

LIVRE BLANC SUR L'HOPITAL DE TARBES

Novembre 2009

Sauvonslhospitaldetarbes.blogspot.com

Avant-propos

A la fin de l'année 2008, une rumeur a commencé à courir à Tarbes et Lourdes, dans leurs hôpitaux en particulier : « ces deux établissements seraient amenés à disparaître pour laisser place à un hôpital unique situé entre Tarbes et Lourdes ; la décision était prise, entérinée, le dossier était clos »... Quand nous étions interrogés sur ce dossier, l'un comme l'autre, en tant qu'élus, parlementaire, Conseiller Municipal ou Conseillère Générale de Tarbes, nous répondions que nous n'avions été saisis d'aucun dossier dans nos assemblées respectives et que c'était un peu trop gros pour être vrai.

Puis la rumeur a enflé et divers témoignages l'ont peu à peu confirmée. Alors, nous avons pris nos bâtons de pèlerins pour aller quêter des informations tant auprès de la Préfecture, de la DDASS, de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH), du Ministère.

Cet été, tardivement, et sur notre insistance, nous eûmes droit – enfin ! – à la confirmation de ce projet et à une note d'orientation généreusement octroyée par l'ARH. Devant l'insistance des élus encore, un débat put avoir lieu le 2 octobre 2009 seulement au Conseil Général en présence de l'ARH et un déjeuner de travail avec les parlementaires à la Préfecture. Toutes les informations que nous avons alors pu glaner nous ont confirmé le caractère opaque de la démarche et sa totale irresponsabilité notamment au plan financier.

C'est pourquoi nous avons décidé de rédiger ce livre blanc. Nous le faisons pour plusieurs raisons :

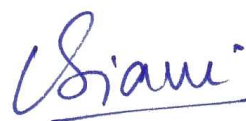
- d'abord pour informer la population d'un dossier tenu secret pour des raisons inexplicables.
- mais aussi pour empêcher que ne se commette l'irréparable, la mort de l'Hôpital Public de Tarbes
- enfin, pour faire des propositions alternatives : nous refusons de nous contenter de nous opposer ; nous voulons aussi proposer et montrer qu'il existe une autre voie pour l'hôpital de Tarbes.

Au-delà, nous souhaitons que le débat public s'empare de ce document pour l'enrichir et qu'il serve à la nécessaire mobilisation pour faire échec à un projet absurde et faire triompher ces propositions alternatives.

Jean GLAVANY
Ancien Ministre
Député des Hautes-Pyrénées
Conseiller Municipal de Tarbes



Virginie SIANI
Conseillère Générale de Tarbes
Députée suppléante
Médecin hospitalier



Introduction

Il faut être clair : le projet de fusion des hôpitaux de Tarbes et Lourdes et de suppression de l'hôpital public de Tarbes a un caractère politique évident.

En effet, ce projet a reçu l'aval du Maire de Tarbes – qui est aussi président du Conseil d'Administration de l'hôpital - pour des raisons politiques et idéologiques que l'on devine, tant cet élu a, depuis toujours affiché son libéralisme échevelé et son mépris – quand ce n'est pas la détestation – des services publics, mais dont les conséquences pour les tarbaises et les tarbais seront dramatiques : il n'y aura plus d'hôpital public à Tarbes.

Nous accusons le Maire de Tarbes de saborder le service public hospitalier tarbais. Le présent livre blanc a pour objet de démontrer ce projet, d'en dénoncer les conséquences et de faire, concrètement des propositions alternatives.

1. Notre analyse du projet

A l'heure actuelle plusieurs points posent problème à la fois sur la forme et le fond : ils suscitent au minimum de fortes interrogations voire de grandes inquiétudes.

1.1 Sur la forme

Tout se passe dans le plus grand secret, la Direction de l'hôpital ne communique aucune information concernant l'avancée du projet et ne tient pas compte de la position et des arguments du personnel. Au Conseil d'Administration de l'hôpital, la représentante du Conseil Régional a sollicité un débat public refusé par le Maire sous prétexte qu'il s'exprimerait devant les Conseils Municipaux. A ce jour, ça n'a toujours pas été le cas. La Direction de l'Hôpital comme le Maire ne veulent consulter ni le personnel ni même la population pourtant concernée directement par ce projet.

La façon de procéder de la Direction de l'hôpital, de l'ARH et de certains élus sur ce dossier est très archaïque et purement et simplement anti-démocratique ! Aujourd'hui, on ne peut pas prendre une décision comme ça en catimini sans informer et consulter, sans transparence et débat...

Pourquoi le Conseil Général n'a-t-il pas été saisi ? Il a fallu qu'il s'en autosaisisse... Et d'ailleurs, les questions qu'il a posées à cette occasion restent à ce jour sans réponse...

De la même façon, pourquoi le Conseil Municipal de Tarbes n'a-t-il pas été saisi ?

Là encore, il a fallu que les élus de l'opposition dans la séance du 26 octobre dernier réclament ce débat pour que, peut être, il puisse avoir lieu bientôt. Nous attendons ce débat avec impatience. Mais le fait même qu'il faille « forcer la porte » du débat et combattre l'opacité du dossier est déjà très significatif.

1.2 Sur le fond

1.2.1. Le volet de la concurrence avec le secteur privé :

Même si on peut et on doit s'interroger sur cette sempiternelle loi de la concurrence entre le public et le privé qui n'a aucun sens quant on sait combien les obligations qui pèsent sur l'Hôpital Public (accueil de tous les malades, obligation de formation...) et ne pèsent pas du tout sur les cliniques privées font que cette fameuse concurrence sera toujours faussée.

Pour la Direction un argument majeur justifie la création d'un nouvel hôpital situé entre Tarbes et Lourdes : « il faut mettre l'hôpital en capacité d'affronter la concurrence du secteur privé » ;

Mais, en outre, cet argument est contradictoire et paradoxal puisqu'il est évident que l'implantation d'un nouvel hôpital entre Tarbes et Lourdes ne permettrait en aucun cas de concurrencer le secteur privé bien au contraire.

En effet, dans notre département si le secteur privé hospitalier est présent et dynamique à Tarbes, il est inexistant à Lourdes, Bagnères ou Lannemezan. Créer un nouvel hôpital entre Tarbes et Lourdes aurait donc pour effet de laisser le champ libre au secteur privé Tarbais, de renforcer l'Ormeau, établissement privé au demeurant fort respectable, notamment la maternité (le problème est identique pour la chirurgie) puisque les habitantes de l'agglomération tarbaise ne feront pas des kilomètres supplémentaires pour aller accoucher dans un hôpital public : elles iront au plus proche : l'Ormeau, surtout si la question des transports en commun reste en l'état actuel (l'Hôpital de Tarbes est desservi par le réseau d'agglomération (ce qui n'est pas le cas de Lannes...)).

1.2.2. L'affaiblissement du service public hospitalier

Toujours au chapitre de la « concurrence » public-privé, et si l'on voulait une autre preuve des coups portés à l'Hôpital Public, ce projet aboutira de facto à un affaiblissement du service public hospitalier avec une diminution drastique du nombre de lits d'accueil dans l'Hôpital Public. On passera ainsi de 473 lits (« Médecine, chirurgie, obstétrique » Tarbes+Lourdes hors gériatrie) à un nombre beaucoup moins important. Les responsables du dossier ne veulent pas révéler le chiffre (encore le secret !) mais nos informations font état d'une suppression d'au moins 150 lits.

1.2.3. Le volet aménagement du territoire

La création de ce nouvel hôpital entraînerait de même de sérieux problèmes en matière d'aménagement du territoire et ne réglerait en aucun cas les difficultés rencontrées au niveau du « drainage » des populations. L'immense majorité de la population du département à part celles situées entre Tarbes et Lourdes se trouveraient plus éloignée du nouvel hôpital et risquerait fort de s'orienter soit vers le secteur privé tarbais soit vers les départements voisins : Pau pour les habitants du nord du Département (Vic, Maubourguet, Castelnau Rivière-Basse...) et pour les Lourdais ou Toulouse pour les habitants du sud est du Département (Lannemezan...).

Là encore, la solution proposée par la direction aurait pour conséquence de drainer des malades vers les départements voisins, affaiblissant ainsi le secteur public hospitalier des Hautes-Pyrénées.

1.2.4. Le développement durable

Le Grenelle 1 puis le Grenelle 2 de l'environnement viennent d'avoir lieu et notre société, peu à peu, prend conscience de l'impératif de sauvegarde de la planète. Et là, on retourne 50 ans en arrière ! Construire un nouvel hôpital avec d'immenses parkings sur une surface agricole ou naturelle de plusieurs hectares aura une empreinte écologique dramatique... Ajoutons que l'argument selon lequel il serait impossible de rénover un bâtiment de conception archaïque, est ridicule !

A ce titre, il faudrait raser Purpan, Ranguel, la Salpêtrière et l'Hôtel Dieu !

Dire qu'il vaut mieux détruire un hôpital de 30 ans que le rénover est une ineptie !

1.2.5. Le volet gabegie de crédits publics

C'est peut être le volet le plus choquant du dossier :

La construction de ce nouvel hôpital constituerait un gaspillage considérable d'argent public puisque d'importants travaux ont été réalisés récemment à l'hôpital de Tarbes ou bien le seront prochainement (coût total de 60 à 70 millions d'euros sur 10 ans). A la suite des problèmes de légionellose, tous les services ont été refaits à l'exception de la pneumo-cardio, de l'ortho et du service consultation. Ces dernières années les blocs opératoires ont été refaits pour un coût de 15 millions d'euros, les locaux de l'institut de formation en soins infirmiers vont être agrandis, les urgences pour 1.5 million d'euros, la maternité pour 10 millions d'euros.... Prochainement le hall et le service de réanimation vont être refait, le centre de transfusion tout neuf situé volontairement à proximité de l'hôpital a ouvert ses portes...

Si la construction d'un nouvel hôpital entre Tarbes et Lourdes, dont le coût avoisinerait les 200 millions d'euros (cf. la lettre de l'ARH du 20 Août 2009), était avérée, on assisterait alors à un insupportable gaspillage des deniers publics !

Qui va payer tout cela ? Le contribuable, bien sûr, ou plus précisément l'assuré social.

A l'heure des déficits publics considérables une telle irresponsabilité est moralement insoutenable.

Un député de la majorité disait récemment à l'Assemblée : « un jour, vos enfants ou vos petits enfants iront cracher sur vos tombes en refusant d'assumer les dettes que vous leur aurez laissées ». Ce projet pharaonique et irresponsable financièrement est, de ce point de vue, moralement insoutenable.

1.2.6 Le plan social

Enfin, il faut savoir que la création de ce nouvel hôpital sera accompagnée de 214 suppressions d'emplois : 189 emplois non médicaux et 25 emplois médicaux. Cela constituerait donc un plan social aux conséquences dramatiques pour notre département dans un contexte économique déjà morose. C'est inacceptable ! Mais les défenseurs du projet n'abordent jamais cet aspect du dossier, on comprend bien pourquoi !

2. Comparaison n'est pas raison

Pour justifier son choix de construction d'un hôpital unique Tarbes-Lourdes, l'ARH cite en référence les exemples de Foix-Pamiers et Castres-Mazamet comme étant des modèles édifiants. Mais comparons ce qui est comparable ! Pour ce faire, nous avons interrogé les élus de ces quatre villes.

On dit que l'hôpital de Foix-Pamiers serait une réussite, ce qui reste à prouver puisque... il est lui aussi soumis à un Plan de Retour à l'Equilibre (PRE) alors que la fusion était sensée résoudre les difficultés financières des deux anciens établissements ! En outre, d'une part il n'y avait ni à Foix ni à Pamiers de secteur privé – ça change tout - et d'autre part, Pamiers était un hôpital très ancien (à l'exception d'un bâtiment construit en...74), tandis que le bâtiment central de l'hôpital de Foix avait été rénové mais pas de façon significative.

On le voit bien cette situation n'a rien à voir avec celle des hôpitaux de Tarbes et Lourdes.

Quand à l'hôpital de Castres-Mazamet, là encore la comparaison avec l'hôpital de Tarbes ne tient pas la route pour plusieurs raisons. D'une part, parce que le projet n'est pas encore mis en service et qu'il est donc difficile d'en tirer déjà des leçons et, encore moins, des cris de victoire. D'autre part, il n'y avait pas de concurrence du secteur privé sur Mazamet, tandis que sur Castres, il y en avait mais uniquement pour la chirurgie. Enfin, les hôpitaux de Castres et Mazamet étaient très anciens (les derniers travaux sur le site de Mazamet dataient des années 80) et peu fonctionnels ! Par exemple, à Castres, au service des urgences, les VSB devaient brancarder les gens de l'extérieur pour accéder au service. On le voit clairement, ces comparaisons avec l'hôpital de Tarbes sont complètement Erronées et malhonnêtes intellectuellement.

3. Les propositions pour l'hôpital de Tarbes

Nous ne voulons pas être seulement critiques d'un projet qui nous inquiète. Nous voulons être constructifs et forces de propositions. Voilà donc les six propositions que nous faisons pour le service public hospitalier tarbais.

- D'abord, un Groupement de Coopération Sanitaire a été créé entre les hôpitaux de Tarbes et Lourdes. Si nous demandons l'abandon du projet de construction d'un hôpital unique, nous proposons par contre de maintenir ce GCS et de le faire vivre ! La coopération entre les deux hôpitaux est une nécessité absolue pour le service public hospitalier. Il est, en particulier, indispensable de maintenir à Lourdes un hôpital de proximité avec l'accueil des patients pour des premiers soins avant un éventuel transfert vers l'hôpital de Tarbes. En clair, nous proposons un regroupement des 2 hôpitaux mais sans disparition des sites actuels et autour de ce qui doit devenir le pôle d'excellence de l'Hôpital Tarbais. Celui-ci en effet ne part pas de rien !! (cf annexe 1 « l'état actuel de l'hôpital de Tarbes »)

- Dans ce même esprit, il est indispensable de prendre des mesures matérielles concrètes (achat d'un hélicoptère, escortes des gendarmeries etc....) pour que les transferts d'un hôpital à l'autre soient simples, faciles, fluides. Ça coûterait beaucoup moins cher qu'un hôpital neuf...

- Il faut achever la rénovation de l'hôpital réalisée à 80%. En particulier ce sont maintenant les services de pneumo-cardio, orthopédie et consultations qui doivent être rénovés aussi vite que possible.

- Il faut également mettre l'hôpital de Tarbes en conformité avec les réglementations ICPE (installations classées pour la protection de l'environnement), les normes environnementales (traitement des effluents et radioprotection), les normes accessibilités handicapés ainsi qu'avec les principes de sécurité électrique (saturation des groupes électrogènes...). Il convient de faire quelques travaux concernant l'isolation, notamment la mise en place de doubles vitrages. Une centrale de panneaux solaires pourrait aussi être installée sur le toit du bâtiment.

- Si la question centrale était que les bâtiments actuels ne seraient pas assez grands pour accueillir toutes les chambres à un lit nécessaires, la place ne manque pas sur le site actuel de l'hôpital pour un éventuel agrandissement. Là encore ça coûtera moins cher.

- Il faut encore trouver des moyens matériels, financiers concrets pour attirer de jeunes médecins hospitaliers, chirurgiens ou pas.

On parle beaucoup de la désertification médicale en milieu rural. On parle moins de cette désertification médicale-là, celle des médecins hospitaliers dans les hôpitaux des villes moyennes qui ne sont pas des CHU.

Nous n'avons pas de recette miracle mais nous souhaitons avoir une discussion ouverte et concrète sur ce sujet avec toutes les collectivités publiques.

- Enfin, concernant le fonctionnement de l'hôpital, il y a des mesures concrètes à prendre dans son organisation interne, notamment pour la cotation des actes afin de réduire son déficit. Pourquoi a-t-on attendu si longtemps par exemple, pour embaucher les personnes nécessaires à la cotation des actes qui s'entassaient, prenaient du retard...et alimentaient le déficit ! La politique de réduction des personnels n'a pas seulement atteint là ses limites, elle touchait celles de l'absurde. Après les embauches au DIM (département d'informatique médical), il faudrait compléter le dispositif par la formation des personnels en cotation.

*
* *

Le coût total de ces propositions s'élève à moins de 20 millions d'euros en investissement (8 à 9 fois moins que l'hôpital neuf) et environ 100 000 euros par an en fonctionnement.

C'est dire leur côté plus « responsable » financièrement, sans parler qu'elles donnent toutes ses chances au service public hospitalier plutôt que de favoriser son déclin...

4. Témoignages

Bruno Gay-Capdevielle

Président du comité de défense et de promotion de l'hôpital de Lourdes.

« C'est en grande partie grâce au comité de défense et de développement de l'hôpital de Lourdes que le projet de construction d'un nouvel hôpital fût révélé au grand jour il y a maintenant 2 ans. Malheureusement, ni les réunions publiques que nous avons organisées, ni les tracts que nous avons distribués, ni les conférences de presse auxquelles nous avons participées n'ont permis l'émergence d'un véritable débat démocratique sur l'avenir des hôpitaux publics de notre département. Dans ce contexte, "le livre blanc sur l'hôpital de Tarbes" de Monsieur Jean Glavany et de Madame Virginie Siani a le mérite de poser les bonnes questions et de redonner espoir à toutes celles et ceux qui se battent pour la sauvegarde des hôpitaux publics de proximité. Mais ce "livre blanc", aussi nécessaire soit-il, ne peut-être que le premier chapitre d'un livre à écrire avec les élus, les professionnels de la santé, les usagers, les syndicats et les comités de défense sur ce que nous voulons comme offre publique d'établissements de santé dans notre département.

Le maintien des activités MCO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique) dans les hôpitaux de proximité de Lourdes, de Bagnères et de Lannemezan répond à un principe immuable de notre Constitution trop souvent bafoué par un gouvernement autiste : l'égalité de tous devant l'accès aux soins. Il répond aussi à une véritable politique d'aménagement du territoire et au développement d'un département tourné vers le tourisme saisonnier et religieux (10 millions de pèlerins l'an dernier à Lourdes).

A l'heure où certains acteurs politiques majeurs du département ont fait le choix de soutenir la création du nouvel hôpital et, de fait, cautionnent la fermeture des Hôpitaux de Lourdes et Tarbes, il est essentiel que nous fassions entendre une autre voix : celle de notre attachement aux hôpitaux publics de proximité. »

<p>Anne Prud'homme Médecin Hospitalier Pneumologue à l'Hôpital de Tarbes</p>
--

« La prise en charge de la santé en France a été jusqu'en 2000 classée comme la meilleure au monde. Aujourd'hui, financer les nouvelles thérapeutiques, soigner une population vieillissante, permettre l'accès des soins égaux pour tous et en tout lieu, avec qualité, nécessite de faire des choix. Les nouveaux investissements publics doivent être débattus et motivés. Trente milliards d'euros de déficit de la sécurité sociale en 2009 et 60 milliards prévus en 2010, rendent urgentes ces réflexions. [.../...]

Organiser avec efficacité l'offre de soins dans notre département concerne toutes les personnes impliquées dans le domaine de la santé, des politiques, personnel administratif des services, aux soignants. La prise en compte des coûts et la qualité de l'offre de soins doivent être couplées. C'est dans cette perspective que nous apprenons qu'un hôpital public à Lannes, à quelques kilomètres de Tarbes et de Lourdes devrait voir le jour. Quelles concertations, propositions, évaluations sont à l'origine de ce projet ? A-t-on le financement, pour continuer à dupliquer les centres de santé dans un département de 223 799 ? De nombreuses questions se posent :

- Plus de 70% des unités de soins ont été refaites depuis 5 ans, et 13 blocs opératoires ont été inaugurés il y a un an à l'hôpital Intercommunal de Bigorre. Ces investissements seraient du court terme alors que les caisses de l'état sont vides et que le déficit se creuse ? A-t-on discuté de l'intérêt d'une Unité de lieu avec la construction d'un pôle de santé Public Privé en créant de réelles complémentarités entre ces deux modes de pratique ? La Mutualisation des plateaux techniques performants et onéreux, des structures de réanimation et de soins continus, des maternités semble d'actualité si l'on lit le rapport « Larcher ». Ainsi, l'organisation du système de santé dans le département pourrait mener à la création de maisons de prise en charge de la santé par spécialités: maison de la Cardiologie, de l'Education Thérapeutique, de la Diabétologie, de la Pneumologie...associant des partenaires issus du public et du privé.
- Faut-il priver les Lourdais d'un accès aux soins d'urgence dans la ville ?
- en quel lieu faut-il domicilier ce nouvel hôpital ? La réflexion est-elle basée sur une réelle évaluation de l'état des lieux des besoins en santé dans le département ? Des études comparatives des différents scénarios envisageables pour réorganiser la santé dans le département ont-elles été faites ?

La solution retenue devra être celle du meilleur rapport entre l'optimisation de la prise en charge des patients par rapport à son efficacité économique

Le débat est ouvert ? Ouvert à tous ? »

Motions de soutien à l'Hôpital votées par des communes du département

COMMUNE D'AUREILHAN

EXTRAIT DU REGISTRE DES DELIBERATIONS DU CONSEI MUNICIPAL

SEANCE DU 16 OCTOBRE 2009

Date de la convocation : 07/10/2009

Date de la publication : 20/10/2009

PRESENTS : Yannick BOUBÉE, Maire – Pierre FAURE - Maryvonne GARBAYE- Chantal BADENCO- Louis CANDAU - Geneviève DORGANS- Claude PAHU - Isabelle CHEDEVILLE - Philippe DUSSERT - Sarah DUCO - Daniel RIVIERE - Emmanuel ALONSO - Simone GASQUET- - Nicole RIEUDEBAT - Nicole CASTELLA - Manuel ESPEJO- Jocelyne JOANDET – Daniel LARREGOLA - Maryse PAYSSE - Patrick LASCOUMETTES – Jean-Marc LACABANNE – Annie AGUADO - André BOYRIE - Françoise MAZOUÉ – Jacques LAPALISSE –.

POUVOIRS : Yves CARRIE (pouvoir à Claude PAHU) – Annie GUITTARD (pouvoir à Maryvonne GARBAYE) – Jacques LABE (pouvoir à Pierre FAURE) – Audrey MAUHOURAT (pouvoir à Jacques LAPALISSE) –

Secrétaire de séance : Isabelle CHEDEVILLE

Motion de soutien à l'Hôpital

Avec la LOI BACHELOT, qui vient d'être votée, tous les hôpitaux de proximité seront fusionnés en un seul hôpital de territoire. L'objectif est le regroupement des activités de soins avec privatisation de celles qui seraient les plus rentables. Les règles de gestion seront celles de toute entreprise marchande avec le profit comme seule référence.

Dans le département des Hautes Pyrénées le projet de construire un hôpital commun entre Tarbes et Lourdes aura pour effet la fermeture des hôpitaux de proximité de Tarbes, Lourdes et de mettre en danger ceux de Bagnères et Lannemezan ainsi que les structures publiques de soin de notre département. Ceci résulte du fait que l'offre de soin est redistribuée non pas en fonction des besoins de la population locale mais en fonction de la rentabilité de chaque pathologie, conformément à la loi Bachelot et des exigences des groupes privés. Les malades n'auront plus le choix de l'établissement hospitalier. La notion de service public s'efface devant la rentabilité financière.

Constatant que l'hôpital de Lourdes vient d'être entièrement rénové, que environ 12 millions d'euros ont été investis dans les salles d'opérations de l'hôpital de Tarbes, après que des travaux aient été réalisés au SAMU et aux urgences, et que le service de réanimation va être restructuré,

Craignant que l'éloignement de l'hôpital commun par rapport aux patients, n'entraîne une baisse des activités de consultations de cet hôpital,

Craignant la privatisation progressive des activités rentables de cet « hôpital commun entre TARBES et LOURDES » au détriment des missions de service public, et le développement de cliniques privées lucratives,

Craignant que cette restructuration des hôpitaux de proximité de notre département s'accompagne de nombreuses suppressions d'emplois, et de changements de statut pour une grande partie du personnel restant,

Le Conseil Municipal d'AUREILHAN rappelle l'attachement de tous aux hôpitaux de proximité, confirmant ainsi la confiance des français envers l'hôpital public.

Après en avoir délibéré le Conseil Municipal, à l'unanimité, décide :

- **de refuser un aménagement du territoire consistant à supprimer l'offre de soin publique de proximité et l'ensemble des services publics (poste, école...) au détriment des populations locales ou de passage,**
- **de s'opposer fermement et publiquement à la construction d'un nouvel hôpital commun entre Tarbes et Lourdes,**
- **d'apporter tout son soutien aux hôpitaux de proximité, et demande qu'ils soient développés afin de mieux les pérenniser,**
- **de soutenir toutes les actions allant dans ce sens,**
- **de demander qu'un véritable débat public sur l'avenir des hôpitaux de proximité dans notre département soit mis en place avec l'ensemble des parties concernées.**

COMMUNE DE MAUBOURGUET

COMMUNE DE BOURS

Docteur Géraud IZARD
Chirurgien des hôpitaux, ancien Président de la CME

« LE PROJET DE DEMENAGEMENT DE L'HOPITAL DE TARBES (CHB) A LANNE ET SA « FUSION » AVEC L'HOPITAL DE LOURDES

I-le coup de grâce

Ce projet est le dernier avatar d'une liste déjà longue de condamnations prononcées à l'encontre du CHB, provenant de diverses instances, dont le but implicite est manifestement de chercher à affaiblir l'hospitalisation publique. Dès le début des années 90 de multiples missions ou enquêtes sont venues se pencher sur ce « grand malade » ; leurs diagnostics furent si contradictoires qu'on eut de bonnes raisons de douter de leur pertinence ; les

remèdes proposés étaient pour la plupart incompatibles entre eux ; IGAS deux fois , Cour régionale des comptes, DAS, ARH , Commission Escat, Europ-management, MAEH deux fois, SANESCO rendirent des rapports qui brouillèrent la vision des problèmes ; de sorte que l'hôpital fut contraint à évoluer avec ses ressources propres en réussissant, il y a peu de temps encore, à maintenir son équilibre financier . Malgré un bilan plutôt honorable ses détracteurs viennent aujourd'hui exiger de lui, plus qu'une réforme, un véritable sabotage.

II-les vrais chiffres

A- le CHB : une exception géographique en Midi-Pyrénées

L'activité du CHB n'a jamais cessé d'apparaître comme exceptionnelle au regard des données régionales et nationales caractéristiques de ce type d'établissement. Il est donc assez normal qu'il lui soit assez difficile de maintenir sur le long terme un tel niveau d'activité sans certaines fluctuations dans un département dont la population est stable et face à un secteur privé concurrentiel qui a su se regrouper. Notons toutefois que l'activité MCO progresse malgré tout dans l'établissement et encore probablement en 2009 (2 %).

L'activité du CHB l'a toujours placé en 2^o position derrière le CHU de TOULOUSE en données absolues mais en 1^o position si on rapporte son activité à la population de son bassin de santé. L'étude que j'avais menée sur une période de cinq ans afin d'estimer les évolutions en termes de tendances (il y a dix ans) auprès des 12 établissements les plus importants de la région avait montré que le CHB se situait en première position sur les critères comparatifs de performance ; il faisait jeu égal avec le CHU alors que ce dernier proposait un panel plus diversifié d'actes. Une de ses principales caractéristiques fut de tout temps une exceptionnelle activité chirurgicale qui se manifestait jusqu'à peu par un ratio inhabituellement élevé d'actes chirurgicaux au sein de l'établissement où ils constituent 26% de l'ensemble de l'activité et dans le département (près de 60% des interventions chirurgicales en secteur public).

La productivité médicale calculée à l'époque par le rapport « points ISA par médecin » est restée longtemps la meilleure de la région avant le CHU, respectivement 390000 et 310000. Le nombre d'«actes classants» ramené à 1000 habitants de 7,3 était le plus élevé de la région. Avec un budget 1 fois et demi plus élevé que celui d'hôpitaux de même taille le CHB avait une productivité 3 fois supérieure : le rapport « budget sur équivalents journées court-séjour rapporté à 1000 habitants » était de 1166 .

L'attractivité du CHB considéré dans son bassin de population demeurait 2 à 3 fois supérieure à celle de tous les autres établissements de la région.

Sur les cinq ans considérés autour de 2000 les dépenses d'exploitation n'augmentèrent que de 11% tandis que l'activité progressait de 20% .L'évolution des « comptes administratifs » progressait de 1,1% par an au CHB contre 2% ou plus dans tous les autres établissements de la région.

La progression des dépenses de personnel (groupe I des dépenses) jugée par beaucoup responsable des difficultés alléguées de l'hôpital de Tarbes fut durant cette période inférieure à 0,8% par an contre 3% en moyenne dans les autres hôpitaux .La part des dépenses de personnel (groupe I) dans le calcul du point ISA était, confirmation supplémentaire du niveau non excessif du nombre des agents, de 5,5 Fr, la plus basse de la région. Seules les dépenses de logistique (en grande partie liées aux contraintes de l'organisation de la pharmacie et à l'informatisation) étaient parmi les plus élevées : 28%

chiffre excessif justement relevé dans un seul audit (le volet logistique était responsable de 6% des dépenses du groupe I contre 3% au CHU) .

Ces données restent encore vraies aujourd'hui même si on peut regretter que tous les efforts nécessaires découlant de ces analyses n'aient pas porté sur les secteurs les plus vulnérables ; dans les politiques hospitalières les positions stratégiques n'ont pas été par ailleurs suffisamment défendues. Mais condamner l'ensemble de la structure alors que seuls certains secteurs mériteraient d'être réformés apparaît excessif.

B- Données de comptabilité analytique

L'analyse comptable détaillée de l'établissement, fournie exhaustivement depuis près de 20 ans, aurait du permettre de tels ajustements ; elle montrait déjà en effet les points faibles de l'établissement même si dans l'ensemble le bilan demeurât positif. Les grandes variations d'efficacité et de rentabilité n'ont sans doute pas été suffisamment étudiées dans leurs relations avec les « effets d'échelle » ; selon la taille de tel ou tel service les variations peuvent s'avérer considérables dans un sens tantôt d'économie tantôt de dépense. L'analyse comptable de l'établissement mettait bien en exergue le déséquilibre induit par certains investissements excessifs- en particulier en Gériatrie- durant les 15 années précédentes et la nécessité de mettre un frein aux nouvelles demandes dans ce secteur. Ainsi, il était établi que 47% de l'investissement s'était porté sur le secteur gériatrique durant ces 15 dernières années, qu'il était responsable du 1/3 de la dette de l'établissement, tandis que durant la même période 1/3 seulement des 53% d'investissements dirigés vers le MCO avaient réellement eu un impact direct sur les soins. Des tableaux de rapport « activité-budget » auraient pu aisément faire reconnaître les services actifs qu'on devait encore développer et les services fragiles qu'il fallait aider. Malgré une insuffisante réactivité le CHB avait néanmoins réussi jusqu'en 2003 à maîtriser ses budgets et à présenter un bilan financier annuel en équilibre (bénéficiaire en 2003 !).

III- les occasions manquées

Les aspects tendanciels qui émergeaient des études menées au début des années 2000 auraient du inspirer un certain nombre de réformes inscrites comme prioritaires dans le « projet médical 2000-2005 » ; elles auraient du aussi conduire à ne pas abandonner au secteur concurrentiel des activités importantes et traditionnellement bien représentées au CHB (en particulier la cancérologie) . Ce projet prévoyait un certain nombre d'économies (annexe 1) mais il insistait surtout sur les activités à développer ou à renforcer .

Ce projet n'a pas été réalisé et la « nouvelle gouvernance » puis l'application très anticipée de la loi « HPST » ont brutalement mis fin à l'espoir d'avancées positives pour le CHB : 220 postes de soignants supprimés en 2 ans, des fermetures de lits et de services, une incitation à abandonner toute spécialisation au profit de la polyvalence.....Ceci a provoqué des conditions aussi difficiles pour les soignants soumis à des contraintes de travail très insatisfaisantes que pour les malades obligés d'être hospitalisés dans des chambres à 2 lits, et en mélangeant dans les mêmes chambres des pathologies étrangères.

Il est donc paradoxal de proposer, au moment où l'investissement est bloqué et où le projet médical est oublié, non pas la reprise du projet ,mais l'abandon de la structure et son déménagement.

IV- nos critiques au projet de déménagement

A –La fréquentation du nouvel établissement ?

On prétend que la « fusion » des deux établissements sur un nouveau site unique à mi-distance entre Tarbes et Lourdes augmentera l'attractivité et permettra d'envisager des admissions au moins égales à la somme des hospitalisations respectives de ces deux établissements. Les exemples fournis à l'appui de la thèse -concernant deux structures en Midi-Pyrénées- ne sont pas pertinents ; il s'agit en effet d'établissements dont les conditions sont très différentes eu égard au déplacement géographique qu'ils ont subi (vers le Nord et pas vers la chaîne montagneuse) et au moindre impact de la concurrence libérale dont ils peuvent être affectés. En outre l'expérience de l'un d'entre eux, déjà en pleine activité, ne vérifie pas, en chirurgie, la prévision d'une augmentation d'activité.

La fréquentation de l'hôpital de Tarbes par les malades du département apporte d'autres arguments contre le projet de déplacement du CHB ; le CHB a une répartition de fréquentation très inégale : près de 50% des malades habitent dans l'agglomération tarbaise, 30% proviennent du nord et du nord-est du département, et seulement 5% viennent de Lourdes et de la vallée d'Argelès. On est autorisé à penser que les malades de Lourdes continueront à se faire soigner dans l'établissement nouveau quelque soit sa situation car ils n'auront pas d'autre choix ; il en va de même pour les malades d'Argelès puisqu'ils étaient déjà obligés de se déplacer jusqu'à Lourdes ; leur parcours sera à paine plus long. Mais le nombre de malades venant de Lourdes et d'Argelès au CHB est si réduit que, dans l'hypothèse où ils ne le feraient pas, cela ne changerait pas grand-chose à la situation actuelle. En revanche rien n'indique que dans cette nouvelle configuration les habitants de Tarbes et du nord du département se rendront volontiers dans cet établissement pour eux beaucoup plus excentré, d'autant qu'ils auront d'autres choix dans le secteur concurrentiel. Les auteurs du projet semblent d'ailleurs l'avoir envisagé puisqu'ils ont prévu de supprimer dans ce nouvel hôpital 20% des lits et 20% des effectifs de soignants.

B – La gestion des ressources ?

Eu égard aux sommes déjà investies au CHB il paraît peu conforme aux règles de bonne gestion notamment par temps de crise) d'envisager les sommes énormes nécessaires à cette reconstruction. 35 millions d'euros ont été investis au CHB ces 6 dernières années ! Ainsi presque tout l'hôpital de Tarbes a été rénové récemment : blocs opératoires, endoscopies, gynécologie-obstétrique, salles d'accouchement, salles de réveil, anatomo-pathologie, pédiatrie, neo-natologie, consultations et hôpital de jour de pédiatrie, hémodialyse, urgences et samu, self et cuisines.....et tout récemment construction du nouveau centre de transfusion. La quasi-totalité de l'hôpital en dehors de 3 services est neuve ! (annexe 2).L'hôpital de Tarbes dispose en outre d'une vaste surface propre à envisager des extensions éventuelles et le déménagement simple des locaux actuellement occupés par l'administration pourrait facilement libérer de l'espace pour les soins tout en prévoyant de reloger l'administration à l'école d'infirmières et ou à l'Ayguerotte.

C –Quelles propositions ?

a- au nom de l'équilibre public-privé

Les facteurs essentiels qui déterminent l'attractivité d'un hôpital sont, comme nos enquêtes l'avaient montré :

une position géographique favorable, et un accès aisé, ce qui est le cas de notre hôpital

un ratio lits hospitaliers / lits privés favorable au secteur public mais en train de s'inverser

un ratio médical également favorable, lui-même déjà fortement déséquilibré

Ces trois facteurs essentiels du succès d'un hôpital seront définitivement brisés par ce nouveau projet.

b- au nom d'une politique départementale de santé Toute initiative de rapprochement avec les hôpitaux du département est bienvenue - avec Lourdes comme avec Lannemezan. Mais après 20 ans de discussions on a de bonnes raisons d'être pessimiste. Pourtant le corps médical avait mis beaucoup d'espoir dans une organisation départementale de l'hospitalisation qui, si elle avait été réalisée, aurait évité beaucoup d'activités en doublon et aurait permis la constitution d'équipes de taille suffisante et la mise sur pied de structures aux compétences diversifiées ; ces mesures sans effet sur l'emploi du fait d'une activité maintenue grâce à elles et à d'éventuelles réorientations d'activités auraient définitivement doté le département d'un réseau hospitalier concurrentiel puissant ; par un effet d'échelle la productivité s'en serait trouvée fortement améliorée. Les décrets ou lois (décrets de regroupement obligatoire en cas de postes médicaux non pourvus ou création de groupements de coopération sanitaire GCS....) constituaient des opportunités qu'il aurait fallu saisir.

Il est peut-être encore temps d'envisager une politique sanitaire coordonnée dans l'ensemble du département sans qu'il soit nécessaire de se jeter dans l'aventure que constituerait à nos yeux la fusion de l'hôpital de Tarbes avec celui de Lourdes et son déplacement à Lanne. Des solutions plus simples et moins onéreuses sont possibles. Les pistes ouvertes par le projet médical dont l'exécution n'a pas été achevée pourraient être reprises dans le cadre élargie d'un GCS avec l'ensemble des structures publiques du département (annexe 3).

Nous souhaiterions dire à ceux qui ont introduit à Tarbes ce « cheval de Troie » d'un genre inédit qu'ils vont sacrifier l'hospitalisation publique sur l'autel de la facilité et de l'imprévision...mais il n'y aura personne pour en faire le récit. »

ANNEXE 1

PROPOSITIONS D'ECONOMIES EN 2003 ET NON SUIVIES D'EFFET

- Eclatement de la centrale des rendez-vous et répartition des secrétaires dans différents services pour prise directe des RV

- Investissement dans les réseaux Internet et les répondeurs automatiques pour la prise des consultations
- Redistribution du personnel non directement utile aux soins dans les services médicalement importants
- Diminution des investissements en gériatrie et arrêt des projets en cours dans ce secteur (50 MF d'investissements prévus)

Au total prévision d'économie de 70 MF d'investissements, soit environ 10 millions d'Euros

ANNEXE 2

INVESTISSEMENT ET OPERATIONS REALISEES DURANT LES 7 DERNIERES ANNEES (2000 – 2007)

INTITULE	COUT DE L'investissement en Francs (MF = millions de Francs)
Installation de l'informatique du logiciel crossway	12 MF
Réalisation des cuisines et du self	15 MF
Construction des urgences, SAMU	38 MF
Réfection des archives	5 MF
Travaux radiologiques : achat d'un analyseur et de radio-plaques phosphore ainsi qu'un appareil de radio à développement rapide + 1 appareil de radiologique, réfection de la salle de radio interventionnelle	5 MF
Travaux d'hygiène	8 MF
Rénovation de la Pédiatrie	4 MF
Rénovation de la Gynécologie	7 MF
Télé-médecine	1.5 MF
Angiologie	0.2 MF
Construction de l'hôpital de jour et des consultations de Pédiatrie	6 MF
IRM	6 MF
Blocs opératoires	34 MF
Endoscopies gastro-entérologiques et pulmonaires	6 MF
Bloc gynécologie obstétrique	6 MF
Ana-path	5 MF
Département d'anesthésie, salle de	5 MF

réveil	
Rénovation des infirmeries	7 MF
Réfection du réseau d'eau et d'air	20 MF
Analyseur eau et air	0.2 MF
Contrôle de sécurité, de qualité et vigilances diverses	0.5 MF
TOTAL	196 MF d'investissements
Frais d'exploitation	20 MF
Achat de matériels	30 MF

CONCLUSION :

années 2000 – 2007, 35 millions d'Euros d'investissement.

ANNEXE 3 :

PROJETS IMPORTANTS PROPOSES DANS LE PROJET MEDICAL 2000 – 2005 ET NON REALISES

- Regroupements de la chirurgie vasculaire et de l'Angiologie avec prise de gardes des médecins en angiologie
- Création d'un hôpital de jour de Neurologie
- Création d'un département de chirurgie vasculaire et de chirurgie thoracique avec la chirurgie viscérale sur un étage avec incorporation de soins intensifs visant à élargir le recrutement de ce secteur
- Création d'un poste d'urologie et utilisation d'une salle de bloc
- Réaménagement des consultations de gynécologie – obstétrique au 2^{ème} étage après le dégagement de ce secteur du fait du regroupement de la gynécologie obstétrique au bloc opératoire
- Sectorisation du secteur d'urgence pour réaliser un secteur indépendant de « trauma center » sous la responsabilité du service d'orthopédie – traumatologie
- Création d'un hôpital de semaine polyvalent à orientation cancérologique
- Création d'un centre de dyslexie en pédiatrie
- Elargissement des compétences du CLAN pour créer un véritablement département chargé de l'obésité, de la nutrition entérale et parentérale, de la dénutrition en intra-hospitalier et en prévention à l'extérieur par des consultations spécifiques
- Développement d'un secteur de chirurgie maxillo-faciale
- Départ de l'Administration des 2 ailes du rez-de-chaussée afin de créer des consultations avancées d'accès facile, un hôpital polyvalent et des soins attentifs avec une passerelle reliant la Réanimation située elle-même au rez-de-chaussée. La place libérée est facilement aménageable car ces locaux étaient initialement destinés aux soins ; l'administration peut retrouver des locaux identiques soit sur l'emplacement de l'hôpital soit dans les locaux libres à l'IFSI, soit pour une autre partie à l'Ayguerote
- Réalisation d'une salle d'iconographie, de réunion et de relations avec la médecine de ville dans les ailes libérées par l'administration
- Création de chambres plombées pour l'irradiation métabolique,
- Réfection d'une salle de CME, CA à l'Ayguerote sur une salle déjà existante,
- Rénovation de certaines chambres avec chambres à 1 lit
- Délégation de signature aux responsables des pôles de responsabilité

- Délégation de signature aux responsables de la Formation Médicale Continue
- Réalisation d'une véritable HAD bridée par des conventions imposées par des associations déjà présentes
- Répartition du personnel non médical en fonction d'index d'activité déjà bien connus (PRN ou autre mais jamais utilisés),
- Renforcement de la médecine nucléaire avec nomination d'un 2^{ème} PH et l'investissement dans un TEP-Scan
- Création d'une véritable unité d'Oncologie temps plein avec un PH temps plein.

Collectif de praticiens hospitaliers

Point de vue majoritaire à propos de la construction d'un nouvel hôpital à la périphérie de la ville de Tarbes

Ce collectif regroupe plusieurs médecins de l'hôpital de Tarbes qui ont souhaité garder l'anonymat pour participer plus librement au débat public

« La politique de la santé ne doit être ni de droite, ni de gauche, elle doit répondre aux besoins de soigner la population au sein d'établissements de qualité, publics ou privés.

Le collectif qui a pris la décision responsable d'intervenir dans le débat sur la pertinence ou le besoin de délocaliser l'activité publique hospitalière, est composé de personnes ayant contribué par leurs compétences à la renommée du CHB. Ils ne sont pas tous adhérents à un parti politique, seul le bon sens a guidé leur choix de prendre la parole par rapport à la construction du « nouvel » hôpital.

Aujourd'hui, « la majorité » veut des explications qu'elle n'a eues, ni de la part de la Direction, ni de celle du président de la CME, ni même de la DDASS ou de la DRASS.

Elle ne comprend pas pourquoi il faut construire un hôpital neuf alors que celui qui existe déjà fonctionne dans des locaux refaits à neuf. A ce jour, très peu de services restent à rénover.

Alors, pourquoi ce gâchis ?! Même s'il fallait repartir dans une nouvelle rénovation de toutes les chambres de l'établissement actuel, cela coûterait bien moins cher que de construire un nouvel hôpital.

Les praticiens hospitaliers qui ont choisi d'exercer dans les hôpitaux publics l'ont fait par conviction de l'utilité d'un service public le plus près de la population.

Deux exemples pour définir le service public et l'hôpital de proximité :

1. Actuellement, un mouvement de grève des gynécologues obstétriciens d'une gigantesque clinique privée paralyse la région de l'Ouest de la France.

Question : qui prend la relève de l'activité privée des maternités privées ? C'est l'HÔPITAL PUBLIC !

2. Il y a une quarantaine d'années, l'activité commerciale des centres villes partait s'installer dans des périphéries plus ou moins lointaines. Les problèmes sont apparus lorsque la circulation automobile polluante, qui permettait aux clients de faire leurs courses, a été désignée comme co-

responsable dans la pollution de l'air. Puis vint la crise économique pour apporter la preuve que ces mêmes clients préfèrent aujourd'hui, se rendre dans les commerces du centre ville. Alors, que font les grandes enseignes commerciales pour récupérer ces « brebis galeuses » ? Elles rachètent les supérettes pour en faire des hypermarchés en plein centre ville (retour à la terre ou retour au bon sens commercial oblige ?).

Le collectif pense que, si la logique marchande et comptable de la santé de la population, pousse par intérêt des dirigeants, certains élus, collectivités locales ou l'ARS à cautionner ce projet en le finançant, ils devraient d'ores et déjà se considérer comme responsables d'un désastre humain annoncé : on ne « boursicote » pas avec l'argent du contribuable.

La plupart, pense que les établissements de santé publics des Hautes-Pyrénées sont hautement complémentaires. Certes, une mise en commun simple des compétences et des moyens est indispensable mais, une casse programmée des hôpitaux publics est intolérable (théorie du renouveau après le « chaos »).

Le collectif est convaincu que les hôpitaux des Hautes-Pyrénées ont besoin de renforcer toutes les équipes en étant attractifs par la qualité de vie qu'offre, à tous les praticiens, le travail dans les hôpitaux publics de la région.

Il craint que, d'ici l'achèvement de la construction du nouvel hôpital, les cliniques privées, que le collectif ne considère aucunement comme des adversaires mais bien comme des collaborateurs, se seront organisées sans trop de mal pour développer des activités qui rapportent et que l'hôpital n'aura pas pu réaliser (faute de moyens). D'autant que l'éloignement du futur nouvel hôpital portera un coup fatal à cette perspective car il ne « recrutera » pas plus de patients venant du sud du département ; en revanche, il perdra sûrement ceux venant du nord, de l'est et de l'ouest du département.

Le collectif ne manque pas de courage mais il se comporte avec responsabilité et prudence : c'est une forme de résistance. »

ANNEXES

ANNEXE 1 :

LISTE DETAILLEE DES LITS MCO COURT SEJOUR

C H Bigorre Tarbes

2006

2009

LITS		LITS
Théoriques : (481)		
Installés : 436		389
Neuro (50) 35		35
Cardio 33		33
Médecine 35		33
Diabeto 17		7

Gériatrie aigue	2	2
Gastro-entéro	22	17
Pneumo	32	32
Nephro	16	16
Détenus	2	2
Pédiatrie (27)	24	24
Hopit-jour ped	6	6
Neo-nat	12	12
Orthopédie (50)	45	33
Chirurgie digest. (38)	35	28
Chirurgie vascul. (27)	16	4
Chirurgie générale (10)	0	0
Special .max-fac.ori	8	2
Ophtalmo	8	8
Gynécologie	13	13
Obstétrique	21	21
Rea polyval.	12	12
Rea cardio	10	10
Hemodialyse	20	20
Uhcd urgences	12	12

M C O court séjour

2006

2009

481 lits théoriques

436 lits installés
installés

389 lits

REPARTITION

194	services de médecine	177
42	pédiatrie , neo-nat, hop.jour	42
116	services de chirurgie	85
34	gyneco-obstétrique	34
22	réa polyvalente et cardio	22
20	hémodialyse	20
12	uh court séjour	12

LITS et EQUIVALENTS TEMPS PLEINS

CHB TARBES 2009

SERVICES	LITS	EQUI- TEMPS-PLEIN
		61
Neuro	35	4
Cardio	33	6,5
Médecine	33	4
Diabetologie	7	3
Geriatric aigue	2	PH gériatrie

Gastro-entéro	17	4
Pneumologie	32	4,5
Néphrologie	16	4
Détenus	2	...
Pédiatrie	24	6,5
Hop-jour ped	6	...
Neo-nat	12	...
Orthopédie	33	4,5
Chir digest	28	2,5
Chir vascul	4	2
Spe max facial orl	8	2,5
Ophthalmo	8	3,5
Gyneco	13	5
Obstetrique	21	...
Rea poly	12	5
Rea cardio	10	PH cardio
Hemodialyse	20	PH nephro
Uhcd	12	Urgentistes

ACTIVITES TRANSVERSALES 35,5

Anesthésiologie	12
Anat-path	3
Pharmacie	3,5
Angiologie	2
Biologie	4
Isotopes med nucl	2
Radiologie	4
Hygiene	1
Transfusion	1
med travail	2

med legale

2

URGENCES

53

EFFECTIF

149,5

PERSONNEL MEDICAL M C O court sejour

SERVICES	MEDECINS EQUIV-TEMPS PLEIN	LITS INSTALLES
Medecine	30	177
Pediatrie	6,5	42
Chirurgie	14 ,5	85
Gyneco-obst	5	34
2 Rea	5 + med cardio (6,5)	22
Hemodialyse	med nephro (4)	20
Uhcd	urgentistes (53)	12
Total	61	389
Services sans hospitalisation	35,5	0
TOTAL	96,5	389
Urgentistes nombre total	53 (pas tous temps plein)	
Effectif	149,5	

Par extrapolation avec des données de 2005 on doit pouvoir estimer le nombre de médecins travaillant en secteur public dans les Hautes-Pyrénées à 300 environ dont la moitié à Tarbes ; dans le département il doit y avoir un nombre équivalent de spécialistes libéraux et autant de généralistes également libéraux.

Conclusion

Sur les bases de ce livre blanc, nous nous engageons de toutes nos forces pour l'abandon du projet d'hôpital unique et l'adoption du projet alternatif que nous proposons.

Nous envisageons toutes les voies de recours possibles pour faire triompher la raison de ce dossier difficile.

D'ores et déjà nous avons demandé une audience à Madame Bachelot, Ministre de la Santé pour lui présenter ce rapport et lui suggérer un moratoire sur le projet afin de missionner un expert indépendant sur les avantages et inconvénients des deux projets désormais en présence.