISA cumulés	Part Millau	Part Saint-Affrique
N°6	Chir Ortho-traumatologie-chir des nerfs périph	1 762 080	15,40%	15,40%	68%	32%
N°21	Pneumologie	991 910	8,67%	24,07%	59%	41%
N°7	Chir viscérale	986 905	8,62%	32,69%	84%	16%
N°22	Cardiologie	953 455	8,33%	41,02%	69%	31%
N°24	Hépto-gastro-entérologie	858 750	7,50%	48,53%	60%	40%
N°20	Neurologie et Tt ortho du rachis	735 740	6,43%	54,96%	66%	34%
N°39	Divers sans acte classant chirurgical	661 220	5,78%	60,73%	57%	43%
N°12	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.

⁵ 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 3. Activités chirurgicales principales mesurées en points ISA avec intervention au bloc du CHIC en 2002.

Ortho-traumatologie	2 070 755	18,1%
Viscéral + urologie + gynécologie	1 619 970	14,2%
Total	3 690 725	32,3%

Source : DIM. PMSI 2002. Retraitement mission.

Trois points doivent être soulignés :

1. L'activité chirurgicale est très spécialisée sur certains segments : colon et voies biliaires pour le viscéral et hanches pour l'orthopédie. Ces recrutements concentrent des actes à forte valeur ISA sur un nombre réduit de séjours. Ceci explique vraisemblablement le fait que le poids moyen du cas traité est plus élevé sur le CHIC que sur les autres établissements de santé.
2. Il n'existe pas d'activités manifestement atypiques pour un établissement de santé de proximité.
3. La part des chirurgies dites « de spécialité » ophtalmologie et ORL sur le CHIC est faible. Ceci est à relier à leur développement, principalement dans le secteur privé.

1.4.4 Le profil d'activité du CHIC est stable depuis 2000.

Il n'existe pas de modification notable si l'on tient compte des modifications de codage intervenues en 2001 entre les Groupes d'activité 36 (chimiothérapie) et 32 (maladies du sang...) qui ne constituent pas une modification d'activité réelle, mais uniquement un effet de champ.

1.5 Analyse de l'attractivité et des fuites

1.5.1 L'étude de la DRASS sur la base PMSI 1999⁶ 7.

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

- Le centre hospitalier de Millau a effectué en 1999, hors séances, 6268 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.
- Le centre hospitalier de Saint Affrique a effectué 2836 séjours dont 65% en médecine, 16% en chirurgie, 19% en obstétrique.

Globalement, le secteur d'attraction de Millau et Saint Affrique correspond au secteur sanitaire du « Sud Aveyron », à l'exception des communes adjacentes au département du

⁶ Etude DRASS-ARH pour la, préparation du SROS 2

⁷ Lors de l'étude « Fuites et Attractions au PMSI 1999 » des zonages théoriques avaient été construits. Ces zonages étaient constitués de codes postaux (eux-mêmes constitués de communes) dont le temps d'accès par rapport aux implantations des établissements était le plus court

Tarn, dépendant des bureaux distributeurs de Coupiac et Saint Sernin sur Rance. A cette zone, il faut ajouter les communes de départements limitrophes de La Canourgue et Meyruis de la Lozère, et Trèves dans le Gard.

1.5.1.2 L'attractivité des deux bassins de vie Saint-Affricain et Millavois en 1999

Deux bassins se dégagent pour la médecine et l'obstétrique, relativement proches quant à leur composition territoriale. Ils se distinguent par l'importance des flux :

- Quasiment aussi intense sur Millau (privé et public) pour la médecine et l'obstétrique
- Des liaisons plus faibles sur Saint Affrique en médecine
- Des liaisons plus intenses sur Saint Affrique en obstétrique

Pour la chirurgie, l'importance des flux ne détermine qu'un bassin centré sur les deux établissements de Millau.

D'une manière générale, la dichotomie des bassins est plus marquée pour l'obstétrique (yc le total accouchement et les accouchements par voie basse sans complication significative), les liaisons sont plus intenses.

1.5.2 L'étude de la DRASS sur le PMSI 2001⁸

A partir du PMSI 2001, il n'est pas possible de distinguer l'établissement hospitalier de Millau de celui de Saint-Affrique. Seuls peuvent être distingués l'établissement juridique public de Millau - Saint-Affrique, de l'établissement privé « Clinique Saint Côme » de Millau.

1.5.2.1 La fréquentation des établissements de santé du Sud-Aveyron en 2001

D'après le PMSI 2001, le CHIC de Millau Saint-Affrique a réalisé 9653 séjours (y c. les séances de chimiothérapie et radiothérapie). Ces séjours se décomposent en

- 5 923 séjours en Médecine
- 1 958 séjours en Chirurgie
- 1 768 séjours en Obstétrique.

L'activité du CHIC est essentiellement axée sur les communes constituant sa zone théorique. En moyenne pour les trois disciplines 87,3% des séjours réalisés par le CHIC le sont pour des résidents de cette zone. Le CHIC, peu attractif, est un établissement de proximité.

- Médecine 86,5% de l'activité avec des résidents de la zone
- Chirurgie 87,6% de l'activité avec des résidents de la zone
- Obstétrique 89,5% de l'activité avec des résidents de la zone

1.5.2.2 L'attractivité du CHIC et de la clinique Saint-Côme en 2001

⁸ DRASS Midi-Pyrénées Service études et statistiques. Attractions et fuites CHIC du Sud-Aveyron 23 décembre 2003 47 pages.

A l'inverse, les patients de cette zone théorique sont assez «fuyants », plus de 4 séjours sur dix ne sont pas réalisés par Millau (CHIC et Clinique). Le CHIC assure 42,8% des séjours de ces résidents. Les fuites les plus importantes se font à destination des pôles de Montpellier en moyenne pour 17,5% des séjours, d'Albi pour 6,8%, de Rodez pour 6,6%.

- Médecine 43,7% des séjours de la zone sont réalisés par le CHIC
- Chirurgie 30,9% des séjours de la zone sont réalisés par le CHIC
- Obstétrique 66,3% des séjours de la zone sont réalisés par le CHIC

Toutes disciplines confondues, 55,3% de l'activité du CHIC résultent de séjours des résidents des 2 communes de Millau et Saint-Affrique.

- Médecine 54,4% de l'activité du CHIC avec les résidents de Millau et Saint Affrique
- Chirurgie 54,1% de l'activité du CHIC avec les résidents de Millau et Saint Affrique
- Obstétrique 59,5% de l'activité du CHIC avec les résidents de Millau et Saint Affrique

Pour ces deux communes, le CHIC assure, toutes disciplines confondues 50,8% de l'ensemble des séjours des résidents.

- Médecine 52,4% des séjours des résidents de Millau et Saint Affrique
- Chirurgie 35,3% des séjours des résidents de Millau et Saint Affrique
- Obstétrique 78,2% des séjours des résidents de Millau et Saint Affrique

Outre ces deux communes, les plus fortes densités de séjours réalisés par le CHIC sont localisées dans les territoires, se situant au sud de l'axe Millau Saint Affrique (Belmont sur Rance, Camarés, Roquefort sur Souzou, La cavalerie) et la zone de Séverac le Château au nord.

L'activité extra régionale du CHIC est de l'ordre de 10%, dont 6% pour les départements extra régionaux limitrophes (6,5% en médecine, 4,1% en chirurgie, 6,7% en obstétrique). Les principaux territoires concernés sont tous adjacents à l'Aveyron: Trèves pour le Gard, Le Caylar pour l'Hérault, La Canourgue et Meyrueis pour la Lozère.

1.5.2.3 L'attractivité des établissements de santé de Midi-Pyrénées en 2001⁹.

L'analyse du nombre de séjours de patients habitant dans une zone d'attraction déterminée a été réalisée pour l'ensemble des établissements (publics et privés) de la région Midi-Pyrénées. Elle permet de situer en terme l'attractivité par discipline MCO des structures du Sud Aveyron (les deux sites publics et l'établissement privé de Millau sont ici confondus car desservant le même bassin de population).

Tableau 4– Attractions par pôles d'activités¹⁰

⁹ MAGNIER B Etude complémentaire service statistique DRASS février 2004

¹⁰ Les cases en gras correspondent aux zones dont les pôles sont comparables en volume de RSA, pour chaque discipline

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 aux établissements de santé de la zone de Millau	43,23%	57,95%	58,18%	

Source DRASS – service statistique

Les deux établissements de santé public et privé du Sud-Aveyron assurent plutôt bien leur rôle de proximité en gynécologie obstétrique et en chirurgie – par rapport aux autres établissements de santé similaires de la région. En médecine, les taux de couverture sont un peu plus faibles.

Ce rôle d'établissement de santé de proximité est-il bien assuré, si l'on s'intéresse maintenant à la lourdeur des actes. Autrement dit, les « fuites » correspondent-elles plutôt à des actes lourds ou aussi à des actes plus légers, accessibles potentiellement sur place ?

1.5.2.4 Les groupes d'activités et les actes traceurs en 2001¹¹.

La mission a demandé à la DRASS une étude spécifique sur quelques actes dits traceurs, afin d'éclairer cette question dans un premier temps. Cinq traceurs ont été retenus : les accouchements totaux et les accouchements par voie basse sans complication, hernie, infarctus du myocarde et prothèse totale de hanche¹².

Pour les « traceurs de proximité », à l'exception de l'activité « prothèse totale de hanche », les deux centres d'attraction apparaissent. Ils diffèrent principalement par leur composition territoriale, avec des liaisons relativement intenses.

Millau est plus attractif géographiquement que Saint-Affrique pour les hernies et l'infarctus aigu du myocarde. Par contre, les attractions respectives de Millau et Saint-Affrique pour les accouchements par voie basse sans complication significative courent le sud de l'Aveyron en deux parties de superficie presque égale.

L'activité « prothèse totale de hanche », n'a pas le profil d'une activité de proximité. Millau assure pratiquement l'exclusivité des séjours dans ce domaine. L'activité globale concerne peu de séjours, et les fuites sont importantes notamment vers Montpellier.

Au vu de cette étude sur les traceurs, les établissements de santé semblent jouer leur rôle en matière de chirurgie de proximité, comme en témoigne la bonne prise en charge locale des hernies. Cette relation reste-t-elle vérifiée sur une approche plus globale ? Analyse lourdeur des cas traités sur la base PMSI 2001, via OAP

L'analyse globale a été réalisée à partir du PMSI 2001. Elle sépare l'ensemble des séjours en séjours dits lourds ou pas réalisés par les habitants du secteur sanitaire du Sud-Aveyron (SS n°73003). L'analyse couvre ici toute l'activité chirurgicale, y compris gynécologique, contrairement à l'étude menée par la DRASS qui avait isolé cette dernière.

1.5.2.5 Chirurgie légère et chirurgie lourde

L'hypothèse de travail est qu'il ne devrait pas y avoir ou peu de fuite sur les actes de faible technicité et qu'il est logique d'en avoir par contre sur les actes dits lourds, ne serait-ce que parce qu'ils ne sont pas tous réalisables dans le Sud-Aveyron.

¹¹ MAGNIER B Millau Saint-Affrique Attraction et fuites Les actes traceurs. Service statistique DRASS décembre 2003

¹² Le total accouchements à été repéré en 1999 par les GHM 530, 531, 533, 534, 539, 540, 541 - L'accouchement par voie basse sans complication significative : GHM 540 - Les hernies : GHM 226, 227, 228, 229, 230 - L'infarctus aigu du myocarde : GHM 178, 179, 180 - La prothèse totale de hanche : séjours ayant des actes parmi W795, W436, W440, W441, W442, W443, W444, W445, W450, W451

Tableau 5. Répartition entre établissements de santé, de l'activité chirurgicale mesurée en nombre de séjours par OAP.

Etablissement de santé	TOTAL ACTIVITE CHIRURGICALE	Part des prises en charge chirurgicale du secteur sanitaire	% cumulé prise en charge du secteur sanitaire
C.H. MILLAUD	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%
SA POLYCLINIQUE ESPERANCE	63	1,2%	87,8%
CLINIQUE CHIRURGICALE DR ESCUDIE	60	1,2%	89,0%

Source : PMSI 2001, retraitement OAP mission.

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'établissement ne doit pas masquer que l'activité chirurgicale 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 90% des séjours.
- 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 6. Répartition de l'activité chirurgicale lourde 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 sur prises en charge lourdes du secteur sanitaire
CHIC	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%
CENTRE REGIONAL LUTTE CONTRE LE CANCER	63,6%	28	2,6%	81,5%
CLINIQUE DES CEDRES	77,8%	21	1,9%	83,5%
SA POLYCLINIQUE ESPERANCE	23,8%	15	1,4%	84,8%
CLINIQUE CHIRURGICALE DR ESCUDIE	23,3%	14	1,3%	86,1%

Source : PMSI 2001, retraitement OAP mission.

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 habitants le 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.

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],

Tableau 7. Répartition de l'activité chirurgicale légère entre les établissements de santé

Etablissement	Part des prises en charge légères dans l'activité de l'établissement	Total prises en charge légères	% prises en charge légères du secteur sanitaire	% cumulé sur prise en charge légère du secteur sanitaire
CLINIQUE SAINT COME	88,9%	1557	38,1%	38,1%
CHIC	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%
SA POLYCLINIQUE ESPERANCE	76,2%	48	1,2%	89,1%
CLINIQUE CHIRURGICALE 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.

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.

Au total, les deux établissements du Sud-Aveyron réalisent 70% de l'activité chirurgicale du secteur sanitaire en 2001. Qu'il s'agisse de prise en charge légère ou lourde, 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 jouent 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, sans que cela ne déborde sur des pathologies hors de leur portée.

1.5.2.6 Médecine légère et médecine lourde

Tableau 8. Répartition entre établissements de santé, de l'activité médicale mesurée en nombre de séjours par OAP.

	TOTAL ACTIVITE MEDICALE	% activité médicale globale	% cumul activité médicale globale
CHIC	5707	51,2%	51,2%
C.H.U MONTPELLIER	1475	13,2%	64,4%
CLINIQUE SAINT COME	1315	11,8%	76,2%
C.H. DE RODEZ	471	4,2%	80,5%
CENTRE REGIONAL LUTTE CONTRE LE CANCER	435	3,9%	84,4%
CLINIQUE CLAUDE BERNARD	311	2,8%	87,2%
C.H.U. DE TOULOUSE	214	1,9%	89,1%
C.H. D'ALBI	192	1,7%	90,8%
Autres établissements	1025	9,2%	100%
TOTAL	11145	100%	

Source : PMSI 2001, retraitement OAP mission.

Les patients du Sud-Aveyron ont effectué en 2001, 11 145 séjours dans les établissements de santé français publics et privés. Cette activité s'est concentrée sur huit établissements de santé qui ont accueillis plus de 90% des séjours. Quatre établissements de santé réalisent plus de

quatre séjours sur cinq : le CHIC, le CHU de MONTPELLIER, le clinique St-Côme et le Ch de RODEZ. Les deux établissements de santé du Sud-Aveyron réalisent un peu moins des 2/3 de la couverture en médecine de la population de leur secteur sanitaire.

Tableau 9. Répartition entre établissements de santé, de l'activité médicale lourde en nombre de séjours par OAP

	SOUS TOTAL PEC LOURDES (a)	SOUS TOTAL PEC LEGERES (b)	TOTAL ACTIVITE MEDICALE	% PEC médicales lourdes (a)
CHIC	866	4841	5707	55,5%
C.H.U MONTPELLIER	288	1187	1475	18,5%
CLINIQUE LAVALETTE	62	12	74	4,0%
C.H. DE RODEZ	59	412	471	3,8%
CLINIQUE SAINT COME	50	1265	1315	3,2%
C.H.U. DE TOULOUSE	40	174	214	2,6%
CLINIQUE CLAUDE BERNARD	36	275	311	2,3%
C.H. D'ALBI	21	171	192	1,3%
CENTRE REGIONAL LUTTE CONTRE LE CANCER	20	415	435	1,3%
Autres établissements de la région	118	833	951	7,6%
TOTAL	1560	9585	11145	100%

Source : PMSI 2001, retraitement OAP mission.

Tableau 10. Répartition entre établissements de santé, de l'activité médicale légère en nombre de séjours par OAP

	SOUS TOTAL PEC LOURDES (a)	SOUS TOTAL PEC LEGERES (b)	TOTAL ACTIVITE MEDICALE	% PEC médicales légères (b)
CHIC	866	4841	5707	50,5%
CLINIQUE SAINT COME	50	1265	1315	13,2%
C.H.U MONTPELLIER	288	1187	1475	12,4%
CENTRE REGIONAL LUTTE CONTRE LE CANCER	20	415	435	4,3%
C.H. DE RODEZ	59	412	471	4,3%
CLINIQUE CLAUDE BERNARD	36	275	311	2,9%
C.H.U. DE TOULOUSE	40	174	214	1,8%
C.H. D'ALBI	21	171	192	1,8%
Autres établissements	180	845	1025	8,8%
TOTAL	1560	9585	11145	100%

Source : PMSI 2001, retraitement OAP mission.

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 prise 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 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.

1.5.2.7 Synthèse

Ces résultats valident l'hypothèse de travail : les deux établissements de santé du sud Aveyron jouent globalement bien leur rôle de proximité, même s'il leur est possible de gagner quelques parts de marché en matière de chirurgie légère mais aussi et surtout en matière de médecine. Ils jouent également le rôle principal dans la prise en charge des pathologies plus lourdes. Compte tenu des pathologies prises en charge et des compétences disponibles, ceci apparaît cohérent.

ANNEXE N° 7

Analyse des budgets du CHIC

LES BUDGETS ANNEXES DU CHIC Sud Aveyron

LE BUDGET D.N.A. : DOTATION NON AFFECTEE

1- LES DEPENSES DU BUDGET DNA

Budget DNA : dépenses autorisées

DEPENSES Autorisées	1999	2000	2001	2002	2003
MILLAU	11 398				
St. AFFRIQUE	4 396				
CHIC-SA	15 794	75 690	12 195	15 244	15 244
<i>Variations</i>	+ 59 896		- 63 495	+ 3 049	+ 0
	+ 379 %		- 83,88%	+ 25 %	+ 0%
			- 550		
			- 3,49%		

Sources : Document CHICSA – Direction des Finances – Décembre 2003 – Tableaux 28 : « Les budgets tels qu'ils apparaissent dans les comptes administratifs »

Budget DNA : dépenses réelles

DEPENSES Réelles	1999	2000	2001	2002	2003
MILLAU	10 580				
St. AFFRIQUE	1 378				
CHIC-SA	11 958	68 071	7 198	12 135	7 792
<i>Variations</i>	+ 56 113		- 60 873	+ 4 937	- 4 343
	+ 469,25 %		- 89,42 %	+ 67,58 %	- 35,79%
			- 4 166		
			- 34,84%		

Sources : Document CHICSA – Direction des Finances – Décembre 2003 – Tableaux 28 : « Les budgets tels qu'ils apparaissent dans les comptes administratifs »

Commentaires

- Les résultats sont très erratiques. Mais les budgets sont peu importants en volume.
- Les dépenses réelles ne sont jamais supérieures aux dépenses autorisées.
- Les dépenses enregistrées en 2000 correspondent à la régularisation de la vente d'un immeuble non amorti (mandat au compte 675 pour un montant de 58 311 €).
- En 2002 ont été dépensés 1 858 € pour des honoraires d'expertises et 3 148 € pour la régularisation de la vente d'un terrain.

2- LES RECETTES DU BUDGET DNA

Budget DNA : recettes autorisées

RECETTES Autorisées	1999	2000	2001	2002	2003
MILLAU	11 398				
St. AFFRIQUE	4 396				
CHIC-SA	15 794	75 690	12 195	15 244	15 244
<i>Variations</i>	+ 59 896		- 63 495	+ 3 049	+ 0
	+ 379 %		- 83,88%	+ 25 %	+ 0%
			- 550		
			- 3,49%		

Sources : Document CHICSA – Direction des Finances – Décembre 2003 – Tableaux 28 : « Les budgets tels qu'ils apparaissent dans les comptes administratifs »

Budget DNA : recettes réelles

RECETTES Réelles	1999	2000	2001	2002	2003
MILLAU	11 722				
St. AFFRIQUE	5 728				
CHIC-SA	17 450	93 102	17 614	11 842	11 823
Variations	+ 76 652		- 75 488	- 5 772	- 19
	+ 433,53 %		- 81,08 %	- 32,76 %	- 0,17%
			- 5 627		
			- 32,25%		

Sources : Document CHICSA – Direction des Finances – Décembre 20003 – Tableaux 28 : « Les budgets tels qu'ils apparaissent dans les comptes administratifs »

Commentaires

Mêmes remarques que pour les dépenses.

3 - LES RESULTATS DU BUDGET DNA (recettes réelles – dépenses réelles)

Résultats des budgets DNA

VARIATIONS Recettes –dépenses Réelles	1999	2000	2001	2002	2003
MILLAU	1 142				
St. AFFRIQUE	4 350				
CHIC-SA	5 492	25 031	10 416	- 293	+ 4 031
% des recettes réelles	+ 31,47 %	+ 26,88 %	+ 59,13 %	- 2,41 %	+ 34,10%

Résultats = recettes réelles – dépenses réelles

Sources : Document CHICSA – Direction des Finances – Décembre 20003 – Tableaux 28 : « Les budgets tels qu'ils apparaissent dans les comptes administratifs »

Commentaires

Les résultats sont tous les ans excédentaires, sauf en 2002 (-2,4%), mais le « dérapage » porte sur des sommes minimes.

BUDGET B : LONG SEJOUR

1 - LES DEPENSES DU BUDGET LONG SEJOUR

Budget Long séjour : dépenses autorisées

DEPENSES Autorisées	1999	2000	2001	2002	2003
MILLAU	3 119 205				
St. AFFRIQUE	3 110 693				
CHIC-SA	6 229 898	6 383 194	6 485 329	6 766 928	6 959 872
Variations	+ 153 296		+ 102 135	+ 281 599	+ 192 944
	+ 2,46 %		+ 1,60 %	+ 4,34 %	+ 2,86%
			779 974		
			+ 11,72%		

Sources : Document CHICSA – Direction des Finances – Décembre 20003 – Tableaux 28 : « Les budgets tels qu'ils apparaissent dans les comptes administratifs »

Budget Long séjour : dépenses réelles

DEPENSES Réelles	1999	2000	2001	2002	2003
MILLAU	3 084 122				
St. AFFRIQUE	3 047 324				
Charges à rattacher	770	- 6770 + 10 205	- 10 205 + 35 672	- 35 672 + 19 263	- 19 263
CHIC-SA	6 138 216	6 339 060	6 510 796	6 750 519	6 940 609
Variations	+ 200 844		+ 171 736	+ 239 723	+ 190 090
	+ 3,27 %		+ 2,71 %	+ 3,68 %	+ 2,82 %
	+ 802 393				
	+ 13,07 %				

Sources : Document CHICSA – Direction des Finances – Décembre 2003 – Tableaux 28 : « Les budgets tels qu'ils apparaissent dans les comptes administratifs »

Commentaires

- Les dépenses autorisées progressent entre 1,6 et 4,3% , les dépenses réelles entre 2,7 et 3,7 %.
- Il n'y a pas de dépassements des dépenses autorisées, sauf en 2001 (+ 25 467 €).

2 - LES RECETTES DU BUDGET LONG SEJOUR

Budget Long séjour : recettes autorisées

RECETTES Autorisées	1999	2000	2001	2002	2003
MILLAU	3 119 205				
St. AFFRIQUE	3 110 693				
CHIC-SA	6 229 898	6 383 194	6 485 329	6 766 928	6 959 872
Variations	+ 153 296		+ 102 135	+ 281 599	+ 192 944
	+ 2,46 %		+ 1,60 %	+ 4,34 %	+ 2,86 %
	+ 729 974				
	+ 11,72 %				

Sources : Document CHICSA – Direction des Finances – Décembre 2003 – Tableaux 28 : « Les budgets tels qu'ils apparaissent dans les comptes administratifs »

Budget Long séjour : recettes réelles

RECETTES Réelles	1999	2000	2001	2002	2003 *
MILLAU	3 118 916				
St. AFFRIQUE	3 126 108				
CHIC-SA	6 245 024	7 173 771	6 580 940	6 915 127	6 951 969
Variations	+ 928 747		- 592 831	+ 334 187	+ 36 842
	+ 14,87 %		- 8,26 %	+ 5,07 %	+ 0,53 %
	+ 706 945				
	+ 11,32 %				

Sources : Document CHICSA – Direction des Finances – Décembre 2003 – Tableaux 28 : « Les budgets tels qu'ils apparaissent dans les comptes administratifs »

* Estimations

Commentaires

Les recettes réelles ont connu une forte hausse en 2000. Elles sont liées à la vente de « l'Hôtel Dieu » (ancien long séjour de Millau), soit 686 020 €

3 - LES RESULTATS DU BUDGET LONG SEJOUR (recettes réelles – dépenses réelles)

Budget Long séjour : résultats

VARIATIONS Recettes – dépenses Réelles	1999	2000	2001	2002	2003
MILLAÜ	34 794				
St. AFFRIQUE	78 784				
CHIC-SA	113 578	838 146	95 611	148 199	11 360
% des recettes réelles	1,81 %	11,68 %	1,45 %	2,14 %	0,16%

Sources : Document CHICSA – Direction des Finances – Décembre 2003 – Tableaux 28 : « Les budgets tels qu'ils apparaissent dans les comptes administratifs »

Commentaires

- Les résultats sont excédentaires tous les ans.
- Les résultats de 2000 sont « atypiques » par leur ampleur. Ils sont liés à la vente de « l'Hôtel Dieu »

4 – LES EFFECTIFS PNM DU BUDGET LONG SEJOUR

Evolution du PNM budgétés et payés selon le statut pour le Budget B (Effectifs en ETP)

	2000	2001	Dif. 2001 2000 en %	2002	Dif. 2001 2002 en %	2003	Dif. 2003 2002 en %	Variatio n En nombre	2000 – 2003 En %
Effectifs budgétés	110,50	110,50	+ 0%	118,10	+ 6,87%	119,10	+0,84%	+ 8,6	+ 7,78%
Titulaires et stagiaires payés	102,56	98,34	- 4,11%	94,76	- 3,64%	105,45	+ 11,28%	+ 2,89	+ 2,81%
Contractuels sur postes vacants payés	2,23	2,56	+14,9%	1,25	- 51,17%	4,54	+ 263,2%	+ 2,31	+ 103,5%
Contractuels de remplacement payés	23,89	28,61	+ 19,75%	41,66	+ 45,61%	34,44	- 17,33%	+10,55	+ 44,16%
TOTAL effectifs payés	128,68	129,51	+ 0,64%	137,67	+ 6,30%	144,43	+ 4,91%	+15,75	+ 12,23%
Différence Budgétés- payés	+18,18	+ 19,01		+19,57		+24,33			
%	+ 16,4%	+ 17,2%		+ 16,5%		+ 20,40			

Sources : CHICSA – DRH

3 - BUDGET J : MAISON DE RETRAITE

1 – LES DEPENSES DU BUDGET MAISON DE RETRAITE

Budget Maison de retraite : dépenses autorisées

DEPENSES Autorisées	1999	2000	2001	2002	2003*
MILLAU	2 505 331				
St. AFFRIQUE	1 313 225				
CHIC-SA	3 818 556	3 939 735	4 054 362	4 284 976	4 413 027
Variations	+ 121 179		+ 114 627	+ 230 614	+ 228 051
	+ 3,17 %		+ 2,90 %	+ 5,68 %	+ 5,32 %
	+ 694 471				
	+ 18,19 %				

Sources : Document CHICSA – Direction des Finances – Décembre 2003 – Tableaux 28 : « Les budgets tels qu'ils apparaissent dans les comptes administratifs »

* Estimations

Budget Maison de retraite : dépenses réelles

DEPENSES Réelles	1999	2000	2001	2002	2003*
MILLAU	2 502 686				
St. AFFRIQUE	1 251 227				
Charges à rattacher	3 896	-3 896 + 15 587	-15 587 + 51 926	-51 926 + 99 830	-99 830
CHIC-SA	3 757 809	3 897 825	4 072 944	4 332 880	4 413 198
Variations	+ 140 016		+ 175 119	+ 259 936	+ 80 318
	+ 3,72 %		+ 4,49 %	+ 6,38 %	+ 1,85 %
	+ 655 389				
	+ 17,44 %				

Sources : Document CHICSA – Direction des Finances – Décembre 2003 – Tableaux 28 : « Les budgets tels qu'ils apparaissent dans les comptes administratifs »* Estimations

Commentaires

- Les dépenses autorisées progressent tous les ans.
- La forte progression des dépenses en 2002 correspond à la mise en place de la RTT du personnel non médical.
- En 2000 et 2002 les dépenses réelles sont plus élevées que les dépenses autorisées (+ 18 582 et + 37 904) mais ces dépassements sont inférieures à 1% ;

2 – LES RECETTES DU BUDGET MAISON DE RETRAITE

Budget Maison de retraite : recettes autorisées

RECETTES Autorisées	1999	2000	2001	2002	2003
MILLAU	2 505 331				
St. AFFRIQUE	1 313 225				
CHIC-SA	3 818 556	3 939 735	4 054 362	4 284 976	+ 4 513 027
Variations	+ 121 179		+ 114 627	+ 230 614	+ 228 051
	+ 3,17 %		+ 2,90 %	+ 5,68 %	+ 5,32 %
	+ 694 471				
	+ 18,19 %				

Sources : Document CHICSA – Direction des Finances – Décembre 2003 – Tableaux 28 : « Les budgets tels qu'ils apparaissent dans les comptes administratifs »

Budget Maison de retraite : recettes réelles

RECETTES Réelles	1999	2000	2001	2002	2003
MILLAU	2 495 139				
St. AFFRIQUE	1 351 183				
CHIC-SA	3 846 322	4 018 329	4 027 161	4 417 352	4 473 745
Variations	+ 172 007		+ 8 832	+ 390 191	+ 56 393
	+ 4,47 %		+ 0,21 %	+ 9,68 %	+ 1,28 %
	+ 627 423				
	+ 16,31 %				

Sources : Document CHICSA – Direction des Finances – Décembre 2003 – Tableaux 28 : « Les budgets tels qu'ils apparaissent dans les comptes administratifs »

Commentaires

Très forte progression en 2002 des recettes réelles (environ 10%)

3 – LES RESULTATS DU BUDGET MAISON DE RETRAITE (recettes réelles – dépenses réelle)

Budget Maison de retraite : résultats

VARIATIONS Recettes – dépenses Réelles	1999	2000	2001	2002	2003
MILLAU	- 7 547				
St. AFFRIQUE	+ 99 956				
CHIC-SA	+ 88513	+ 120 504	- 45 783	+ 84 472	+ 60 547
% des recettes réelles	+ 2,30 %	+ 2,99 %	- 1,14 %	+ 1,91 %	+ 1,35 %

Sources Document CHICSA – Direction des Finances – Décembre 2003 – Tableaux 28 : « Les budgets tels qu'ils apparaissent dans les comptes administratifs »

Commentaires

Les résultats sont toujours positifs sauf en 2001 (-1,14%)

Les sommes en cause sont relativement faibles

4 – LES EFFECTIFS PNM DU BUDGET MAISON DE RETRAITE

Evolution du PNM budgétés et payés selon le statut pour le Budget J (Effectifs en ETP)

	2000	2001	Dif. 2001 2000 en %	2002	Dif. 2001 2002 en %	2003	Dif. 2003 2002 en %	Variation En nombre	2000 – 2003 En %
Effectifs budgétés	66,75	66,75	+0%	72,25	+8,23%	72,90	+0,89%	+6,15	+9,21%
Titulaires et stagiaires payés	63,03	62,62	- 0,65%	60,06	- 4,08%	64,68	+7,69%	+1,65	+2,61%
Contractuels sur postes vacants payés	1,83	1,30	- 28,9%	0	-100%	2,50	+250%	+0,67	+36,6%
Contractuels de remplacement payés	9,07	11,05	+ 21,8%	18,15	+ 64,25%	14,42	-20,6%	+5,35	+58,9%
TOTAL effectifs payés	73,93	74,97	+1,40%	78,20	+4,30%	81,60	+4,34%	+7,67	+10,37%
Différence Budgétés- payés	+7,18	+ 8,22		+ 5,95		+ 8,70			
%	+ 10,75%	+ 12,31%		+8,23%		+ 11,93%			

Sources : CHICSA – DRH

ANNEXE N° 8

Note sur le temps partiel du PNM

EVOLUTION DES EFFECTIFS PNM A TEMPS PARTIEL au CHIC Sud Aveyron
--

	2000		2001		2002	
	Nombre d'agents	En ETP	Nombre d'agents	En ETP	Nombre d'agents	En ETP
ADMINISTRATIF	16	4,3	22	6,45	23	6,85
SOIGNANT	150	47,65	156	48,95	148	45,45
TECHNIQUE	5	1,35	6	1,55	5	1,5
MEDICO TECHNIQUE	6	1,3	7	1,5	5	1,1
TOTAL	177	54,60	191	58,45	181	54,90

Sources : Bilans sociaux

Commentaires

- le nombre d'agents se situe aux alentours de 180 et le nombre d'ETP aux environ de 55
- c'est la catégorie des soignants qui a recours en très large majorité (entre 75 et 80%) au temps partiel.
- 150 soignants ont recours au temps partiel, soit environ 23% de la catégorie

ANNEXE N° 9

Note sur l'absentéisme et le nombre de jours travaillés

L'ABSENTEISME ET LE POTENTIEL DE TRAVAIL

L'évolution de l'absentéisme

	2000							2001						
	MO	MLD	AT MP	MAT	SYND	FOR	Total	MO	MLD	AT MP	MAT	SYND	FOR	Total
Administ.	404	115	0	290	132	95*	1092*	289	0	29	321	136	120	933
Soignant	10509	3930	985	3754	648	1312*	21138*	9714	4566	1491	3316	718	3923	23728
MédicoTec	143	0	15	282	244	35*	719*	369	187	12	214	240	102	1124
Technique	966	982	1075	0	41	39*	3103*	897	1529	858	112	22	36	3454
S/TOTAL	12022	5027	2075	4382	1065	1481*	26052*	11269	622	2390	4001	1116	4181	29239
<i>S/TOTAL Sans SYND et FOR</i>							23506							23942

	2002						
	MO	MLD	AT MP	MAT	SYND	FOR	Total
Administ.	398	0	0	152	136	93	893
Soignant	9467	5825	11880	3163	553	3863	24751
MédicoTec	294	365	17	384	220	125	1405
Technique	927	455	605	0	24	160	2171
S/TOTAL	11086	6645	2502	3713	933	4241	28187
<i>S/TOTAL Sans SYND et FOR</i>							23946

Sources : DRH CHIC-SA

MO = maladie ordinaire

MLD = congés longue maladie et de longue durée

AT MP = accidents du travail et maladies professionnelles

MAT = maternité, adoption, paternité, grossesses et couches pathologiques

SYND = absences syndicales

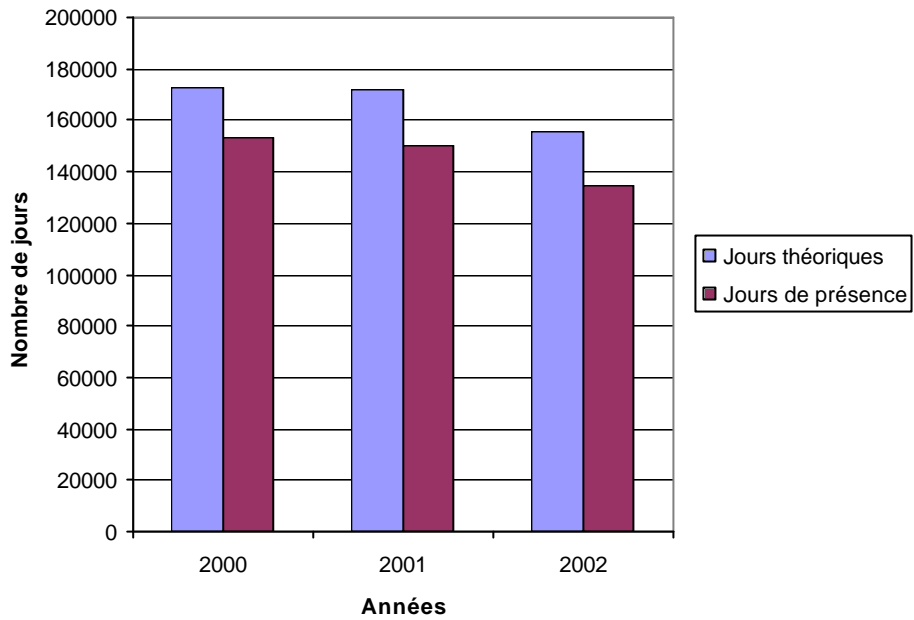
FOR = formation

- les formations professionnelles ne sont pas comptabilisées

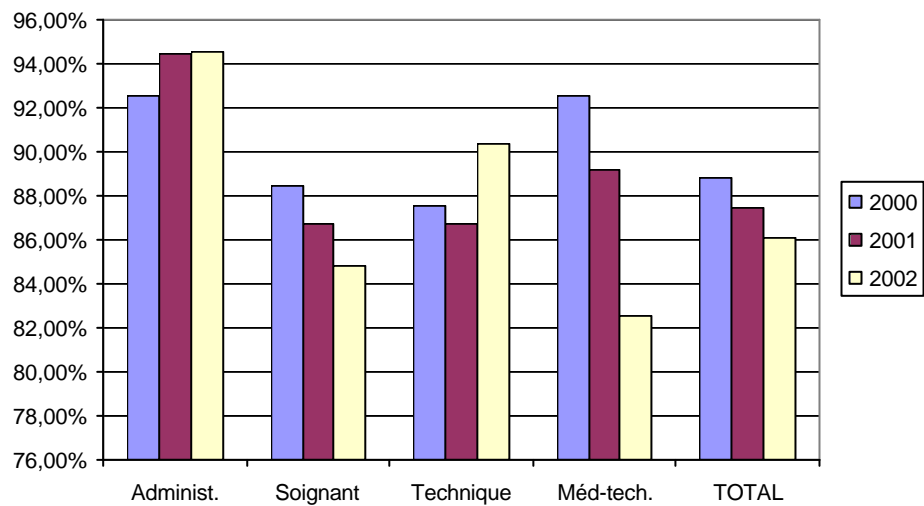
L'évolution du nombre de jours de travail réels

	2000			2001			2002		
	Journées théoriques	Journées de présence	Différence	Journées théoriques	Journées de présence	Différence	Journées théoriques	Journées de présence	Différence
Administ.	13969,03	12929,10	-7,44%	13899,41	13129,36	-5,54%	13035,86	12322,54	-5,47%
<i>Dif. avec l'année précédente</i>				-0,49%	+ 1,54%		-6,21%	-6,14%	
Soignant	133482,3	118045,51	-11,56%	132472,93	114888,11	-13,27%	119987,73	101758,54	-15,19%
<i>Dif. avec l'année précédente</i>				-0,75%	-2,67%		-9,42%	-11,42%	
Technique	18281,71	16008,24	-12,43%	18475,05	16016,12	-13,30%	16464,66	14869,63	-9,68%
<i>Dif. avec l'année précédente</i>				+1,06%	+0,04%		-10,88%	-7,16%	
Méd-tech.	6937,99	6418,52	-7,48%	7156,97	6384,59	-10,79%	6417,61	5299,85	-17,41%
<i>Dif. avec l'année précédente</i>				+3,15%	-0,52%		-10,32%	-16,99%	
TOTAL	172671,93	153401,37	-11,16%	172004,39	150418,18	-12,54%	155905,87	134250,50	-13,89%
<i>Dif. avec l'année précédente</i>				-0,38%	-1,04%		-9,35%	-10,75%	

**EVOLUTION
DU NOMBRE DE JOURS THEORIQUES DE TRAVAIL DU PNM
ET DU NOMBRE DE JOURS DE PRESENCE
(CHIC-SA)**



**JOURS DE PRESENCE DU PNM
PAR RAPPORT AUX JOURS THEORIQUES
(en % - CHIC-SA)**



ANNEXE N° 10

Note sur les délais de mise en stage

LES DELAIS MOYENS DE MISE EN STAGE DU PNM AU CHIC Sud Aveyron
--

Les délais moyens entre embauche et mise en stage du PNM

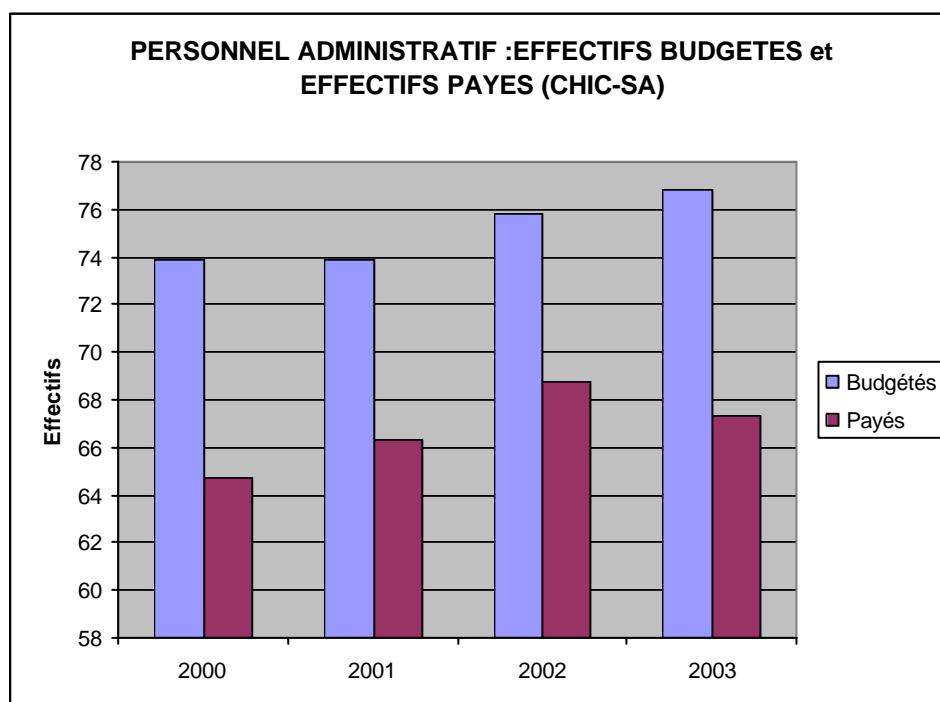
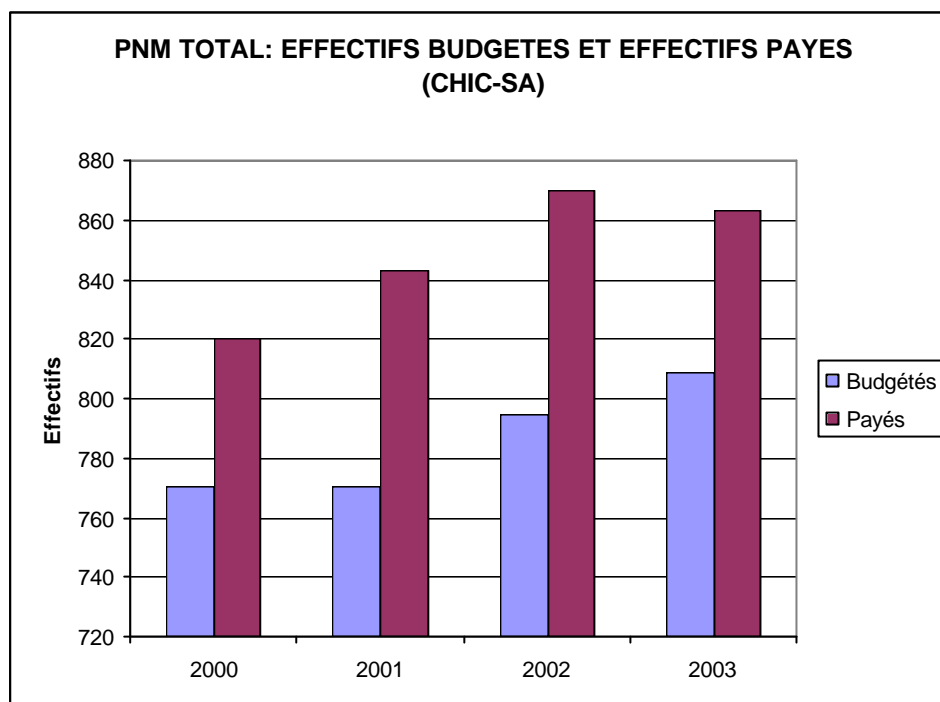
	2000	2001	2002
ADMINISTRATIF	1715,50 jours	2007 jours	2048,5 jours
	4 ans et 8 mois ½	5 ans ½	5 ans et 7 mois ½
SOIGNANT	1208,33 jours	136,5 jours	1460,08 jours
	3 ans et 3 mois ½	4 mois ½	4 ans
TECHNIQUE	435 jours	1914 jours	2475 jours
	1 an et 2 mois ½	5 ans et 3 mois	6 ans et 9 mois ½
MEDICO TECHNIQUE	1300 jours	440 jours	1019,5 jours
	3 ans et 7 mois	1 an et 2 mois ½	2 ans et 9 mois ½
TOTAL	1161,13 jours	996,8 jours	1532,75 jours
	3 ans et 2 mois	2 ans et 9 mois	4 ans et 2 mois ½

Sources : Bilans sociaux du CHIC-SA

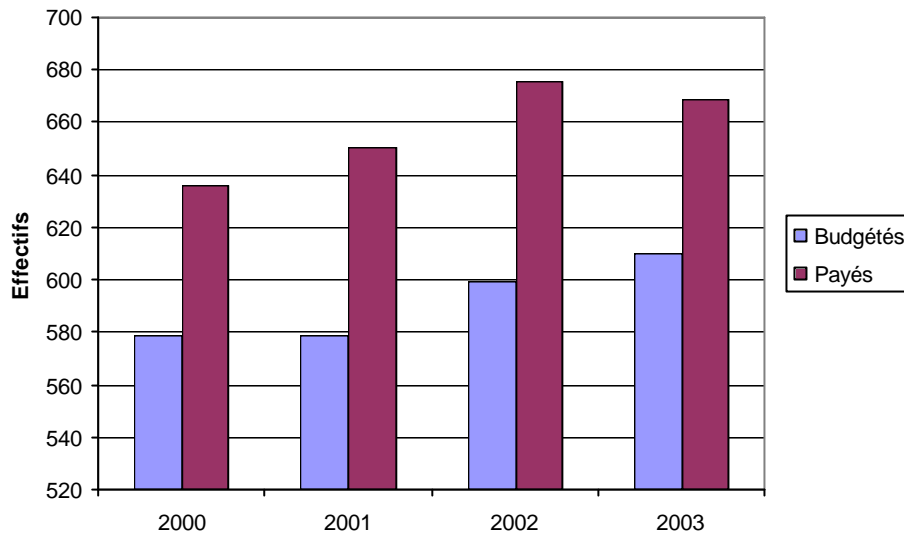
ANNEXE N° 11

Effectifs PNM budgétés

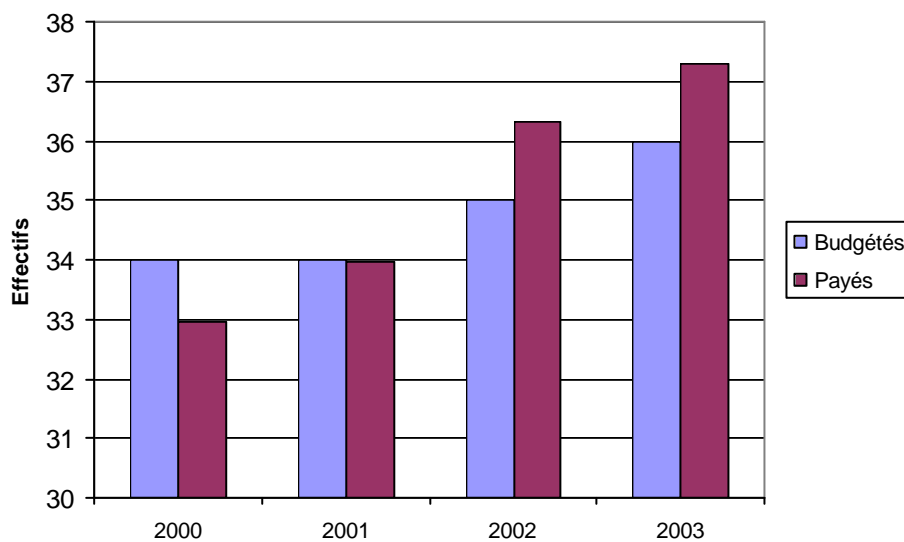
EFFECTIFS PNM BUDGETES ET PAYES PAR CATEGORIES Pour l'ensemble du CHIC Sud Aveyron



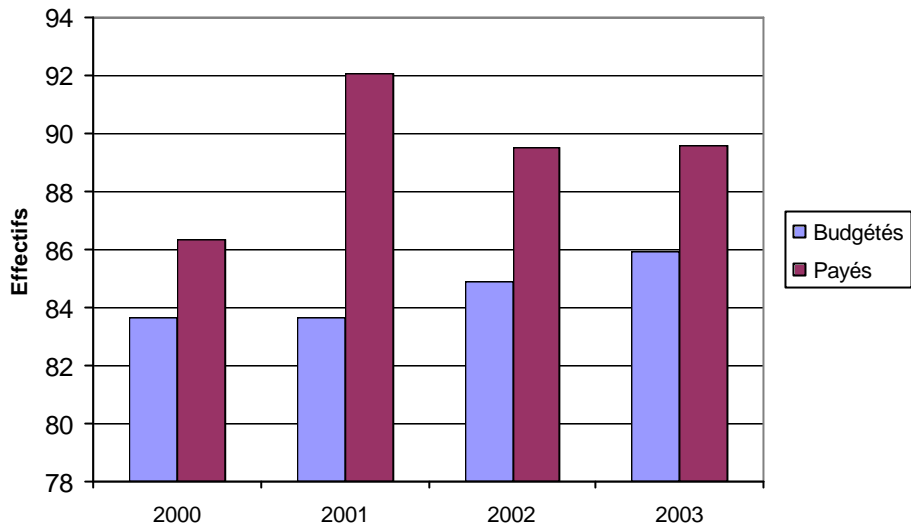
**PERSONNEL SOIGNANT : EFFECTIFS BUDGETES ET
EFFECTIFS PAYES (CHIC-SA)**



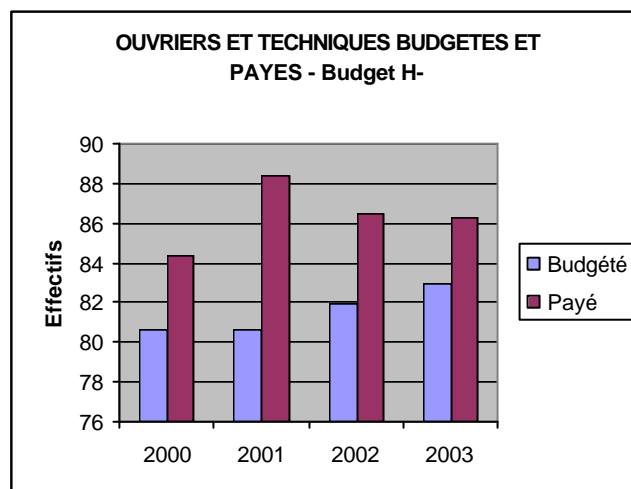
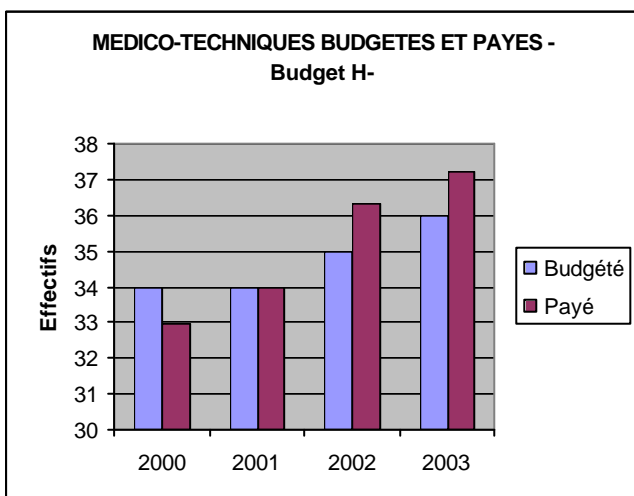
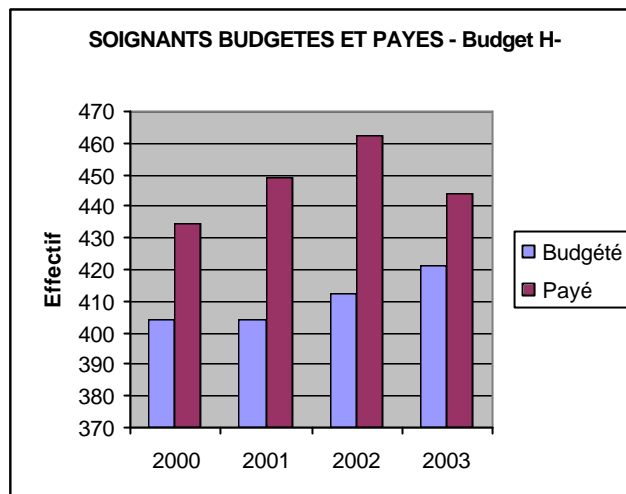
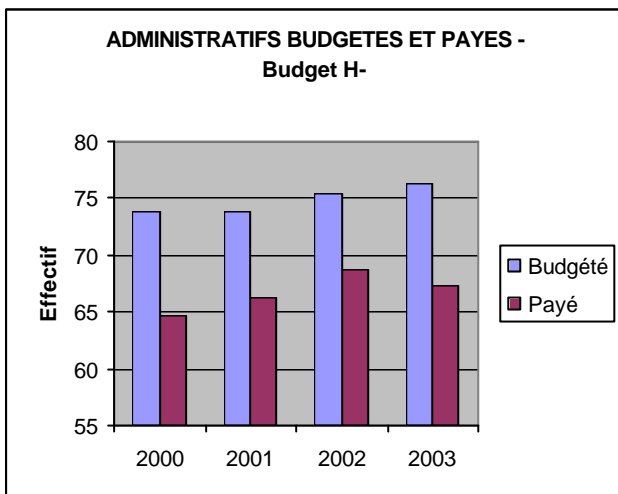
**PERSONNEL MEDICO-TECHNIQUE : EFFECTIFS BUDGETES
ET EFFECTIFS PAYES (CHIC-SA)**



**PERSONNEL TECHNIQUE : EFFECTIFS BUDGETES et
EFFECTIFS PAYES (CHIC-SA)**



EFFECTIFS PNM BUDGETES ET PAYES PAR CATEGORIES Pour le Budget H



ANNEXE N° 12

Réponse du Président du Conseil d'Administration



Saint-Affrique,
Le 06/04/2004.

Messieurs,

Après l'étude approfondie de votre dossier "rapport d'étape" de mars 2004, je reviens vers vous pour vous confirmer par écrit ma proposition pour l'avenir du CHIC du Sud-Aveyron.

⇒ Réactiver très rapidement le dossier de construction d'un plateau technique commun entre les deux villes dans le cadre du plan Hôpital 2007.

Certaines de vos données financières de votre rapport sont erronées et je vous propose de vous rapprocher de mes collègues Président de Conseil d'Administration des villes où les projets sont en cours :

- ✓ Foix - Pamiers
- ✓ Castres - Mazamet
- ✓ Clermont-Ferrand
- ✓ Marvejols (hôpital + clinique)
- ✓ Bressuire - Parthenay
- ✓ Bonnevill - Anemasse
- ✓ Vesoul - Lure
- ✓ Trouville - Honfleur
- ✓ Loudéac - Pontivy
- ✓ Limoges, Nantes etc, etc...

Ils vous confirmeront le budget nécessaire pour financer l'Hôpital du Sud-Aveyron qui s'élève approximativement à 60 M d'Euro.

Mais là n'est pas l'essentiel, en tant que professionnels, vous connaissez parfaitement les énormes problèmes que va connaître le Sud-Aveyron pour les prochains recrutements :

- ✓ Anesthésiste,
- ✓ Gynécologues,
- ✓ Chirurgiens,
- ✓ Infirmiers,
- ✓ Sage femme,
- ✓ Etc, etc...

Le Sud-Aveyron va connaître une hémorragie en personnel médical très importante liée principalement aux départs en retraites des prochaines années.

Vous savez parfaitement qu'il ne sera pas possible de faire fonctionner correctement les trois sites par manque de blouses blanches.

Laisser croire qu'il sera possible de faire fonctionner correctement trois sites dans le Sud-Aveyron est très dangereux, le jour où la population aura compris les mensonges et les promesses non tenues, que va-t-il se passer ?

Pourquoi ne pas dire la vérité au Sud-Aveyronnais ?

Pourquoi lâcher la seule opportunité (offerte par Monsieur Matteï) pour les trente prochaines années ?

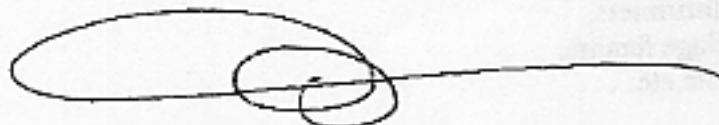
En conséquence, ma proposition d'organisation se résume à votre hypothèse 4-B :

- la construction d'un nouveau site à Saint Georges de Luzençon ou "Ségonnac",
- avec deux structures juridiques : publique et privée,
- réaménagement des sites actuels de Millau et Saint-Affrique ou fin des locations onéreuses
- maintien jusqu'à l'ouverture du site de la sécurité sanitaire sur les deux villes,
- les élus Sud-Aveyronnais ont conscience de l'urgence d'améliorer le temps de circulation sur la RD999 et la RD902 et le temps de déplacement entre Millau et Saint Georges sera de moins de quinze minutes; pour Saint-Affrique, le temps sera de vingt minutes maximum.

Il est vrai que je dois être le premier élu Sud-Aveyronnais à avoir défendu ce projet, je serais peut-être le dernier, néanmoins je suis persuadé que les autres solutions possibles sur le court terme ne seront pas satisfaisantes pour les prochaines années

L'hôpital du Sud-Aveyron doit conserver une activité chirurgicale importante, il ne doit pas être vidé de son activité par les sites concurrents (Albi, Saint-Côme, Rodez, Montpellier) l'hôpital du Sud-Aveyron doit répondre aux besoins de la population et non aux caprices de certain "acteurs" qui depuis plusieurs années ont démontré leur capacité à nuire dans strictement tous les projets qu'ils ont par là même fait échouer.

Souhaitant vivement que mon appréciation soit entendue et que votre rapport définitif remis au ministre de la santé prenne en compte les engagements de son prédécesseur dans le cadre du plan Hôpital 2007 ; je vous remercie de votre attention, et je vous adresse mes salutations distinguées.

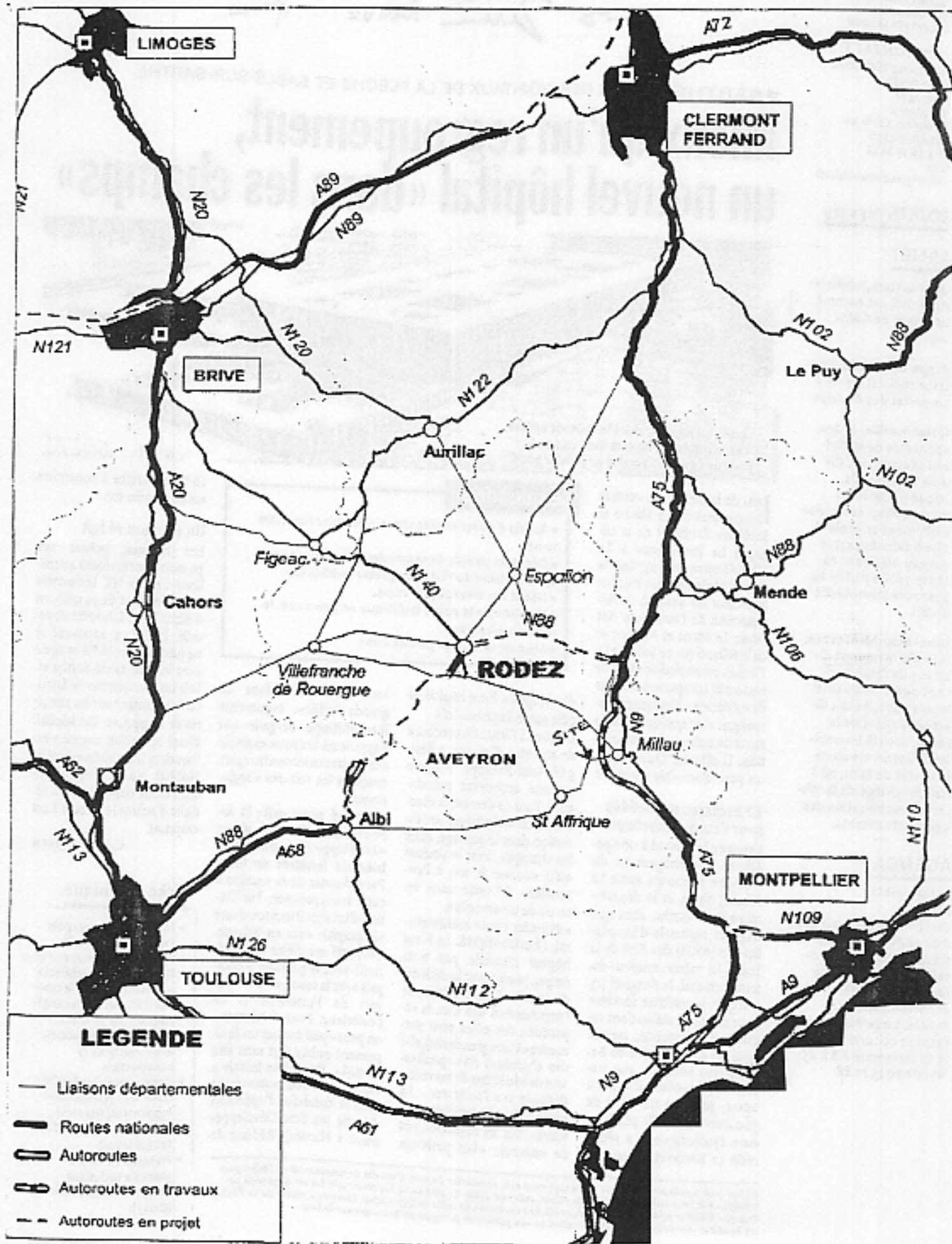


Le Président du Conseil d'Administration
du CHIC.

Jérôme ROUVE.

Les Itinéraires routiers principaux

062



AGNE BASSE-NORMANDIE,
TE-NORMANDIE,
RE, PAYS DE LA LOIRE

TRE CONTACT
ONSABLE RÉGIONAL
rand Escollin
e Bretagne
e Bretagne
47 Nantes, cedex 01
: 02.40.35.4750
: 02.40.35.44.53
: 01
collin@groupeementeur

ROJETS page 129

ARNET

die Bouttera, administrateur civil, est nommé us-préfet de Guimmp.

illipe Chaux, administrateur civil, est nommé us-préfet des Andelys.

lc Hainneville, 41 ans, sponsoable de la division industrie de GCH énie civil havrais, arque havraise du oupe Quillie), entreprise e bâtiment et génie civil (100 salariés), est le nouveau président du obaty 76. Il succède au ouennais Marc-Aurèle arucci.

Aichel Mauchlen, 51 ans, ient d'être nommé directeur de l'établissement ouest de Quaitel. Depuis 2002, il était directeur adjoint de la iemp, Société immobilière d'économie mixte de la ville de Paris, où il était en charge de la mission de mobilisation des logements vacants.

AGENDA

29 NOVEMBRE
LIGNÉ

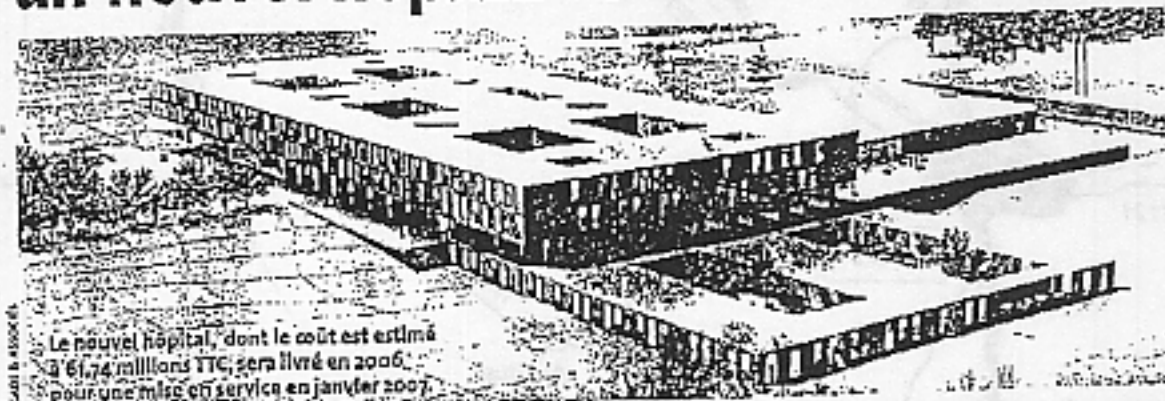
L'assemblée générale des maires de Loire-Atlantique se tiendra à l'invitation du président de l'association fédérative départementale des maires, Serge Poignant, à l'espace culturel de Ligné le 29 novembre à 8 h 45. Tél. : 02.30.35.22.88.

(1) Smapad: Syndicat mixte pour l'aménagement et la promotion de parcs d'activités départemental de l'échiquier Sablé/la Flèche, présidé par Pierre Touchard, maire de Sablé. Le pôle santé Sarthe-et-Loire lui est coprésidé par François Fillan, président de la communauté de communes de Sablé et Guy-Michel Chauveau, maire de la Flèche.
(2) Syndicat intercommunal d'alimentation en eau potable de la région de Bazouges-sur-Loire.

063
Zurina Ruvu2

■ SARTHE FUSION DES HÔPITAUX DE LA FLÈCHE ET SABLÉ-SUR-SARTHE

Mieux qu'un regroupement, un nouvel hôpital « dans les champs »



Le nouvel hôpital, dont le coût est estimé à 61,74 millions TTC, sera livré en 2006 pour une mise en service en janvier 2007.

Le calendrier

- Appels d'offres en lots séparés premier trimestre 2004.
- Dépôt du permis de construire: décembre 2003, après révision du PLU et enquêtes publiques.
- Début des travaux juin 2004.
- Livraison de la partie logistique en juin 2006, le reste en décembre.
- Mise en service en janvier 2007.

d'ouvrage du futur hôpital: le pôle santé Sarthe-et-Loire. Celui-ci, à l'issue du concours de maîtrise d'œuvre, a désigné Jean-Philippe Pargade comme architecte mandataire. Pour ce dernier, la réussite de cet «hôpital est son insertion dans le paysage, dans les champs», avec le souhait qu'il «doonne le ton à l'ensemble» de cette zone en cours de construction.

• Premier choix architectural, l'horizontalité. Le futur hôpital n'excède pas trois étages, jouant avec la déclivité du terrain. Cela conditionne l'organisation des flux, la répartition des pôles pour permettre «à une grande majorité des chambres d'hospitalisation de bénéficier d'une vision dégagée sur l'extérieur... La prairie vient buter contre les vitres». Sur les esquisses, pas de voitures: «Les parkings

sont dissimulés dans de grands taillis», argumente Jean-Philippe Pargade qui s'appuie sur le contre-exemple des centres commerciaux près desquels les voitures s'agglutinent.

• Second parti pris: la lumière par l'emploi d'une «enveloppe de verre» ponctuée de fenêtres en inox. Pour donner de la matière à cette transparence, l'utilisation d'un film irisant ou d'une sérigraphie sont en balance. L'objectif est d'être en continuité avec le paysage, y compris avec la route, en étant ouvert de l'intérieur et de l'extérieur. Pour l'architecte, on peut «positionner un équipement public fort sans être bavard». L'esquisse initiale a été rationalisée, notamment sous la conduite d'opération d'Icade (ex Scic Développement à Nantes). Réduite de

10%, la surface à construire est de 30 960 m².

Un emprunt réduit

Les travaux, prévus sur 30 mois, sont évalués à 40 millions d'euros HT, l'ensemble de l'opération à 61,74 millions d'euros TTC. L'autorité de tutelle, l'ARH, a approuvé le 24 juin dernier l'APS et signé avec le pôle santé Sarthe-et-Loire une convention de financement portant sur les annuités de l'emprunt. Cet hôpital, classé opération majeure en Pays de la Loire au titre du plan Hôpital 2007, bénéficiera ainsi d'une subvention qui réduira d'autant le recours à cet emprunt.

CLAUDE HUBERT ■

Fiche technique

- Maître d'ouvrage: pôle santé Sarthe-et-Loire
- Maître d'œuvre: Jean-Philippe Pargade, architecte mandataire; avec le cabinet d'études Thales engineering (Rungis) et Philippe Talbot et associés, économiste de la construction
- Conducteur d'opération: Icade G3A (ex-Scic développement) (Nantes)
- Bureau de contrôle: Socotec (Le Mans)
- Elaboration du programme technique détaillé: Hospiconseil (Orsay).

ANNEXE N°13

Réponse du Président de la CME

065
CENTRE HOSPITALIER

◆◆◆
Bd Achille Souques - B.P. 148 - 12101 - MILLAU CEDEX

◆
Tél. : 05 65 59 30 00 - Fax n° : 05 65 59 32 34

Docteur Dominique BRIAND

Président de la CME du CHIC du Sud Aveyron

Site de Millau - Site de Saint Affrique

Mme Marie Caroline BONNET - GALZY

Chef de l'Inspection Générale

Des affaires sociales

Section des rapports

25 - 27 rue Astorg 75008 - PARIS

Millau, le 07/04/04

Madame la Directrice,

Suite à votre courrier du 12 mars 2004 concernant le rapport d'étape de la mission d'inspection sur le centre hospitalier inter-communal du Sud Aveyron, voici la position de la CME :

Tout d'abord, je tiens à vous préciser que les Inspecteurs nous ont fait une présentation orale de ce rapport d'étape avec l'ensemble des membres de la CME réunis pour cette occasion courant du mois de février. Il n'avait pas été présenté à l'époque le « jeu des hypothèses » qui constitue la partie terminale de celui-ci. J'ai donc diffusé ce rapport écrit à tous les membres de la CME et plus largement à tous les praticiens du CHIC du Sud Aveyron ; dans un souci de clarté et de transparence, j'organise un collège médical le 6 avril 2004, suivi d'une CME afin que nous en débattions. Je vous communique donc les remarques et l'avis de la CME.

L'ensemble des remarques a été approuvé à l'unanimité lors de la CME du 6 avril 2004. Il est à regretter d'ailleurs que les médecins du site de Saint Affrique, invités, n'aient pas souhaité participer, sans s'excuser, ni au collège médical ni à la CME.

Page 2/6 - 4^{ème} paragraphe : les principaux projets de réhabilitation connaissent un retard de mise en œuvre, notamment la stérilisation, la salle de réveil. Il est noté en annotation : (1) que les travaux pour la stérilisation ont débuté fin 2003 ainsi que ceux de la salle de réveil qui étaient annoncés pour 2004. Actuellement, aucuns travaux, que ce soit pour la salle de réveil ou pour la stérilisation n'ont débuté et ne sont achevés. Il est prévu de les commencer en septembre 2004.

Page 3/6 - paragraphe 5 : *l'activité d'obstétrique est globalement stable depuis 97 autour de 570 accouchements* : il faut lire 370 pour Millau.

Page 9 - paragraphe 4 : il est affirmé que *le poste du Docteur LAROCHE, parti en 94 et créé en 98 est resté vacant pour cause de divergences des deux communautés médicales*. Cette affirmation n'est pas le reflet de la réalité. Ce poste a été occupé par le Docteur INGUIMBERT puis par le Docteur SCHWEICKHARTD de 98 à 2002.

Les nominations à ce poste n'ont fait l'objet d'aucun vote défavorable de la CME à Saint Affrique avant 2000 et de la CME du CHIC après 2000.

Page 11 – paragraphe 3 : le projet médical refusé par le CA n'est pas détaillé. Les grands axes de ce projet maintenaient l'activité sur les deux sites, notamment en chirurgie. Il existait des projets fédérateurs concernant la pédiatrie, la chirurgie ambulatoire, les urgences. La démarche des praticiens du Sud Aveyron localisés à Millau pour aller intervenir sur le site de Saint Affrique, n'est pas indiquée. En effet, les deux chirurgiens viscéraux et les trois chirurgiens orthopédistes ont pratiqué de 2000 à 2003 une activité bi-site, montrant ainsi leur volonté de faire vivre la fusion.

Page 24 : évolution de l'activité de chirurgie viscérale : il est noté une diminution des actes de - 16 %, du nombre des entrées chutant de 28 % de 99 à 2003. Dans le nombre d'actes n'ont pas été pris en compte les actes réalisés par les remplaçants sur le CHIC qui, durant cette période, étaient des remplaçants en chirurgie viscérale. Enfin, si effectivement il existe une baisse d'activité, nous aurions aimé que soit comparée la productivité du service en points ISA. En effet, notre pratique en chirurgie publique ne nous encourage pas à avoir un relevé exhaustif des K opératoires et des actes.

Page 25 : en ce qui concerne la durée moyenne de séjour/taux d'occupation : il est noté qu'elle est la même à Millau et à Saint Affrique. Si effectivement sur Millau elle varie entre 60 et 70 %, à Saint Affrique, où elle n'a été différenciée de l'orthopédie que les années 2002 et 2003, le taux d'occupation était respectivement de 29,11 % et 34,08 % (source Direction du CHIC).

Page 27 : activité de chirurgie viscérale par praticien : il est noté qu'un praticien hospitalier fait 1/5^{ème} de l'activité. Il serait nécessaire d'ajouter que ce praticien, jusqu'en juin 2003, avait un exercice unique sur le site de Saint Affrique où l'activité était en décroissance depuis 1996. Depuis juin 2003 il exerce sur le site de Millau. Les premiers chiffres de l'année 2004 montrent une activité en croissance, ce qui va dans le sens de l'intérêt d'un regroupement des praticiens.

Page 34 : en ce qui concerne la pratique de la péridurale, les chiffres mentionnés pour le site de Millau ne sont pas exacts : en 2000 il a été réalisé 76 % de péridurales, en 2001 : 78 % et en 2003 : 71 %.

Page 52 – 2^{ème} paragraphe : en ce qui concerne l'hémo-vigilance, Millau a distribué en 2002 - 677 PSL au lieu de 332.

La CME a ensuite noté quelques absences d'analyse, notamment en ce qui concerne l'activité de chirurgie ambulatoire qui n'est pas mentionnée et n'est pas évaluée sur le site de Saint Affrique et l'activité des anesthésistes qui n'est pas évaluée et n'est pas chiffrée sur le site de Saint Affrique et sur le site de Millau.

En ce qui concerne les investissements sur la construction d'un plateau technique unique entre les deux villes, chiffrés à 89 millions alors que le regroupement sur Millau des deux structures millavoises nécessiterait un investissement de l'ordre de 49 millions. Nous aurions aimé plus de précisions sur le détail de ces investissements et nous regrettons que n'ait pas été chiffré le coût pour la collectivité d'un tel aménagement :

067

infrastructures routières, coût des déplacements du personnel, coût des déplacements des patients, coût des structures anciennes et utilisation de celles-ci sur Millau et Saint Affrique.

Enfin, à propos du « jeu des hypothèses » (page 90 à 101), la CME ne se retrouve dans aucune d'elles. On parle en effet de « sites d'hospitalisation » et la principale question qui se pose depuis 15 ans dans le Sud Aveyron est : que met-on dans un site d'hospitalisation ? Cette question ne trouve pas de réponse dans le schéma qu'on nous propose. La CME tient néanmoins à réaffirmer trois grands thèmes qui ont été votés à l'unanimité :

1. Maintenir un service public

Nous sommes tout d'abord pour une solution publique – publique et pour le maintien de deux sites dans le secteur sanitaire du Sud Aveyron.

2. Donner les moyens à l'exception sud aveyronnaise.

Si deux sites sont maintenus, soit dans chaque site d'hospitalisation sont maintenues la réanimation, la chirurgie (orthopédique, viscérale), la médecine, la radiologie et les astreintes. Il faut alors les moyens nécessaires pour faire fonctionner ces deux sites : 3,25 orthopédistes à Millau et à Saint Affrique pour assurer deux astreintes, 3,25 dans chaque site de chirurgie viscérale à Millau et à Saint Affrique pour assurer deux astreintes. On se demande alors quel est le rôle de la fusion dans cette organisation ?

Si les Tutelles ne donnent pas les moyens pour ce type de fonctionnement, il faut alors opter pour une deuxième solution qui est la spécialisation des sites, comme le note la Chambre Régionale des Comptes. La CME réaffirme qu'elle souhaite que chaque site garde une maternité, un service d'accueil d'urgence, que la chirurgie soit regroupée sur le site de Millau et la rééducation fonctionnelle soit développée sur le site de Saint Affrique. Elle souhaite que des consultations de chirurgie et de toute autre spécialité soient maintenues sur les deux sites et que la réanimation soit, en accord avec le prochain SROSS, créée sur le site de Millau et que des soins de surveillance continue soient maintenus sur Saint Affrique

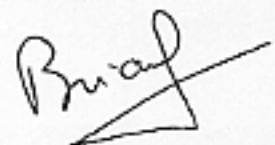
3. CGS

Enfin, la CME réaffirme qu'elle n'envisage pas de coopération avec la clinique Saint-Côme sans que le problème intra-hospitalier public soit réglé. En ce qui concerne un groupement de coopération sanitaire, celui-ci ne pourra être étudié qu'après la mise en ordre de marche du CHIC du Sud Aveyron et le règlement des problèmes d'organisation médicale internes à l'établissement afin d'aboutir à la réalisation d'un contrat d'objectifs et de moyens.

La CME réaffirme sa volonté de conserver une activité de chirurgie publique avec la spécificité du CHIC (elle n'est pas cantonnée aux urgences et aux patients âgés).

En espérant avoir contribué à la solution des problèmes, je vous prie de croire à l'expression de mes salutations respectueuses.

Docteur D. BRIAND



ANNEXE N° 14

Réponse du Directeur du CHIC Président du CTE



MILLAU, le 9 avril 2004

Le Directeur

à

Mme Marie-Caroline BONNET GALZY
IGAS

Section des Rapports

25/27 Rue d'Astorg

78008 PARIS

JMR/BEO

Madame la Directrice,


Suite à votre courrier du 12 mars 2004 concernant le rapport d'étape de la mission d'inspection sur le Centre Hospitalier Intercommunal du Sud-Aveyron, j'ai l'honneur de vous adresser diverses remarques de la direction concernant le présent rapport.

En ce qui concerne le Comité Technique d'Etablissement qui a examiné, lors de sa séance du 6 avril 2004, le rapport d'étape, après discussion, les représentants du personnel, à savoir : CGT - CFDT et SUD ont souhaité présenter des observations individuelles qui vous parviendront dans les prochains jours.

Je me tiens à votre entière disposition pour vous apporter tout complément d'information.

Je vous prie de croire, Madame la Directrice, à l'assurance de ma considération distinguée.

Le Directeur


Jean-Marie R...





REMARQUES SUR LE RAPPORT D'ETAPE DE L'IGAS
N° 2004033 de mars 2003

- Page 2 / 6 : inversion entre les travaux de la salle de réveil et ceux de la stérilisation
- Page 3 / 6 : 370 accouchements à Millau au lieu de 270
- Page 4 / 6 et 72 : l'évolution des effectifs payés au titre du personnel non médical ressort à 19 postes sur la période soit 2,7 % d'augmentation.
A titre de comparaison, la RTT du personnel non médical représente 32 postes pour l'ensemble des trois années de montée en charge, 22 à la fin de l'exercice 2003.
- Page 60 : DMA 2002 : résultat négatif au lieu de positif
- Page 61 : le solde excédentaire 2000 apparent cache une minoration des dépenses du fait de l'arrêt de la cotisation à l'ASSEDIC, soit environ 211 000 €.
- Page 68 : les taux de reconduction de moyens ont été notablement insuffisants (0,32 en 2003) quels qu'aient pu être les efforts de l'établissement pour limiter les dépenses.
Les documents transmis faisaient état d'insuffisances de financement concernant certaines mesures relatives au personnel, notamment médical par rapport à leurs coûts réels. A titre d'exemple, il s'agit de la RTT médicale et du temps additionnel, de la prime de service exclusif et des astreintes du personnel médical.
Par ailleurs, l'absence de COM et ainsi de financement de mesures nouvelles a interdit également toute trésorerie d'enveloppe.
- Page 78 : report de charges de 3 330 000 € au lieu de 330 000 € au titre du personnel non médical.
- Page 89 : il apparaît utile d'introduire un critère d'urgence à agir en terme d'organisation et de financement des activités. Le fait de laisser perdurer la situation actuelle risque de générer une augmentation de 2 000 000 € du report de charges cumulé à la fin de l'exercice 2004 (cf. situation financière donnée au Conseil d'Administration du 8 avril 2004 ci-joint)

Millau, le 8 avril 2004

Services Financiers



Conseil d'Administration du 8 avril 2004
SITUATION FINANCIERE AU 31 MARS 2004

HYPOTHESES

- approbation budgétaire 2004 telle qu'énoncée ce jour
- fonctionnement actuel de l'établissement en terme de lits ouverts, lignes d'astreintes et de gardes.

I - RECETTES DISPONIBLES POUR L'EXERCICE 2004

Approbation BP 2004 ARH MCO + SSR + PSY	37 760 122
Recettes subsidiaires	<u>+ 4 258 258</u>
TOTAL	42 018 380 €

II - DEPENSES PREVISIBLES

CCA 2004 selon les éléments explicités au § IV	44 138 248
Report de charges cumulé au 31-12-2003	<u>+ 4 840 000</u>
TOTAL des dépenses prévisibles	48 978 248

→ report de charges cumulé en décembre 2004 6 959 868

III - ELEMENTS DE VARIATION à venir

En (+) recettes à venir en DM1 ou ultérieures

RTT non médicale	397 659	
RTT médicale	286 591	
Recettes subsidiaires	<u>300 000</u>	estimation
TOTAL	+ 984 250	

En (-) incidence de la T2A

072

Diminution d'activité de l'exercice 2004 par rapport à l'exercice 2003

Base d'estimation : 15 % d'activité en moins soit - 430 000

→ Recettes supplémentaires venant minorer
à due concurrence le report de charges cumulé fin 2004

+ 554 250 e

Par ailleurs, le report de charges fin 2004 peut encore être minoré par des crédits de la campagne budgétaire 2004 non encore distribués :

- personnel non médical : « protocole filière » et « promus / promouvables » (protocole GUIGOU 2001)
Mesure « retraite aides-soignants »
- personnel médical : complément de financement pour la permanence des soins (coût du temps additionnel)
Revalorisation du statut des attachés. Enveloppe 2004.

IV - ESTIMATION DU CAA 2004 DANS LES CONDITIONS DE FONCTIONNEMENT ACTUEL DE L'ETABLISSEMENT.

Dépenses de personnel médical

L'estimation tient compte des dépenses réelles engendrées par la mise en œuvre de la RTT médicale, notamment en matière de temps additionnel, de la revalorisation du statut des attachés tranche 2004, et de l'augmentation des besoins en remplaçants.

(800 000 euro dégagés au titre des postes vacants et des gardes, besoins en remplacements évalués à 1 200 000 euros)

Report de charge cumulé fin 2003	1 653 268	+ 1 239 103
Report de charge estimé fin 2004	2 892 371	

Dépenses de personnel non médical

Ces dépenses tiennent compte des fermetures de lits permanentes et ponctuelles

Report de charge cumulé fin 2003	2 899 971	+ 15 041
Report de charge estimé fin 2004	2 915 012	

Dépenses médicales

Report de charges cumulé fin 2003	150 000	+ 518 602
Report de charges estimé fin 2004	668 602	

Dépenses hôtelières

Report de charges cumulé fin 2003	200 000	+ 514 863
Report de charges estimé fin 2004	714 863	

Dépenses financières

Report de charges cumulé fin 2003	0	- 239 980
Report de charges estimé fin 2004	- 230 980	

TOTAL

+ 2 056 629 €

V - MESURES PRISES POUR ASSURER LE REGLEMENT DES SALAIRES, DES COTISATIONS URSSAF PART SALARIALE ET DES FOURNISSEURS.

En 2003, la taxe sur les salaires n'a pas pu être réglée de mars à décembre. Ceci représente une somme de 1 690 081 €.

L'URSSAF, part employeur, non réglée d'août à septembre 2003 a été payée début janvier 2004.

En 2004, la taxe sur les salaires ne pourra être réglée, ce qui représentera une somme de 2 873 383 €.

L'URSSAF, part employeur, non réglée depuis janvier, représentera en fin d'exercice une dette de 3 784 984 €.

En fonction de l'évolution de la situation en terme de dépenses autorisées et de disponibilités de trésorerie, un montant maximum de la dette URSSAF sera réglé dans la mesure où le personnel et les fournisseurs auront pu l'être auparavant.

La prime de service 2004 sera réglée en début 2005 dans les mêmes conditions que la prime 2003.

Millau, le 7 avril 2004

Services Financiers

ANNEXE N° 15

Réponse du syndicat CFDT

Inspection Générale des Affaires Sociales
Section des Rapports
25/27 rue d'Astorg
78008 Paris

objet : rapport d'étape de la mission d'inspection sur le centre hospitalier intercommunal du Sud-Aveyron

Monsieur,

Vous trouverez ci-joint :

- Les observations formulées par les syndicats CFDT sur le rapport d'étape. Ce document a été réalisé avant le Conseil d'Administration du 8 avril 2004. Certaines réponses nous ont déjà été faites, mais nous souhaitons toutefois vous le transmettre.
- La proposition CFDT pour construire une offre de soins pérenne dans le Sud-Aveyron.

Veuillez agréer, Monsieur, nos respectueuses salutations.

Pour le syndicat CFDT
La secrétaire
Christine BOSC

Observations faites par le syndicat CFDT sur le rapport d'étape de la Mission IGAS

Avant toute chose : pouvoir lire chapitre quatre dans toutes les hypothèses que les Saint Africains sont des **Sud-Africains** est un lapsus révélateur et nous attendons la mission humanitaire qui doit suivre.

I Historique : globalement conforme à la réalité

page 13 : quand vous écrivez au sujet du protocole de redressement financier : « *les instances de l'établissement sont informées de cette décision le 21 août* », nous tenons à vous préciser que SEUL le conseil d'administration a été informé au cours d'une réunion d'information et que les salariés l'ont appris par la presse le lendemain (conférence presse Direction). Le Conseil d'Administration du 17 septembre 2003 a aussi voté la demande de création d'un service de rééducation fonctionnelle.

II Activité

Globalement il est difficile de s'y retrouver sur les activités de chirurgie et attractivité car les années sont mélangés sans cesse (99-2000-2001-2002), suivant les tableaux ce n'est pas la même année qui est prise en compte .

Est-ce voulu ?

page 21 : « *Le pôle de chirurgie du CHIC n'est pas attractif pour l'ophtalmologie l'ORL ou la stomato* » vous devriez rajouter à la fin de votre phrase : car ces spécialistes n'existent pas.

page 24-25 chirurgie viscérale

L'activité est en baisse régulière et constante depuis 1999. On peut même lire dans le dernier paragraphe (page 24) que la fermeture sur St Affrique de la chirurgie viscérale en 2003 ne parvient même pas à remonter l'activité de Millau.

Tout ceci avec 3 ETP chirurgiens viscéraux et 1 seul qui fait l'activité.

La Cfdt se pose la question : mais que font les 2 autres ?

page 45 Urgences

2.5.4- Conformité des 2 UPATOU

Vous citez : « *l'arrêt en 2003 d'une permanence chirurgicale sur le site de St Affrique n'emporte pas de conséquences sur le maintien de l'UPATOU, dans la mesure où la réglementation ne l'exige pas* ».

Mais vous ne mentionnez pas l'arrêt de l'accès à l'échographie 24 h/24 h qui elle est prévue dans la réglementation de l'UPATOU.

page 46

2.5.5.3 « *La dynamique de fonctionnement d'un service unique a semble-t-il pratiquement cessé après l'année 2000* ».

Vous pourriez écrire que la seule dynamique de fonctionnement d'un service unique a été de nommer un chef de service unique, qui n'a lui-même créé aucune dynamique de fonctionnement commun. La preuve, certains agents du site de St Affrique ne le connaissent pas et lui ne connaît pas son personnel.

III Analyse budgétaire, économique et financière

page 60 tableau n°16

Pour l'année 2000, vous présentez au budget H un excédent de 56892 €.

Comment pouvez-vous le dire ? alors que le compte administratif 2000 fait état sur la section d'exploitation d'un déficit de 1.369.336,80 F soit 208 754 €.

Nous avons du mal à comprendre. Expliquez vous ?

page 66 et suivantes : personnel non médical et médical

Concernant le personnel non médical on n'arrive pas à comprendre, quand on vous lit, s'il y en a en trop ou pas assez. Il faudra être plus clair.

2002 → mise en place RTT non médical 30 postes.

→ application au 1/01/2002 décrets filières professionnelles avec des augmentations de salaires conséquentes pour les catégories A et B, non compensée en intégralité sur le budget.

IV Les hypothèses envisageables pour demain

page 89

4.1.6.1 Investissements

Vous citez le coût de 89 M€ pour la réalisation d'un site unique regroupant les 3 structures dans un lieu extérieur à ceux préexistants.

Page 12 vous citez un montant de 61 M€ pour cette même réalisation.

Expliquez d'où vient cette différence.

page 90

« le projet médical est un préalable à toute évolution de l'organisation sanitaire du Sud-Aveyron »

C'est évident ; pas besoin de rapport de l'IGAS pour découvrir cela.

Mais comment faire dans le contexte de haine et de rivalité médicales et politiques ?

Si le président du CA du CHIC a sollicité cette enquête c'est parce que localement tout dialogue est devenu impossible

Le jeu purement mathématique qui consiste à décliner les 3 entités juridiques et les 3 sites nous renvoie à la situation que nous connaissons depuis 15 ans.

Nous attendons autre chose.

Pour le syndicat CFDT

La secrétaire

Christine Bosc

Avenir de la Santé dans le Sud- Aveyron : Proposition de répartition de l'offre de Soins

Le syndicat Cfdt est absolument contre la DEFUSION.
La santé dans le Sud-Aveyron et les usagers méritent autre chose.

La Cfdt a toujours fait des propositions pour construire l'avenir et aller de l'avant.

La meilleure des solutions serait un site unique entre les 2 villes qui permettrait l'optimisation de l'offre de soins et des recrutements médicaux plus faciles.

Dans l'attente de cette solution idéale, nous vous faisons une proposition d'organisation de l'offre des soins du Sud Aveyron qui conserve la configuration actuelle et qui a terme peut devenir pérenne.

Cette proposition tient compte des différents critères de choix que vous avez définis.

Services MCO du CHIC du Sud-Aveyron.

Il doit être maintenu sur chaque site, une activité de MCO qui tienne compte de la population vieillissante et de l'évolution de l'environnement qui laissera toujours le secteur Saint Affricain dans l'isolement.

➤ Chirurgie

St Affrique :

15 lits de chirurgie : 5 lits d'ambulatoire pour toute la chirurgie et la médecine ambulatoire du CHIC

10 lits d'hospitalisation.

Millau : Viscéral → fermer 10 lits de viscéral au vue de l'activité

Ortho → maintien comme actuel

Astreintes chirurgicales communes avec déplacement chirurgical.

➤ Bloc

St Affrique : maintenir bloc urgence petite traumato.

➤ **Maternité**

St Affrique : recrutement d' un gynécologue avec compétence chirurgicale. Dans l'attente, la sécuriser par les 2 ETP chirurgiens viscéraux ayant une activité réduite sur Millau.

Millau fermer 10 lits.

➤ **Médecine**

St Affrique : Augmenter la capacité de 10 lits.

Identifier clairement le service de cardiologie.

Millau : fermer des lits à hauteur de ceux ouverts à St Affrique.

➤ **Soins intensifs**

Sur chaque site doit être maintenu des lits de soins intensifs ou surveillance continu par rapport à la population vieillissante.

St Affrique : 5 lits

Millau : 5 lits

➤ **Urgences**

Renforcer impérativement en moyens humains (médicaux et para médicaux) tout d'abord sur St Affrique.

Mettre en place tous les dispositifs pour assurer la sécurité sanitaire des usagers.

Créer 1 à 2 lits porte sur St Affrique.

Avoir accès à l'échographie sur place 24h/24h comme le prévoit l'UPATOU.

➤ **Soins de Suite et Rééducation**

Augmenter la capacité en lits sur St Affrique : le CHIC a actuellement 20 lits de SSR non installés.

Concernant la Clinique Mutualiste St Côme, il est important de travailler ensemble au travers d'un GCS mais cela ne pourra se faire que si la guerre à l'intérieur du CHIC du Sud-Aveyron cesse.

Cette proposition de répartition de l'offre de soins n'est bien sur possible que si l'apurement de la dette est effectif.

Pour le syndicat CFDT

La secrétaire

Christine BOSC

ANNEXE N° 16

Réponse du syndicat SUD

SECTION SYNDICALE
S.U.D. SANTE-SOCIAUX
MILLAU - ST-AFFRIQUE

Monsieur le Directeur du
C.H.I.C. Sud-Aveyron

Le 10 Avril 2004

Monsieur le Directeur,

Veillez trouver ci-joint quelques éléments concernant le rapport d'étape de la Mission d'Inspection Générale des Affaires Sociales, en vue d'être transmis aux inspecteurs.

Veillez recevoir toutes nos salutations syndicales.

SYNDICAT S.U.D.

Syndicat S.U.D.
Millau-St-Affrique

NOTES SUR LA PARTIE HISTORIQUE

NOTES du SYNDICAT SUD à propos du RAPPORT d'ETAPE (mars 2004) de la MISSION DE L'IGAS

Nous avons pris connaissance du rapport d'étape de l'Inspection Générale des Affaires Sociales. A ce stade, il nous semble important de faire apparaître les commentaires et les propositions du Syndicat S.U.D. Santé Sociaux du C.H.I.C.

Nous rappelons à ce titre que le Syndicat S.U.D. est le syndicat le plus représentatif : première organisation syndicale avec l'obtention de plus de 40 % des voix aux élections professionnelles du 21 octobre 2003, implanté aussi bien sur le site de Millau que sur celui de Saint-Affrique. Nous soulignons que notre organisation syndicale n'a pas fait l'objet de conflits internes de type territorial entre les adhérents de Millau et ceux de Saint-Affrique.

Nous avons toujours développé une cohérence sur la base de la défense intransigeante des deux sites publics pour garantir l'offre de soins dans le Sud-Aveyron.

Le syndicat S.U.D. a d'autre part une section syndicale à la clinique mutualiste St Côme.

Le Syndicat a désigné une déléguée du personnel à la clinique St Côme en février 2004. Cette désignation a donné lieu à une contestation de la direction de la clinique

sur la base des critères de représentativité, et ce, malgré les 14 % du personnel de cette structure adhérent à notre syndicat. Cela témoigne de la politique rétrograde de cette direction concernant les rapports sociaux au sein de l'entreprise. Nous n'avons pas encore, à ce jour, de représentation légale à la clinique St Côte.

NOTES SUR LA PARTIE HISTORIQUE :

Le secteur sanitaire actuel se compose de trois structures :

- deux publiques (C.H. de Millau, C.H. de Saint-Affrique fusionné le 1^{er} janvier 2000)
- une privée : la clinique St Côte (structure reprise en juillet 2003 par le secteur mutualiste).

Ce paysage sanitaire actuel ne s'est pas fait sans contradiction, conflit et tentative de restructuration hospitalière.

En voici des exemples :

- Des tentatives régulières de remise en cause de la maternité de Saint-Affrique avec des réactions citoyennes importantes des populations du bassin Saint-Affricain (ex : le référendum en 1994, en parallèle des élections européennes « je vote pour le maintien de la maternité »).
- La construction et la mise en service nécessaire du nouveau plateau technique du C.H. de Millau en 1987, volonté de faire vivre un secteur public de santé, ceci, en dépit de quelques « politiques » préférant soutenir le secteur privé à travers la clinique.
- Le syndicat inter-hospitalier qui n'a pas fonctionné dans la mesure où la répartition des postes de praticiens hospitaliers s'est révélée très vite conflictuelle (exemple du P.H. en radiologie), tout comme la répartition d'équipement, préfigurant une logique de restructuration aux dépens de Saint-Affrique.
- La fusion imposée autoritairement par l'A.R.H. contre l'avis du conseil municipal de Saint-Affrique, d'une large majorité du conseil d'Administration du C.A. de Saint-Affrique, et d'une minorité du C.A. du C.H. de Millau et du conseil municipal de Millau, ainsi que d'une opposition citoyenne massive. A ce titre, nous contestons que seule la C.M.E. de Millau se soit opposée à la fusion (rapport p : 10). La C.M.E. était favorable à la fusion dans la mesure où les astreintes se réorganisaient sur le seul site de Millau, ouvrant la porte aux restructurations. Notre syndicat a mis en œuvre toute son énergie syndicale pour refuser cette Fusion. Notre lecture se fondait sur l'analyse du Plan Juppé (réductions de lits et De l'offre de soins) et sur l'absence de lisibilité d'un projet commun, notamment Médical.
- Depuis la fusion, il a été impossible de mettre en place un projet médical car celui-ci s'est confronté à deux visions différentes du projet de soins, cristallisé par l'organisation des astreintes de deux sites et par la collaboration avec le secteur privé. La problématique d'un projet médical commun s'est heurté à la conception de l'exception géographique de la maternité de Saint-Affrique et des urgences. Le maintien de la maternité de Saint-Affrique nécessite un

environnement de services actifs 24h /24h et 7jours /7. En l'occurrence, le maintien d'une astreinte de radiologie et de chirurgie est nécessaire pour sécuriser l'activité de la maternité.

C'est pour cette raison qu'aucune organisation syndicale n'a soutenu les projets médicaux présentés car ils fragilisaient la maternité et les urgences du site de Saint-Affrique.

Le maintien de l'exception géographique de la maternité de Saint-Affrique nous paraît pleinement justifié au regard de la zone géographique desservie par cette structure

➤ Force est de constater que la politique de l'A.R.H. a été néfaste à la pérennité des hôpitaux de Millau et de Saint-Affrique.

Après avoir imposé la fusion, l'accompagnement de l'A.R.H. a été plus que défaillante : peu d'implication dans la gestion du dossier, notamment par l'absence d'accompagnement budgétaire de cette fusion.

L'A.R.H. s'est contentée d'attendre que le dysfonctionnement porte ses fruits. L'argumentation de l'A.R.H. était simple : par la dotation supplémentaire sans C.O.M. (contrat d'objectifs et de moyens), pas de C.O.M. sans projet médical, réduisant de fait les financements du C.H.I.C. La politique de l'A.R.H. a été de jouer l'étranglement budgétaire de l'établissement pour l'obliger à des restructurations internes.

Notons que cette politique de l'A.R.H. n'est pas spécifique au C.H.I.C., bon nombre d'hôpitaux est confronté à des tensions budgétaires (p : 78 note 83).

➤ Le disfonctionnement des instances :

Force est de constater que la C.M.E. et le corps médical sont traversés par des conflits importants. Par l'élection à la C.M.E. d'une majorité dite « millavoise », la représentation des médecins du site de Saint-Affrique est largement minoritaire.

Les propositions de la C.M.E. et sa représentation au C.A. renforce l'idée de l'exclusion des représentants du corps médical de Saint-Affrique. Cela a une énorme importance notamment en ce qui concerne les recrutements de postes médicaux (le remerciement du Docteur Achaïbi en est l'un des exemples les plus aigus).

D'autre part, le fonctionnement des instances de l'établissement n'est pas respecté. Une partie des décisions importantes s'est faite sans consultation du C.T.E. (instance représentative des personnels). Ainsi, le vote au C.A. d'avril 2003 par le fonctionnement d'un site unique à Saint-Georges de Luzençon et le protocole d'économie d'Août 2003 se sont faits sans même réunir le C.T.E. On croit rêver !

Nous pensons qu'il y a confusion de la part du président du C.A. entre gestion d'une entreprise privée et d'un centre hospitalier public. Confusion également des rôles entre la présidence d'une chambre consulaire (la C.C.I.) et la présidence du C.H.I.C., notamment sur la place du privé au sein de l'hôpital public.

Nous ne cachons pas que ces disfonctionnements tendent à rendre conflictuels les rapports sociaux et humains au sein de notre établissement.

➤ Le protocole d'économie du 20 Août 2003 :

Il s'agissait d'une attaque sans précédent à l'encontre du site de Saint-Affrique. En supprimant la chirurgie, la réanimation et les astreintes, la maternité se trouvait isolée, avec de réels problèmes de sécurité.

Pour S.U.D., cela était irrecevable ! La population a réagi fortement à ce fait et nous nous en réjouissons. Pour notre syndicat, le maintien de l'offre de soins du bassin Saint-Affricain est un impératif incontournable.

LA CLINIQUE ST CÔME, CETTE OUBLIEE du RAPPORT :

Nous sommes étonnés du « peu » dans le rapport de l'I.G.A.S., concernant la clinique St-Côme. Ses difficultés auraient dû ramener à une analyse plus conséquente. Au bord de la faillite, la clinique a été rachetée par un groupement de mutuelles.

Notons que ce rachat s'est fait dans des conditions très favorables par les mutuelles (on parle de l'Euro symbolique, mais nous ne pouvons le vérifier par manque de données).

Le syndicat S.U.D. regrette qu'aucune proposition n'ait été faite pour le rachat de la clinique dans le cadre du C.H.I.C., à savoir dans le secteur public malgré nos interpellations. Notre sentiment est que la clinique n'a été reprise par les mutuelles que pour permettre le maintien d'un secteur privé. En effet, nous ne pouvons que mettre en parallèle l'achat définitif de la clinique St Côme en juillet 2003, portée principalement sur l'activité chirurgicale programmée, avec le plan d'économie du C.H.I.C. (en Août 2003) supprimant cette même chirurgie programmée sur le site de Saint-Affrique. Nous voyons là la volonté de maintenir des parts dites de « marché » des actes les plus lucratifs dans le privé au détriment du service public. Les mutuelles sont d'autant plus demandeuses de ces parts de « marché » qu'elles construisent un plateau technique à Marvejols (Lozère). Nous savons qu'une partie de la population de cette zone de Lozère était « cliente » de la clinique St Côme.

NOTES SUR L'ACTIVITE :

Le syndicat S.U.D. n'a pas fait l'étude de l'activité du C.H.I.C. dans sa globalité. Cependant, nous vous faisons part de l'analyse de la section de Saint-Affrique du rapport de l'I.G.A.S., tout en regrettant que nous n'ayons pas fait cette étude pour le site de Millau.

CHIRURGIE :

- p : 19 -en 2000 l'augmentation de la chirurgie est surtout due à la présence du chirurgien le Dr Achaïbi plutôt qu'à la fusion. Son départ, remplacé par un chirurgien choisi par la C.M.E., entraîne la chute catastrophique des actes (schéma p : 20)

- p : 19 également : la chirurgie ambulatoire n'est qu'orthopédique et non viscérale et

gastro-entérologique comme citée, bloquée par l'opposition du chef de service millavois.

URGENCES : Il faut l'engagement des tutelles pour que St-Affrique ait les moyens de recruter les praticiens. Notons des départs d'urgentistes du site de Saint-Affrique car la direction n'a pas répondu à des attentes de ces médecins (ex : Docteur Kowalski)

MATERNITE :

- p : 32 - Les différentes catégories de personnel ne sont pas citées à la différences d'autres services, laissant croire que tout le personnel existe sur les 2 sites.

- p : 33 - Le chiffre d'accouchements 2003 à St-Affrique est faux (il y a eu 205 accouchements malgré 2 annonces de fermeture).

Ces augmentations ne sont pas significatives ni à Millau : (1,6 %) ni à St-Affrique (3,4 %).

- p : 33 - Le bas taux de CESARIENNES, encore moindre à St-Affrique qu'à Millau, inférieur à la moyenne nationale, laisse supposer que ce taux est insuffisant.

Dans la mesure où ce taux n'est pas corrélé à des taux de morbidité et mortalité maternelle ou fœtale, pourquoi ne pas se réjouir d'avoir un lieu de naissance échappant à un stéréotype français hyper médicalisé, coûteux et souvent pathogène ? L'augmentation du taux de césariennes en France n'est pas à mettre sur le compte des améliorations des pratiques obstétricales.

- p : 34 - Le rapport indique que le taux de péridurales est insuffisant à St-Affrique (citant de manière incompréhensible des taux sur les accouchements par voie basse et non sur la totalité des accouchements).

Avec un taux de moins de 50 % de péridurales à St-Affrique :

- 100 % des femmes bénéficient d'une prise en charge de la douleur par différents moyens.

- 100 % des femmes ont accès 24h/24 à une anesthésie péridurale,
Pourtant cela ne conduit qu'à : 34% sur les accouchements par voie basse
46% sur le total des accouchements.

Pourquoi ?

- que d'autres moyens existent, reconnus et approuvés par des experts qui ont visité le service de St-Affrique : balnéothérapie, massage, réflexothérapie, liberté de position pendant l'accouchement (le décubitus dorsal est la position la plus algique possible), avec un accompagnement dans le respect de la physiologie et l'intimité sont des moyens simples et peu coûteux pour que les femmes n'aient pas besoin de péridurale.

Le questionnaire de sortie 2003, du service de St-Affrique, étudié par la cellule qualité, conclut à un indice de satisfaction de plus de 90% pour la qualité des soins.

S'engager à obtenir dans ces conditions une augmentation du taux de péridurale signifierait l'imposer de force à des femmes qui n'en font pas la demande, ce qui correspond à une démarche publicitaire pour le plus grand mépris des femmes et de

leurs compétences.

En conclusion : Dans la mesure où les chiffres cités ne sont pas accompagnés par le commentaire « la péridurale est disponible 24h/24 pour toutes les femmes mais moins de 50 % des femmes la souhaite car la douleur est prise en charge par d'autres moyens », on ne peut que penser que ces chiffres ne sont cités que pour discréditer un service qui donne satisfaction aux femmes.

- p : 36 les 2 schémas du haut représentant les villes d'accouchement des femmes des bassins St-Affricain et Millavois ne sont pas symétriques et doivent être rectifiés :

- à gauche : 79% des femmes du Millavois accouchent à Millau

- à droite : 88% des femmes du St-Affricain accouchent à St-Affrique.

(la surface 46% +42% doit être continue).

Une lecture rapide prête à confusion, de façon défavorable pour St-Affrique encore une fois

- p3/6 p : 32 la participation de la maternité de St-Affrique prescrite par le S.R.O.S. où un réseau de télé médecine est en cours : on ne peut donc dire qu'elle n'est pas réalisée. De par sa position géographique, la maternité de St-Affrique se trouve participer à deux réseaux :

_ en Midi Pyrénées, la télé médecine s'est mise en place tardivement et à l'heure actuelle, seules des visio-conférences ont lieu.

_ en Languedoc Roussillon, la demande de connexion au réseau a été faite dès le début, mais n'a pas été possible, le nombre de connexions étant limité.

CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE

- p : 37 comment oser dire que l'activité chirurgie gynécologique de St-Affrique reste très faible en 2003, en dehors des césariennes alors que le bloc opératoire est fermé pour cette activité ?

- p : 38 erreur ligne 1

ATTRACTIVITE ET COUVERTURE SANITAIRE :

➤ L'attractivité des soins :

Nous notons que les établissements du Sud-Aveyron sont relativement bien situés au regard du comparatif avec les autres hôpitaux de la région. Les fuites de patients sont raisonnables même s'il existe des différentiels entre services. Cela conforte l'idée que les centres hospitaliers de proximité ont toute leur raison d'être. La création d'un site unique renforcerait le départ des patients vers Albi, Rodez, Castres, Montpellier.

➤ La couverture sanitaire est bonne avec le maintien des deux sites : Millau et Saint-Affrique.

Nous ne partageons pas l'appréciation des inspecteurs de l'I.G.A.S. en introduction(p

: 6/6) affirmant que la couverture sanitaire serait sensiblement différente (80 à 94 % à 45 minutes) en fonction du choix d'un site unique ou du maintien des deux. Pour nous, cette notion de couverture sanitaire est fondamentale et, est partie prenante intégrale des missions de service public.

En période électorale, allez donc demander à un candidat si 14 % est une variation sensible ! Tous les observateurs vous parleraient d'un écart majeur. Il en est de même pour le secteur sanitaire. Les 14 % représentent l'installation (ou pas) de zone blanche, de désert sanitaire et de désert rural.

Notre syndicat défendra coûte que coûte le maintien des deux sites, car il prend appui sur la couverture sanitaire et l'offre de soins. Cela n'est pas négociable !

CONCLUSION :

Le syndicat S.U.D. tient à rappeler sa philosophie :

- Nous sommes contre toute diminution de l'offre de soins dans le bassin du Sud-Aveyron, et contre toute création ou amplification de zone non couverte sanitaire ment, dite zone blanche.
- Nous sommes contre toute privatisation du service public hospitalier. Nos missions sont incompatibles avec la logique des soins liée au seul critère de rentabilité.
- Nous sommes conscients que le contexte actuel des politiques de santé va vers la marchandisation de la santé avec pour corollaire la diminution de l'offre de soins publique. Le plan Juppé, et actuellement le plan hôpital 2007, par le biais des investissements public-privé, par des groupements de coopérations sanitaires, par la nouvelle gouvernance des hôpitaux et par la mise en place de la T2 A , sont contraires à nos valeurs de soignants, à nos missions de service public pour tous.

Nous en demandons à ce titre leur retrait car ils amplifient la privatisation des soins et les restructurations par la disparition des Hôpitaux de Proximité.

A la lecture des hypothèses, nous sommes consternés et dubitatifs :

Consternés car il n'y a pas de chiffrage financier pour le maintien des sites de Millau et de Saint-Affrique : (seul est chiffré le site unique de Saint-Georges de Luzençon, environ 89 Millions d'Euros ou le site unique à Millau : 49 Millions d'Euros).

Dubitatifs car les hypothèses successives ne nous satisfont pas pleinement.

- Pour notre syndicat, nous défendons prioritairement le maintien des deux sites de Millau et Saint-Affrique dans le domaine public. Nous défendons l'exception géographique de la maternité et des urgences du site de Saint-Affrique. Cela passe par le maintien de la réanimation, par la réouverture du service de chirurgie et par le maintien des astreintes de radiologie et de chirurgie.

Ces services sont tout aussi nécessaires au site de Millau. La complémentarité ne pourrait jouer que sur des spécialisations autres que ces services.

- Nous regrettons qu'aucune proposition n'ait été faite au personnel de la clinique St-Côme pour intégrer le statut de la fonction publique.
- Nous sommes conscients des difficultés humaines, financières de notre établissement, entretenues par un manque de soutien des tutelles.

Face à ce disfonctionnement, la défusion peut être une hypothèse mais cela n'est pas forcément la réponse s'il n'y a pas une véritable volonté de donner les moyens humains et financiers pour faire vivre les deux sites. Il apparaît nécessaire dans l'urgence de retrouver une autonomie médicale de chaque site pour organiser le fonctionnement de manière sereine et pérenne.

Le recrutement de médecins et de personnels se fera d'autant moins facilement qu'il y aura des blocages et l'absence de perspective à long terme.

S.U.D. reste convaincu de la nécessité de maintenir les deux sites hospitaliers du Sud-Aveyron. Les mobilisations des populations de Millau et de Saint-Affrique pour maintenir l'offre de soins égalitaire ainsi que les deux établissements hospitaliers restent vives. S.U.D. s'inscrit pleinement dans cette démarche.

P.S. Les 25 000 habitants du bassin Saint-Affricain, nommés 22 fois « Sud-Africains », auraient peut-être apprécié de découvrir qu'ils avaient ainsi brusquement changé de latitude : le déplacement de population est une autre méthode pour désertifier le territoire...

Syndicats S.U.D. Santé-Sociaux du centre
hospitalier de Millau - Saint-Affrique

Le 10 Avril 2004