



**Ministère de la Santé,
de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative**

Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins

**RAPPORT DE MISSION
AU
CENTRE HOSPITALIER DE CARHAIX
Mars 2008**

Le 07/04/2008

Docteur Marie-Ange Desailly-Chanson, conseiller général des établissements de santé

Table des matières

1.	Introduction	4
1.1.	Rappel de l'objet de la mission	4
2.	Synthèse	5
3.	Etat des lieux.....	7
3.1.	Le centre hospitalier	7
3.1.1.	Le positionnement de l'établissement	7
3.1.1.1.	Les grands chiffres	7
3.1.1.2.	Dans le SROS III	8
3.1.2.	Les grandes données fournies par l'établissement	10
3.1.3.	Le projet d'établissement	11
3.2.	L'organisation	11
3.2.1.	Organisation administrative	11
3.2.2.	Organisation médicale	11
3.2.3.	Gouvernance	11
3.2.4.	Situation au regard des procédures de certification et d'accréditation.....	12
3.2.5.	Indicateurs nationaux de lutte contre les infections nosocomiales	12
3.2.6.	Dossier patient.....	12
3.3.	Les ressources humaines	12
3.3.1.	Personnel médical	12
3.3.1.1.	Médecine	12
3.3.1.2.	Anesthésie.....	12
3.3.1.3.	Chirurgie.....	13
3.3.1.4.	Obstétrique.....	13
3.3.1.5.	Urgences SMUR	13
3.3.1.6.	Imagerie	13
3.3.1.7.	Pharmacie	13
3.3.1.8.	Soins de suite	13
3.3.1.9.	Maison de retraite.....	13
3.3.1.10.	Organisation des soins et permanence médicale.....	14
3.3.2.	Personnel non médical	15
3.4.	Les investissements	16
3.5.	Les finances	16
3.5.1.	Les produits :	16
3.5.2.	Les charges :	17
3.5.3.	La situation financière :	17
3.6.	L'activité.....	17
3.6.1.	Médecine	18
3.6.2.	Chirurgie	18
3.6.2.1.	Chirurgie digestive.....	19
3.6.2.2.	Chirurgie orthopédique.....	19
3.6.2.3.	ORL	19
3.6.2.4.	Chirurgie ambulatoire	20
3.6.2.5.	Infections nosocomiales	20
3.6.3.	Obstétrique	20
3.6.4.	Urgences	20
3.6.5.	Imagerie	21
3.6.6.	Pharmacie.....	21
3.6.7.	Soins de suite	21
3.7.	Les actions de coopération	21
4.	Analyse	23
4.1.	Une position centrale sur un territoire de proximité particulier.....	23
4.2.	Des indicateurs qui sont défavorables :	24
4.3.	Un défaut d'attractivité des médecins antérieur aux problèmes démographiques	24
4.4.	Un symptôme financier qui cache des causes plus profondes	24
4.4.1.	Un déficit d'activité dans certains secteurs et une activité débordante dans d'autres qui posent des problèmes de prise en charge.....	24
4.4.2.	Des médecins qui profitent du système au détriment de praticiens débordés.....	25
4.4.3.	La chirurgie et la maternité défendues par la médecine qui déborde de projets	26
4.4.4.	Des choix qui nécessiteraient des évaluations.....	26

4.5.	Des actions de coopération à optimiser	27
5.	Préconisations.....	28
5.1.	Une réglementation dont l'établissement doit s'assurer de son respect.....	28
5.2.	Les seules missions de proximité à recentrer et à conforter.....	28
5.2.1.	Une prise en charge des urgences 24H/24H au cœur du dispositif : urgences, SMUR et l'hélistation	28
5.2.2.	Des missions de proximité à recentrer et à conforter.....	28
5.2.2.1.	Une médecine à privilégier.....	28
5.2.2.2.	Des soins de suite à développer à leur juste mesure	29
5.2.3.	Un plateau technique à recentrer sur une activité diurne.....	29
5.2.3.1.	Pour la gynécologie obstétrique : un centre périnatal de proximité	29
5.2.3.2.	Pour la chirurgie : une unité de chirurgie et d'anesthésie réglée et sans hébergement... ..	29
5.3.	Des axes de coopération à développer sans exclusive de partenaire.....	29
5.4.	Un accompagnement au changement	30
5.5.	Une obligation absolue, l'évaluation.....	30
6.	Conclusion	30
7.	Annexes	31
7.1.	Lettre de mission	31
7.2.	Listes des entretiens	33
7.3.	Attractivité de l'offre de soins	34
7.4.	Situation budgétaire à fin 2007	35
7.5.	Budget Principal Personnel non médical Budget prévisionnel H 2007.....	37
7.6.	Comparaison de l'activité de 2004 à 2007 à partir des données du site e-pmsi	38
7.7.	Attractivité (PMSI 2006)/fuite	40
7.7.1.	Attractivité par Grande Discipline (médecine compris)	40
7.7.2.	Attractivité par Type de Chirurgie Générale et Digestive	40
7.7.3.	Attractivité en ORL	40
7.7.4.	Attractivité en Obstétrique	40

1. Introduction

1.1. Rappel de l'objet de la mission

Le centre hospitalier de Carhaix bénéficiait dans le cadre du SROS III de Bretagne d'un maintien de ses activités de chirurgie et de maternité en raison de son éloignement des plateaux techniques voisins, sous la condition d'une organisation pérenne de la permanence médicale. Si la condition n'était pas respectée l'hôpital devait proposer un plan de conversion partielle de ses activités.

En fin d'année dernière, l'établissement annonçait une clôture d'exercice 2007 avec un déficit de 1 000 000€ pour partie due au coût de l'intérim médical.

Le centre hospitalier a souhaité une mission d'appui relayée par le Directeur de l'ARH auprès de la Directrice de l'hospitalisation et de l'organisation des soins.

Les objectifs de cette mission étaient d'établir un diagnostic partagé avec la communauté hospitalière puis de proposer des préconisations pour redéfinir le périmètre d'activité de l'établissement afin d'assurer la réponse aux besoins de soins de proximité tout en garantissant la qualité et la sécurité des soins et la viabilité médico-économique. Ces propositions devront s'inscrire dans le cadre de la réflexion de coopération territoriale avec le centre hospitalier intercommunal de Cornouaille.

La lettre de mission a été signée le 20 février 2008 par la Directrice de l'hospitalisation et de l'organisation des soins.

Le Docteur Desailly-Chanson en charge de la mission s'est rendu dans l'établissement dès le 26 février, a mené de nombreux entretiens dont la liste est en annexe et a consulté de nombreux documents que ses interlocuteurs lui ont adressés suite à ses demandes.

Que tous soient remerciés pour leur aide qui a facilité la réalisation de la mission.

2. Synthèse

Le centre hospitalier de Carhaix est situé sur le territoire de santé n°2 de Bretagne et dessert un bassin de population de 62 000 habitants. Il est sur la commune de Carhaix point central du pays du Centre Ouest Bretagne marqué par une population stable voire en diminution, des indicateurs de surmortalité particuliers et un déficit de médecins généralistes et spécialistes.

Les plateaux techniques les plus proches sont situés à Quimper, Guingamp et Morlaix ; les délais de route sont de 49 à 59 mn¹.

Cette situation avait amené le SROS III de Bretagne à maintenir à Carhaix des activités de chirurgie et de maternité sous réserve d'une organisation pérenne de la permanence médicale et de développer des actions de coopération avec le centre hospitalier intercommunal de Cornouaille, hôpital de référence à Quimper pour le territoire de santé n°2.

Les équipes médicales en chirurgie orthopédique, chirurgie viscérale, gynécologie obstétrique et anesthésie ne respectent pas les principes du SROS qui préconisent trois à quatre praticiens par équipe. Lorsque ce nombre est atteint, tous les praticiens n'ont pas la plénitude d'exercice.

Le centre hospitalier de Carhaix éprouve de grandes difficultés de recrutement. Des fédérations médicales interhospitalières ont été instituées pour les urgences et la chirurgie avec le centre hospitalier intercommunal de Cornouaille. Celle des urgences est la plus effective mais doit faire face à des difficultés de recrutement de praticiens urgentistes. Celles de chirurgie ne vivent pas, exception faite pour le recrutement d'un chirurgien viscéral.

De ce fait, le recours à l'intérim est fréquent, à des coûts prohibitifs. Celui-ci n'explique pas à lui seul le montant des dépenses de personnel médical. Certains praticiens profitent largement des difficultés de recrutement en abusant du système : petite activité et fortes rémunérations organisées.

Les difficultés vont s'amplifier avec la mutation annoncée du chef de service d'anesthésie en juillet 2008 et le départ en retraite de chirurgiens dans moins de deux ans.

Les établissements de référence des territoires n°1 et 2 (CHIC de Quimper, CHU de Brest et CH de Morlaix) ne sont pas en mesure de répondre favorablement à la demande du CH de Carhaix de soutenir ses équipes pour assurer la permanence des soins dans les spécialités menacées que sont l'anesthésie et la gynécologie-obstétrique.

La stabilité est, par ailleurs, loin d'être présente, certains recrutements sont aléatoires en terme de qualité ou d'activité. La défiance est présente dans la population et dans la médecine libérale, pour les spécialités du plateau technique tout particulièrement. La médecine et l'ORL, par contre, bénéficient d'une bonne renommée. Il est à noter une différence d'activité entre la chirurgie viscérale et la chirurgie orthopédique, enregistrant une activité plus conséquente.

De fait, l'activité n'est pas à la hauteur des ressources. Les taux de fuite sont très importants : le nombre d'accouchements est tombé à 245 en 2007 et seulement 1 570 séjours de chirurgie avec acte classant ont été réalisés l'année dernière.

Les taux d'occupation sont médiocres en chirurgie viscérale et en gynécologie obstétrique, mais trop élevés en médecine et ORL. Les patients de médecine sont ainsi accueillis en chirurgie et même en gynécologie.

La médecine ne peut accueillir tous les patients, ses différents projets se voient reportés. Elle ne peut répondre à tous les besoins de proximité de la population.

Certains indicateurs, taux de mortalité concernant certains actes, taux de césarienne, sont variables et en 2006 étaient très éloignés des taux cibles nationaux ou régionaux. L'instabilité des équipes, les recrutements aléatoires, l'exercice isolé et l'absence d'évaluations structurées et pérennes de pratique et de risque sont susceptibles d'entraîner le renouvellement de telle distorsion des indicateurs de qualité.

Le déficit financier pour 2007 approche 1 300 000€ pour un total des produits de 26 815 071€ sans avoir provisionné les comptes épargne temps médicaux et non médicaux. La situation continue à se dégrader et remet en cause l'avenir.

¹ Site internet "Mappy"

Ces faits ainsi que l'évolution actuelle de la médecine et de sa pratique conduisent à ne pas répondre favorablement à la demande de moratoire et à redéfinir les missions de proximité que l'établissement se doit de conforter et de développer pour répondre aux besoins de la population.

En premier lieu, l'établissement doit s'assurer qu'il respecte toute la réglementation concernant l'organisation des présences médicales et que l'organisation mise en place est fondée sur l'activité.

Les autres préconisations sont les suivantes pour l'hôpital de Carhaix :

- Une prise en charge des urgences 24/24 au cœur du dispositif avec :
 - Un service d'urgences
 - Un SMUR
 - Une hélistation
- Des missions de proximité à recentrer et à conforter avec :
 - Une activité de médecine à privilégier, intégrant les lits de surveillance continue
 - Des soins de suite à développer à leur juste mesure
- Un plateau technique à recentrer sur une activité diurne avec :
 - Pour la gynécologie obstétrique, un centre de périnatalité
 - Pour la chirurgie : une unité de chirurgie et d'anesthésie réglée et sans hébergement
- Des actions de coopération à développer sans exclusive de partenaire
- Un accompagnement au changement
- Une obligation absolue, l'évaluation

Cette évolution doit se faire avec la volonté de partenariat gagnant-gagnant dans le cadre de coopérations formalisées, suivies et évaluées pour garantir le respect des engagements contractés entre les établissements choisissant de s'engager.

Il est urgent de mettre en œuvre ces préconisations afin de garantir l'avenir.

3. Etat des lieux

3.1. Le centre hospitalier

3.1.1. Le positionnement de l'établissement

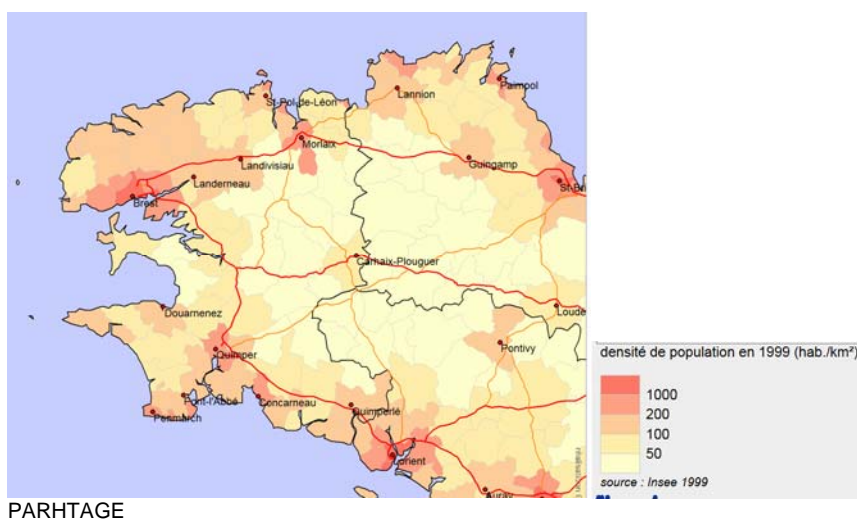
3.1.1.1. Les grands chiffres

Le centre hospitalier de Carhaix est situé sur la commune de Carhaix-Plouguer (8 024 habitants) dans le département du Finistère.

Il est situé dans le pays du Centre-Ouest Bretagne (COB) qui comprend 103 000 habitants au recensement de 1999 mais dont la population est en légère baisse selon les estimations 2005 INSEE (99 928 habitants).

Le territoire du Centre Ouest Bretagne a connu durant de nombreuses décennies une baisse de sa population et une perte d'emplois. Les derniers chiffres du recensement font toutefois apparaître un ralentissement de la baisse de population grâce à un solde migratoire positif. Les projections INSEE pour 2015 sont de 97 855 et pour 2030 de 92 749 habitants. Des politiques volontaristes sont menées par les acteurs locaux pour agir sur l'accueil des entreprises et le développement des services à la population.

Sa densité est la plus faible de l'ensemble des pays bretons (32 habitants au km² pour 107 en Bretagne et en France métropolitaine).



Le pays du Centre-Ouest Bretagne, qui a la population la plus âgée de Bretagne (30,7% de plus de 60 ans INSEE 2005) voit son indicateur de vieillissement diminuer. Sa population a tendance à rajeunir. Avec la hausse constante des prix du foncier et de l'immobilier, dans les agglomérations et sur la façade littorale, les ménages qui souhaitent accéder à la propriété s'éloignent de plus en plus des centres urbains, en particulier les classes moyennes et les primo-accédants.

Cependant les projections Insee pour 2030 envisagent un taux de 40 à 45% pour les personnes âgées de 60 ans et plus.

Le taux de chômage était de 6,4% au 31/12/2006 (Bretagne 7,2%).

Selon le site internet de la mairie de Carhaix, les temps de trajet sont les suivants :

- Brest - Carhaix : 1h
- Quimper - Carhaix : 45mn
- Lorient - Carhaix : 1h
- Guingamp - Carhaix : 45mn
- Rennes - Carhaix : 1h 45mn
- Nantes - Carhaix : 2h 45mn

L'Observatoire Régional de Santé de Bretagne a été sollicité en 2004 pour produire un état des lieux de la santé des Bretons, préalable indispensable à l'élaboration du Plan Régional de Santé Publique.

Quelques indicateurs de santé importants sont présentés ci-dessous :

	COB	Bretagne	France
Espérance de vie des hommes en 2000	72,8	74	75,2
Espérance de vie des femmes en 2000	82,3	82,4	82,7
Mortalité générale chez les hommes	122		100
Mortalité prématurée chez les hommes	135	116	100
Mortalité générale chez les femmes	114		100
Mortalité prématurée chez les hommes	111	103	100
Mortalité par cancer de la prostate	128		100
Mortalité par cancer VADS chez l'homme	175		100
Mortalité par maladies de l'appareil circulatoire homme	128		100
Mortalité par maladies de l'appareil circulatoire homme	125		100
Mortalité par maladies vasculaire cérébrale homme	144		100
Mortalité par maladies vasculaire cérébrale homme	126		100

	COB	Bretagne	France
Mortalité par cardiopathie ischémique homme	126		100
Mortalité par cardiopathie ischémique femme	145		100
Mortalité par maladies de l'appareil respiratoire homme	123		100
Mortalité par maladies de l'appareil respiratoire femme	136		100
Mortalité par accident de la circulation homme	167		100
Mortalité par accident de la circulation femme	157		100
Mortalité par maladies vasculaire cérébrale homme	126		100
Densité des médecins généralistes / spécialiste	108/35	155/152	165/173

Le cancer est la plus importante cause de décès avant 65 ans.

10% des décès survenant avant 65 ans sont des suicides.

Ces indicateurs montrent une surmortalité importante notamment en cardiologie, neurologie et cancérologie.

La faible densité médicale est accompagnée d'un âge élevé des médecins généraliste : 52% ont plus de 55 ans.

3.1.1.2. Dans le SROS III

Le centre hospitalier de Carhaix appartient au territoire de santé n°2 (Quimper/Carhaix) qui comprenait, au 1^{er} janvier 2002, 313 436 habitants. Mais il est situé à proximité de quatre autres territoires de santé (TS 1- Brest/Morlaix, TS 3- Lorient/Quimperlé, TS 7- St Brieuc/Lannion/Guingamp et TS 8 - Pontivy/Loudéac). Son territoire de proximité compte environ 62 000 habitants.

Concernant l'activité de chirurgie, le SROS III précise :

"Chaque acte chirurgical doit être pratiqué par un praticien compétent, dans un environnement sécurisé avec un volume d'actes suffisant, garantissant le maintien d'une compétence dans la discipline.

Les équipes chirurgicales et anesthésiques minimales permettant d'assurer une triple astreinte opérationnelle en chirurgie viscérale, chirurgie orthopédique et anesthésie comprennent :

- 3 ou 4 chirurgiens viscéraux (ETP),
- 3 ou 4 chirurgiens orthopédiques (ETP),
- un effectif suffisant d'anesthésistes pour couvrir l'ensemble de leurs missions en fonction de la structure (activité obstétricale, de surveillance continue...).

Le volume minimal d'activité garantissant l'expérience de l'équipe et l'optimisation des ressources est de 1 500 séjours par an (au sens PMSI)."

Concernant le territoire de santé N°2 et l'hôpital de Carhaix, il est précisé :

"Sur le plan géographique, force est de constater l'isolement du site de Carhaix, éloigné de plus de 45 mn de Quimper, ce qui constitue un facteur de fragilité, notamment en obstétrique et en chirurgie, et appelle des solutions rapides de désenclavement."

Les autorisations d'activité pour le territoire de proximité de Carhaix sont : une structure d'urgences, médecine, chirurgie, soins continus autonomes, médecine à orientation cardiologique, unité de proximité pour les accidents vasculaires cérébraux, centre d'hémodialyse, soins de suite polyvalents, prise en charge des états végétatifs chroniques, implantation d'une hospitalisation à domicile, des lits identifiés de soins palliatifs, psychiatrie générale en hôpital de jour, psychiatrie infanto-juvénile en hôpital de jour, activité de gynécologie-obstétrique, soins de longue durée, consultation mémoire, hôpital de jour pour personnes âgées, court séjour gériatrique, équipe mobile de gériatrie, un scanner.

"Maintien de l'activité chirurgicale et obstétricale au Centre Hospitalier de Carhaix en raison de l'éloignement de plus de 45 minutes du plateau technique le plus proche, sous réserve, cependant, d'une organisation pérenne des soins médicaux par spécialité, pouvant être garantie, notamment, par la création de fédérations médicales interhospitalières avec le Centre Hospitalier de Cornouaille. Cette condition fera l'objet d'une évaluation annuelle.

Dans le cas où elle ne serait pas satisfaite, le centre hospitalier devra proposer un plan de conversion partielle de ses activités dans le cadre de l'organisation des soins définie pour le territoire de santé correspondant au secteur sanitaire."

Concernant les distances des différents plateaux techniques, l'hôpital de Carhaix se situe selon le site internet "Mappy" :

		Distance (km)	Temps (mn)
Quimper	Hôpital	70	59
	Polyclinique Quimper sud	73	60
	Clinique St Michel Ste Anne	72	63
Brest	CHU Morvan	85	71
	CHU Cavale blanche	91	75
	Clinique Pasteur	87	71
	Clinique Keraudren	86	65
	Clinique de Lanroze	88	69
	Clinique du grand large	88	70
Guingamp	Hôpital	49	49
	Polyclinique	49	49
Pontivy	Hôpital	60	60
	Polyclinique	60	60
Morlaix	Hôpital	48	47
	Clinique	48	52
Saint-Brieuc	Hôpital	76	70
Quimperlé	Hôpital	56	58
Lorient	Hôpital	71	71
	Clinique mutualiste	72	71

Le plateau technique le plus proche en temps est celui de Morlaix, puis celui de Guingamp et celui de Quimper qui est l'établissement de recours du territoire de santé n°2.

3.1.2. Les grandes données fournies par l'établissement

	2006				2007			
	Lits	Séjours	TO	DMS	lits	séjours	TO	DMS
Médecine (soins continus)	71(+4)	3 381	100,42	7,70	71	3 306	105,79	8,29
Chirurgie	34	1 778	75,32	5,26	34	1 792	70,25	4,86
Obstétrique	12	515	45,87	3,90	12	404	33,81	3,67
MCO	121	5 951	86,58	6,49	121	5 751	87,18	6,76
SSR	45	791	90,87	18,87	45	723	88,85	20,19
Places chirurgie	3	633			3	623		

Urgences SMUR :

- 11 384 passages en 2005, 11 521 en 2006, 11 467 en 2007
- Taux d'hospitalisation de 33,7% en 2006 et de 33,2% en 2007
- 532 sorties SMUR en 2005, 606 en 2006, 508 en 2007

Imagerie :

- Scanner : 4 641 en 2006, 4 665 en 2007
- Echo Doppler : 2 267 examens en 2006

Bloc :

- 4 salles contiguës
- 2 salles d'endoscopie
- Salle de réveil avec 5 postes

Naissances :

- 289 en 2005
- 311 en 2006
- 245 en 2007

IVG :

- 62 en 2006 dont 34 par mode médicamenteux

Consultations :

- 23 140 en 2005
- 23 646 en 2006
- 23 725 en 2007

Biologie : externalisée au laboratoire privé de la ville de Carhaix

- 3 010 330 B en 2005 (B à 0,21€)
- 3 510 007 B en 2006 (B à 0,21€)
- 3 604 171 B en 2007 (B à 0,24€)

EHPAD (convention tripartite effective depuis le 1^{er} janvier 2005) : 262 lits

SSIAD : 35 places

Effectifs pourvus au 31/12/06 (SAE 2006) :

- 32,81 ETP de personnels médicaux,
- 535,55 ETP de personnels non médicaux

Internes : trois postes d'internes en médecine générale sont pourvus depuis novembre 2007.

Il existe également à Carhaix un centre de dialyse dans des locaux proches de l'hôpital et géré par l'Association des Urémiques de Bretagne.

3.1.3. Le projet d'établissement

Le projet d'établissement est en cours d'élaboration. Le projet social et le projet médical et de soins 2007 – 2011 ont été validés en 2007 par les instances.

Le Directeur de l'ARH a demandé de retravailler le projet médical lors du refus de validation du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens en COMEX.

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) 2007-2011 faisait suite à celui 2001-2005 (dont le bilan date du 28 septembre 2006) relevant que l'établissement avait réalisé ses engagements contractuels dans leur globalité et que l'ARH avait accompagné l'établissement à hauteur des montants prévus dans le contrat.

Le projet de CPOM a été validé lors du conseil d'administration du 15 mars 2007, il proposait trois orientations stratégiques s'appuyant sur le projet médical et de soins :

- Assurer une organisation pérenne de la permanence médicale par spécialité.
- Assurer et développer des prestations spécialisées dans le cadre de l'amélioration de la prise en charge sur les plans diagnostiques et thérapeutiques.
- Développer la cohérence de la filière gériatrique.

Le coût total du CPOM était de 6 049 720€ avec un accompagnement sollicité de 4 918 920€. L'accompagnement annuel moyen sollicité pour la mise en œuvre du CPOM représente 3,5% des charges inscrites à l'EPRD 2007.

Au regard de la situation budgétaire fragilisée de l'établissement, de la marge de manœuvre régionale potentielle et de l'accompagnement souhaité, le projet de CPOM n'a pas été validé par la Commission Exécutive du 2 octobre 2007. Il est demandé à l'établissement de "retravailler le projet médical qui devra aboutir à l'élaboration du projet d'établissement" ; celui-ci complété du nouveau projet de CPOM devra être validé par le conseil d'administration, au plus tard, au cours du second semestre 2008. L'établissement est également invité à "élaborer un plan de redressement afin de limiter le montant du déficit annoncé". Il lui est également demandé "de se tourner vers le pôle de référence du territoire de santé n°2 afin de rendre opérationnel les conventions signées avec le CHIC".

3.2. L'organisation

3.2.1. Organisation administrative

L'équipe de direction comprend un directeur, un directeur des soins et trois directeurs adjoints (direction des affaires financières, du système d'information, de la qualité et de la filière gériatrique ; direction des services économiques, techniques et logistiques ; direction des ressources humaines, des affaires médicales et de la formation continue).

3.2.2. Organisation médicale

Les activités médicales sont organisées comme suit :

- Un service d'anesthésie.
- Un département de médecine avec trois unités : cardiologie, gastro-entérologie et médecine interne. Il intègre les soins de suite.
- Un service de chirurgie orthopédique.
- Un service de chirurgie viscérale.
- Un service d'ORL dont le responsable est le médecin ayant en charge l'information médicale de l'établissement.
- Un service de gynécologie obstétrique.
- Un service d'Urgences SMUR dans le cadre d'une Fédération Médicale Inter Hospitalière (FMIH) avec le Centre Hospitalier Intercommunal de Cornouaille (CHIC)
- Un service de pharmacie.
- Un service d'imagerie.

Il existe également une Fédération Médicale InterHospitalière (FMIH) de chirurgie avec le CHIC.

3.2.3. Gouvernance

Dans le cadre de la mise œuvre de la gouvernance, il existe un conseil exécutif composé des cinq directeurs et de cinq médecins.

Les pôles n'apparaissent pas dans l'organigramme de l'établissement, mais deux pôles médicaux sont définis :

- Pôle MCO – SSR regroupant l'ensemble des services cliniques et médico-techniques.
- Pôle gériatrique regroupant l'EHPAD et le SSIAD.

Il n'existe ni contractualisation, ni délégation de gestion.

3.2.4. Situation au regard des procédures de certification et d'accréditation

La première visite d'accréditation a eu lieu le 4 mars 2004. Les recommandations formulées par le Collège de l'accréditation étaient :

- Généraliser la traçabilité de la réflexion bénéfices-risques et de l'évolution clinique au cours du séjour ;
- Poursuivre la mise en place de la politique de gestion de la qualité en élaborant un programme de prévention des risques à partir de l'analyse des événements indésirables.

La prochaine visite de certification est prévue le 22 avril 2008

3.2.5. Indicateurs nationaux de lutte contre les infections nosocomiales

L'établissement est classé C au score agrégé 2006 :

- Indicateur Composite des Activités de Lutte contre les Infections Nosocomiales, ICALIN : C en 2004, B en 2005 et A en 2006
- Indicateur de volume des produits hydro-alcooliques consommés, ICSHA : E en 2005 et C en 2006
- Indicateur de réalisation d'une surveillance des infections du site opératoire, SURVISO : 3 services sur 4
- Indice Composite de bon usage des AnTiBiotiques, ICATB : C en 2006

3.2.6. Dossier patient

Il existe un dossier papier unique. Par contre, le dossier informatisé n'est pas prévu en terme d'investissements même si le projet a fait l'objet de réflexions internes.

3.3. Les ressources humaines

3.3.1. Personnel médical

3.3.1.1. Médecine

Les effectifs de médecine sont les suivants :

- Unité de cardiologie :
 - 2 praticiens temps plein dont 1 en cours de formation gériatrie
 - 1 praticien temps plein dont le recrutement est en cours ; transformation de deux postes de praticien temps partiel (un départ en retraite et une disponibilité) en poste de praticien temps plein
 - 1 praticien temps partiel
 - 1 interne
- Gastro-entérologie :
 - 1 praticien temps plein
 - 1 praticien attaché à 30%
 - 1 interne
- Médecine interne :
 - 1 praticien temps plein interniste
 - 1 praticien temps plein : endocrinologie
 - 1 praticien attaché associé : hématologie
 - 1 praticien contractuel à 40% : écho doppler
 - 1 praticien attaché à 20% : dermatologie
 - 2 vacations de dermatologie
 - 3 vacations de pneumologie
 - 1 interne

La permanence des soins est assurée par une astreinte opérationnelle en cardiologie et une astreinte opérationnelle en médecine, soins de suite et EHPAD à laquelle participent également les praticiens des ces deux structures. Le praticien associé est de garde sur place et couvert par une astreinte de sécurité du praticien temps plein.

3.3.1.2. Anesthésie

Le personnel médical en anesthésie est composé :

- 1 praticien temps plein chef de service qui a annoncé son départ pour le prochain tour de mutation
- 2 praticiens contractuels 100%, dont un était encore récemment praticien attaché associé
- 1 praticien attaché associé à 70%

La permanence des soins, concernant le bloc chirurgical, le bloc obstétrical et les lits de surveillance continue, est assurée par une astreinte opérationnelle sauf pour le praticien associé de garde sur place couvert par une astreinte de sécurité du chef de service.

L'organisation du service permet à certains praticiens temps plein d'être absents quinze jours par mois

3.3.1.3. Chirurgie

En chirurgie orthopédique, il y a deux praticiens temps plein dont un est âgé de 62 ans.

En chirurgie viscérale, exercent deux praticiens temps plein dont un est mis à disposition par le CHIC dans cadre de la FMIH. Celui-ci a 63 ans. Son domicile étant trop éloigné, il réside à l'hôtel lorsqu'il est d'astreinte. La permanence des soins est assurée par une astreinte de sécurité et une astreinte opérationnelle alternée entre le viscéral et l'orthopédie.

En ORL, le personnel médical est composé d'un praticien temps plein, exerçant également les fonctions de médecin DIM et de président de CME ainsi qu'un praticien temps partiel à 40%.

En ORL, la permanence est une astreinte de sécurité. Un praticien au domicile éloigné utilise un logement à Carhaix lorsqu'il est d'astreinte

3.3.1.4. Obstétrique

L'équipe de gynécologie obstétrique est composée d'un praticien temps partiel (60%) qui exerce également en libéral à Carhaix et de deux praticiens temps plein associés.

La permanence est une astreinte opérationnelle exceptée pour les praticiens associés qui sont de garde sur place et couverts par une astreinte de sécurité du chef de service, du fait de l'absence de plénitude d'exercice de ces praticiens.

Lorsque le chef de service, seul praticien qualifié, est absent pour congés, le service a recours à des intérimaires.

Il n'y a pas de pédiatres nommés à l'hôpital de Carhaix.

Trois pédiatres du centre hospitalier de Morlaix assurent des vacations ; un pédiatre est présent tous les matins sauf le jeudi où il vient l'après midi. Il assure des consultations externes et le suivi des nouveau-nés du service d'obstétrique.

En période de congés des pédiatres, ils viennent un jour sur deux.

Si un nouveau-né nécessite des soins l'après midi ou la nuit, ce sont les sages-femmes ou l'anesthésiste de Carhaix qui prennent en charge le bébé. Le nouveau-né sera vu le lendemain matin par le pédiatre sur place ou sera transféré selon le cas.

3.3.1.5. Urgences SMUR

La permanence est assurée par cinq praticiens à temps partagé dans le cadre de la FMIH avec le CHIC et deux praticiens contractuels dont un est âgé de 68 ans.

Deux praticiens sont présents de 8H30 à 18H30, un seul assure la permanence la nuit pour les urgences et le SMUR. En cas de sortie SMUR, le praticien assurant l'astreinte de médecine prend le relais.

La FMIH éprouve des difficultés pour recruter et a des postes vacants aussi bien sur Quimper que sur Carhaix. Cela pénalise Carhaix qui doit avoir recours de l'intérim assez fréquemment.

3.3.1.6. Imagerie

Actuellement, seul un praticien temps plein assure l'activité d'imagerie. Des discussions sont en cours pour recruter un praticien contractuel.

La permanence repose sur une astreinte opérationnelle.

Le service a fréquemment recours à l'intérim.

3.3.1.7. Pharmacie

Deux praticiens temps plein exercent à la pharmacie.

Une astreinte de sécurité est mise en place, à laquelle participe un praticien du CHIC sous couvert d'une convention entre les deux établissements.

3.3.1.8. Soins de suite

Un praticien contractuel, un praticien attaché à 10% ont en charge les soins de suite.

3.3.1.9. Maison de retraite

Les patients de l'EHPAD sont pris en charge par deux praticiens temps partiel à 50%.

3.3.1.10. Organisation des soins et permanence médicale

Il existe une Commission de l'Organisation et de la Permanence des Soins. Elle s'est réunie trois fois au total pour les années 2006 et 2007, son président est le chef de service de l'imagerie.

Les tableaux de service sont majoritairement établis en prévisionnel, mais certains services n'en produisent aucun en 2007. Par contre, les tableaux de service définitifs sont moins nombreux.

La COPS a adopté un système de plafond de rémunération des astreintes opérationnelles pour certaines spécialités. Pour les praticiens d'anesthésie, gynécologie obstétrique, chirurgie viscérale et chirurgie orthopédique, ce plafond a été défini à 3 000€ pour quatre semaines et 3 500€ pour cinq semaines. En imagerie, le praticien hospitalier étant seul, le plafond a été porté à 5 152€ pour quatre ou cinq semaines, plafond proratisé au temps de présence effectif du praticien.

Pour les autres spécialités, la rémunération de la permanence des soins s'effectue au réel, selon les appels déclarés.

Les praticiens associés sont payés en garde sur place mais inscrits sur les tableaux de service en astreinte. Ils sont doublés par un praticien, bénéficiant de la plénitude d'exercice, en astreinte de sécurité. En revanche, le repos de sécurité n'est pas toujours planifié le lendemain, du fait, selon la réponse de l'établissement, de l'organisation et de l'activité globalement peu importante la nuit et le week-end. Cela est contraire au droit et pourrait exposer les dits praticiens ainsi que le responsable de service et l'autorité qui valident le tableau de service à des poursuites pénales en cas de problème médico-légal.

L'observation des tableaux des appels ou des rémunération des astreintes en 2007 fait apparaître pour certains praticiens des déplacements fréquents ou longs (plus de trois heures), dont il conviendrait de s'assurer du besoin nocturne puisque ces spécialités du plateau technique ont des activités globales assez réduites.

Jusqu'en 2007, l'hôpital logeait certains praticiens sans contrepartie (loyer, téléphone, taxe habitation, eau, électricité). Il a été adressé à chaque praticien le montant de ces avantages en nature pour 2007 et les situations seront régularisées à partir de 2008 par déclaration de ces avantages en nature.

Les jours déclarés sur les comptes épargne temps médicaux sont de 954,5 à fin 2007 (environ 450 000€). Ces CET ne sont pas actuellement provisionnés ; les provisions initiales ont été consommées pour financer le remplacement anticipé de deux praticiens (un chirurgien viscéral en 2006 et un anesthésiste en 2005) ayant eu recours à leur CET avant leur départ en retraite.

La commission d'activité libérale s'est réunie en septembre 2007 pour examiner les bilans 2005 et 2006. Dans ses conclusions, la commission relève "le fait que pour un certain nombre de praticiens, les consultations privées sont supérieures aux consultations publiques ce qui est contraire à la législation... Sous réserve de la communication de ces observations aux praticiens concernés, la commission d'activité libérale approuve à l'unanimité des membres présents les rapports annuels 2005 et 2006". Ces observations ont été communiquées par un courrier du directeur de l'établissement aux praticiens concernés.

L'établissement doit recourir à l'intérim pour assurer continuité des soins. L'établissement explique cette nécessité par :

- le déficit d'effectifs sur deux services fortement consommateurs en remplaçants : les urgences et l'imagerie médicale ;
- la présence dans les équipes médicales de praticiens ne disposant pas de la plénitude d'exercice et nécessitant dès lors le recours à un remplaçant pendant les absences du titulaire (congrés annuels, formation, etc.).

Ce recours à l'intérim médical se fait par l'intermédiaire de sociétés spécialisées (Medic Services et Allo Medic Assistance).

Le coût (TTC) de la journée de remplacement s'élève à :

- 1 511,88€ pour l'anesthésie
- 1 559,72€ pour l'imagerie
- 1 439,32€ pour la gynécologie
- 1 196,94€ pour les autres spécialités (1 794,93€ pour 24 heures)

En 2007, les remplacements sont les suivants :

Service	TOTAL	
	Année pleine Intérim et PHC confondus	
	En jours	En euros
Urgences	186	192 205,94
Imagerie	173	217 449,17
Gynécologie- Obstétrique	58	67 661,38
Anesthésie	65	67 661,38
Chirurgie viscérale	8	8 960
Chirurgie orthopédique	0	0
Médecine et SSR	131	103 680,04
TOTAL	621	641 871,15

Le total de 621 jours représente l'équivalent de trois praticiens hospitaliers (207 jours / an pour un praticien hospitalier temps plein) et la somme de 641 871€ équivaut à 5,6 ETP (sur la base de 115 000€ pour un praticien hospitalier).

Les prévisions arrêtées au 28 février 2008 par l'établissement sont les suivantes pour l'année en cours :

Spécialités	Nombre de jours	Equivalence en poste (ETP)	Coût prévisionnel TTC	Equivalence en ETP rémunéré
Imagerie médicale	0	0	0	0
Urgences	225	1,08	269 312,6€	2,34
Anesthésie	80	0,38	120 50,05€	1,05
Gynécologie obstétrique	44	0,21	63 29,83€	0,55
Médecine	150	0,72	179 541,73€	1,56
Total	499	2,40	633 134,21€	5,5

Selon la direction, ces estimations pour l'année 2008 sont construites sur des hypothèses de réalisation "optimistes", à savoir :

- le maintien de l'effectif actuel des urgences, ainsi qu'un recrutement courant 2008 ;
- le recrutement d'un praticien hospitalier temps plein ou de deux praticiens temps partiel - selon le choix opéré par la communauté médicale - sur le département de médecine à compter de septembre 2008 ;
- le recrutement d'un praticien temps plein en remplacement du chef de service d'anesthésie partant en juillet prochain.

Etant donné les sommes atteintes et afin de se conformer à la réglementation fixée par le Code des Marchés Publics, le centre hospitalier a prévu de lancer une consultation pour 2008.

Les plages additionnelles sont en diminution du fait du recours à l'intérim. Ces dépenses passent de 101 001,10€ en 2006 à 47 167,72€ en 2007.

Mais le total des dépenses de personnel médical augmente de 4 038 587,16€ à 4 444 845,04€.

3.3.2. Personnel non médical

A fin 2006, le centre hospitalier compte 379,28 ETP au budget H présenté dans le cadre de l'EPRD 2007 (Cf. annexe 7.4).

La mise en place de l'ARTT se traduit au centre hospitalier de Carhaix par une journée de travail de 7h36 min, soit 38 heures par semaine et 17 jours de RTT par an (18 au départ, 17 depuis l'instauration de la journée de solidarité). Les agents de nuit effectuent 6h32 par nuit.

Les cadres ayant choisi le décompte "temps cadre" effectuent des journées calibrées sur 7h48 mais pour lesquelles aucun décompte d'heures supplémentaires n'est effectué et disposent de 19 RTT par an.

Le décompte du temps de travail est annualisé.

A l'exception de secteurs où l'organisation du travail dans l'intérêt du patient exige des horaires différents, tous les secteurs sont en 7h36 par jour. Ainsi, les manipulateurs et les infirmiers anesthésistes sont présent 14 heures payées 12 heures.

Les CET des personnels non médicaux ne sont pas non plus provisionnés.

Un recensement des horaires a été effectué courant 2007 et une harmonisation est mise en place, préalable indispensable à la mise en place d'une gestion informatisée du temps de travail qui devrait être effective à fin 2008.

Selon les tableaux d'analyse des ressources humaines de la Banque de Données de la Fédération Hospitalière de France en 2006, on observe que les ratios "Poids des personnels soignants par rapport à l'ensemble du personnel non médical" et "Poids des personnels techniques et ouvriers par rapport à l'ensemble du personnel non médical" sont plus élevés que ceux de la moyenne régionale et nationale de la catégorie.

Ils mettent en évidence que peu de mouvements sont observés pour le personnel non médical (5 à 7 fois moins que les moyennes régionale ou nationale), ce qui n'est pas le cas du personnel médical (5 fois plus).

3.4. Les investissements

Le centre hospitalier a été restructuré en 1998. L'opération d'aménagement architectural fait qu'il bénéficie de locaux confortables et d'un plateau technique moderne. Il reste à restructurer les locaux de la pharmacie à usage intérieur dont les circuits et surfaces ne sont pas conformes ainsi que la maison de retraite de Keravel.

3.5. Les finances

L'estimation par l'établissement du résultat au 20 février 2008 est présentée ci-dessous :

	Compte financier 2006	EPRD initial 2007	Estimation résultat 2007
Total charges	26 811 268	27 464 047	28 114 162
Total produits	26 592 554	26 968 368	26 815 071
Résultat	- 218 714	- 495 409	- 1 299 091

3.5.1. Les produits :

Le titre 1 de produits (produits versés par l'assurance maladie) a diminué de 357 000€ entre l'EPRD initial et l'EPRD final. Ceci est dû, principalement, à une baisse importante (- 550 000€) des produits de la tarification des séjours.

Les prévisions de recettes d'activité avaient été établies sur l'hypothèse d'une hausse de 2,07% du volume d'activité par rapport au réalisé 2006. Cette hypothèse était bâtie sur le constat d'une hausse d'activité en 2005 et 2006 sur certaines CMD (affections du système digestif, affections du système hépatobiliaire...) liée à l'arrivée de praticiens. Cette hausse d'activité ne s'est pas confirmée en 2007.

A titre d'illustration, le tableau ci-dessous récapitule le niveau de recettes d'activité qu'aurait enregistré l'établissement à 100% T2A :

	2004	2005	Evolution 04/05	2006	Evolution 05/06	2007	Evolution 06/07
CA T2A 100%	17 708 625	17 144 186	-3,2%	18 018 943	+5,1%	17 599 845	-2,3%
CA moyen / RSS	2 768	2 672	-3,5%	2 750	+2,9%	2 747	-0,1%
CA moyen / journées	460,16	448,35	-2,6%	442,49	-1,3%	433,85	-2%

Il est constaté une diminution de la valorisation globale de l'activité entre 2006 et 2007 (-2,3%) alors qu'entre 2005 et 2006, le centre hospitalier de Carhaix enregistrerait une forte hausse (+5,1%). Ces variations illustrent le fait que l'établissement ne dispose sans doute pas de la taille critique pour supporter les aléas pouvant occasionner des variations d'activité (ex : départ d'un praticien).

3.5.2. Les charges :

L'augmentation des charges entre l'EPRD initial et l'EPRD réalisé provient essentiellement des charges de titre 1 (+517 000€) et notamment des charges de personnel extérieur qui augmentent de 455 000€ : on retrouve, ici, l'impact de l'intérim médical qui pour mémoire représente 641 871€.

Les charges de personnel ont augmenté de 2,65% par rapport aux prévisions de l'EPRD 2007 qui incluaient déjà une hausse de 4,5% par rapport au compte financier 2006 soit une augmentation globale de 1 383 892€ sur un titre I réalisé en 2006 de 18 697 304 € (Cf. annexe 7.4).

Comme annoncé précédemment dans cette estimation du résultat 2007, ni le compte épargne temps médical, environ 450 000€, ni le compte épargne temps du personnel non médical ne sont provisionnés.

3.5.3. La situation financière :

La durée apparente de la dette augmente sensiblement (8,67 années en 2007, 8,3 années en 2006 contre 5,3 en 2005) et se situe au dessus de la médiane des centres hospitaliers de niveau 2 (3,7). Le niveau d'endettement est relativement élevé avec une dette à long terme qui représente 45% du montant des capitaux permanents (médiane : 36%).

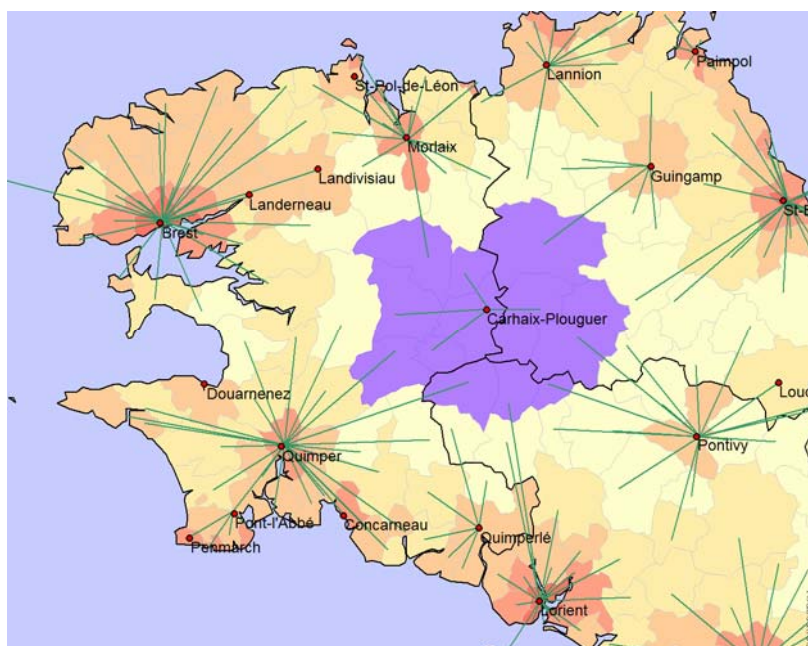
Au regard des données inscrites dans l'EPRD 2007, le remboursement du capital de la dette représente 86% de la dotation aux amortissements et aux provisions du CRPP. Cela indique qu'il ne reste plus que 14% de disponible pour accroître la capacité d'autofinancement (CAF) de l'établissement. L'autre élément générateur de la CAF étant le résultat d'exploitation, il est primordial que le centre hospitalier de Carhaix retrouve un équilibre budgétaire sinon il pourrait être amené à décaler certains investissements pour limiter ses emprunts.

En effet, le déficit 2007 actualisé (1 299 091€) ramène le niveau du CAF prévu à 1 235 014€ dans l'EPRD initial à 346 171€. Ce niveau de CAF ne permet pas d'absorber le remboursement du capital de la dette échu en 2007 (1 059 302€).

Si le niveau du fonds de roulement au 1^{er} janvier (3 millions) permet d'absorber le niveau du prélèvement prévu au regard du résultat et de la CAF (2 millions), il ne pourra reproduire ce schéma deux années de suite sans mettre sa trésorerie en danger.

3.6. L'activité

La zone d'attractivité retenue est celle couvrant un cercle de 25 Km autour de Carhaix-Plouguer, couvrant notamment les communes de Rostrenen, Callac, Maël-Carhaix, Carhaix-Plouguer, Poullaouen, Plonevez du Faou, Spézet, Huelgoat, Châteauneuf du Faou, Langonnet, Gourin et Plouray. Cette zone comptait 62 000 habitants au recensement de 1999.



PARHTAGE 2006

Il s'agit ici de mesurer la part du centre hospitalier de Carhaix sur le total des séjours réalisés pour les patients résidant dans cette zone.

Les données ci-dessous sont issues du PMSI 2006 sur PARHTAGE.

Le taux de fuite en MCO est de 68,8% : Médecine 65,5%, Chirurgie 76,9% et Gynécologie obstétrique 55,7%

Sur ce bassin de proximité, les séjours se répartissent de la façon suivante :

Répartition des séjours	MCO	M	C	O
CH de Carhaix	31%	35%	23%	46%
CHU Brest	9%	11%	7%	4%
CHIC	7%	8%	5%	10%
Clinique Guingamp	6%	5%	9%	
CH Morlaix	6%	7%	3%	7%
CH St Brieuc	5%	6%	2%	7%
Polyclinique Quimper	5%	3%	11%	
CH Guingamp	4%	5%	2%	8%
Clinique St Michel Ste Anne Quimper	4%	1%	8%	3%
CH Pontivy	3%	4%	2%	5%

L'activité totale de l'établissement est de 5 751 entrées en MCO en 2007 soit une baisse de 3,36% par rapport en 2006 et 623 entrées en chirurgie anesthésie ambulatoire soit une baisse de 1,58%.

Cela représente 6 377 Résumés de Sortie Anonymes (RSA) : 4 361 en médecine, 1 570 en chirurgie et 346 en obstétrique.

3.6.1. Médecine

La répartition des 75 lits de médecine est la suivante :

- 23 lits de médecine à orientation cardiologique (taux d'occupation à 102,35% et DMS 7,61)
- 24 lits médecine à orientation gastro-entérologique (taux d'occupation 100, 57% et DMS 9,32)
- 24 lits de médecine interne (taux d'occupation 114,32% et DMS 8,13)
- 4 lits de soins continus gérés pas les anesthésistes (taux d'occupation 88,087% et DMS 5,16)

La médecine est attractive en cardiologie (59%), en pneumologie et neurologie (44%), sans oublier le groupe psychiatrie, toxicologie, intoxications, alcool (63%).

Le tableau des RSA de médecine classé par l'Outil d'Analyse du PMSI (OAP) est présenté en annexe 7.6.

En 2007, l'activité de médecine a légèrement diminué de 2,6% pour un total de 4 361 RSA. Cette baisse porte essentiellement sur la diminution du nombre de nouveau-nés (-51) et de séjours de cardiologie (-66).

Les trois groupes OAP majeurs à l'hôpital de Carhaix sont la cardiologie (723 RSA), la pneumologie (493) et le digestif (430 et 317 endoscopies).

Les deux vacations réalisées par un pneumologue libéral de Morlaix permettent des consultations pour les patients hospitalisés, plus rarement pour les externes et la réalisation de bronchoscopies.

3.6.2. Chirurgie

Le bloc est ouvert de 7h30 à 16h30 avec un dernier endormissement à 16h. Son taux d'occupation sur les six premiers mois 2007 varie de 42% à 62,97%. Ces taux ayant été obtenus manuellement, la période d'exploitation n'a pu être l'année entière.

Les chirurgiens disent volontiers ne pas avoir de problème pour obtenir une plage.

A noter, que les examens extemporanés d'anatomopathologie se font à distance avec un cabinet privé de Quimper en utilisant un appareil "Coolscope".

L'activité 2006 – 2007 du bloc opératoire, donnée par le cadre du bloc, est la suivante :

	2007			2006
	Anesthésie générale	Anesthésie locale	Total	Total
Orl	302	230	532	412
Orthopédie	716	110	826	750
Viscéral	296	79	375	368
Gynécologie obstétrique	242	95	337	144
TOTAL	1 556	514	2 070	1 674

Selon le PMSI, en 2007, le nombre de RSA en 2007 est de 1 570. Il est en recul de 3,8% par rapport à l'année précédente.

Les quatre grandes classes sont l'orthopédie (710), le digestif (269), l'ORL (234) et tissus cutanés et sous-cutané (153).

3.6.2.1. Chirurgie digestive

La chirurgie digestive dispose de 15 lits. Le taux d'occupation est 51,18% et la DMS de 4,74.

En 2006, les taux de fuite étaient pour les séjours légers de chirurgie digestive 66% et 70% pour les séjours lourds.

L'entente est difficile entre un gastro-entérologue et un chirurgien digestif.

L'analyse du service médical de l'assurance maladie a porté sur les 290 séjours de 2006.

L'activité a été stable de 2004 à 2006.

Elle se compose de chirurgie digestive "classique" (57% de l'activité) : appendicectomies, hernies inguinales et crurales, cholécystectomies.

Mais il existe également de la chirurgie plus lourde : 46 Groupes Homogènes de Malades (GHM) pour interventions majeures sur l'intestin grêle et le côlon en 2006 dont 28 avec Complication ou Morbidité Associées (CMA) et caractérisées par un fort taux de décès (14 sur 28, soit 50%) contre 12% dans la base nationale (*e-pmsi*). Sur les 14 décédés, 6 sont venus du domicile sans passage par les urgences. La moyenne d'âge était de 76 ans contre 67 sur la base nationale.

De la chirurgie du sein est également réalisée : 8 mastectomies totales ou partielles pour tumeurs du sein. La chirurgie générale et digestive en CM24 (séjours moins de 2 jours) est très peu développée, principalement des patients atteints d'hernies qui restent la nuit (13 en 2006).

Lors des entretiens, il a été précisé que la communauté médicale a demandé à un des chirurgiens de modérer son exercice compte-tenu des incidents de 2006.

3.6.2.2. Chirurgie orthopédique

Le service de chirurgie orthopédique compte 17 lits, son taux d'occupation est de 83,51% et sa DMS de 5,66.

Le service ferme six semaines l'été, les malades d'orthopédie sont accueillis dans le service du viscéral dont la capacité passe à 22 lits. De ce fait, les interventions nécessitant la pose d'une prothèse ne sont pas réalisées pendant cette période.

En 2006, les taux de fuite concernant les séjours légers d'orthopédie sont de 62% et de 66% pour les séjours lourds.

L'activité 2006, analysée par le service médical de l'assurance maladie, est en forte croissance entre 2005 et 2006 (+ 44%) : 686 GHM en 2006, 477 en 2005.

49 prothèses de hanche ont été posées : 19 pour fracture du fémur, 26 pour arthrose, 4 pour ostéonécrose.

L'activité en CMD24 est de 248 séjours en 2006 : principalement des ablations de matériel, fractures...

En 2007, le nombre de GHM, 710, augmente plus modérément (3,6%) dont 53 prothèses totales de hanche.

3.6.2.3. ORL

Deux lits sont réservés à l'ORL au sein du service de chirurgie viscérale. Le taux d'occupation est de 100,55% et la DMS de 2,57.

En 2006, les taux de fuite en ORL sont de 64%.

L'activité chirurgicale 2006, analysée par le service médical de l'assurance maladie, représente 262 GHM chirurgicaux (252 en 2005), 33 GHM en endocrinologie correspondant à 33 thyroïdectomies pour nodules principalement (20 en 2005) et 162 GHM Tissu cutané et sous cutané en majorité réalisé par l'ORL (+ 64% par rapport à 2005).

L'activité en séjours de moins de 2 jours en ORL (CMD 24) comporte 208 GHM : 56 amygdalectomies, 66 drains transtympaniques, polypes, 51 pour sinusites, polypes des fosses nasales...

L'activité de consultations externes est importante (80 patients en externe et 20 patients en interne environ par semaine) dont une part importante en chirurgie sous anesthésie locale pour cancer de peau au niveau de la face réalisée en externe (sans GHM) : 207 interventions sous anesthésie locale en 2006, 212 en 2007.

Les délais d'attente sont de 2 mois pour une intervention et d'un mois pour une consultation.

3.6.2.4. Chirurgie ambulatoire

Trois places sont installées depuis 2003. Elles représentent 680 séjours avec GHM chirurgicaux en 2006. Très peu d'actes sont réalisés sur les 18 gestes marqueurs (275 en 2006) : seule l'activité d'ORL se distingue en nombre (124) et atteint quasiment le taux cible régional du SROS concernant les amygdalectomies et /ou adénoïdectomies.

Les endoscopies de moins de deux jours sont au nombre de 317 en 2007 et sont pour la plupart digestives.

3.6.2.5. Infections nosocomiales

Les taux d'infection nosocomiale sont le plus souvent au dessus de la moyenne régionale. Ceux d'orthopédie sont passés sous le seuil régional depuis 2006.

Par contre, ceux de chirurgie viscérale sont encore supérieurs à la moyenne.

	Orthopédie	Chirurgie viscérale	REGION
2000	1,83%	2,08%	1,20%
2001	0	2,30%	1,40%
2002	1,36%	0,79%	1,10%
2003	1,81%	3,49%	1,20%
2004	1,95%	2,52%	1,60%
2005	1,35%	1,82%	1,20%
2006	0	3,20%	1,30%
2007	0,35%	1,79%	

Service médical de l'assurance maladie

3.6.3. Obstétrique

La maternité est de niveau 1. Elle adhère au réseau de périnatalité de Bretagne et comprend 12 lits.

Les séjours légers d'obstétrique connaissent un taux de fuite de 55% en 2006, ceux de chirurgie gynécologique souffrant d'un taux de 79%.

Le nombre d'accouchements a nettement diminué en 2007. En revanche, le taux de césarienne, qui était nettement supérieur au taux régional des maternités, n'est plus que modérément supérieur.

INDICATEURS/ANNEE (SAE)	2004	2005	2006	2007
Nombre total d'accouchements	277	289	311	245
Nombre de césariennes	63	61	71	45
Taux de césarienne	22,7%	21,1%	22,8%	18,4%

Données du Réseau de périnatalité selon le niveau de la maternité :

CESARIENNES				
Années	Moyenne	Niveau 3	Niveau 2	Niveau 1
2003	16,36	20,39	14,96	16,27
2004	16,56	21,44	15,69	15,14
2005	17,40	20,70	16,80	16,53
2006	17,84	20,74	17,42	16,65

Le service médical de l'assurance maladie a constaté une augmentation nette du nombre de transferts des nouveau-nés en 2007, dont :

- 1 nouveau-né transféré pour rapprochement de sa mère ;
- 16 nouveau-nés transférés pour poids faible, thrombopénie néonatale, ictère, aspiration liquide amniotique (3), autres affections.

Sur les 17 transferts, 8 nouveau-nés sont revenus dans les 48 h à Carhaix,

L'explication de l'augmentation de ces transferts, avancée par le corps médical, repose sur le nombre d'anesthésistes remplaçants qui, aux dires des praticiens en place, pratiqueraient la sécurité maximale.

3.6.4. Urgences

Le taux d'hospitalisation aux urgences est élevé : 33,6% en 2007, 33,7% en 2006. La communauté médicale l'explique par la quasi absence d'entrées directes dans les services.

Le nombre mensuel de passages varie entre 800 et 1 000 passages mensuels, excepté au mois de juillet où il approche les 1 300 passages. Au mois de juillet, a lieu chaque année le festival des vieilles charrues de Carhaix. Ces passages en sus ne sont pas suivis d'hospitalisation, ce sont de fait des consultations.

Les sorties SMUR sont très majoritairement des sorties primaires : 499 pour 508 en 2007.

En 2006, l'origine des appels est majoritairement le SAMU 29 (393), le SAMU 22 (112), le SAMU 56 (50) mais également interne (41).

Il n'y pas eu de cas d'indisponibilité du SMUR dans des situations d'urgences. Par contre, une plainte de patient en 2007 pour un retard d'arrivée du SMUR.

3.6.5. Imagerie

Le service d'imagerie a à sa disposition un scanner, un mammographe, un panorex, un échographe, une table radiologique dite d'urgence, deux tables télécommandées numérisées, un ostéodensitomètre utilisé une demie journée par semaine par le rhumatologue.

3.6.6. Pharmacie

Le centre hospitalier de Carhaix ne pratique plus les chimiothérapies (par manque de hotte) mais le potentiel est important : 1 983 séances en 2006.

Les locaux ne sont pas aux normes en termes de surfaces et de circuit (rétrocession, préparation). Des travaux prévus en 2008 2009.

Le contrat de bon usage du médicament a été signé fin 2006 avec une date d'effet au 1^{er} janvier 2007.

3.6.7. Soins de suite

Le service de soins de suite dispose de 45 lits. Le taux d'occupation est de 88,8% en 2007 et la DMS de 20,2.

Le service médical de l'assurance maladie a observé une prise en charge sociale forte. L'âge moyen est de 82 ans.

Selon l'analyse des résultats tirés du PMSI 2006, 28% sont des soins post traumatiques, 22% des soins cardio-vasculaires et respiratoires. Les soins palliatifs représentent 3,4% soit environ deux lits occupés à l'année.

Si les taux de fuite sont importants pour des SSR spécialisés, l'attractivité de la gériatrie est importante 76% ainsi qu'en post-traumatique 63%.

3.7. Les actions de coopération

En 2005 et 2006, deux fédérations médicales interhospitalières pour la médecine d'urgence (CHIC et Douarnenez) et la chirurgie (CHIC) sont constituées :

- Médecine d'urgence : la fédération s'est concrétisée par des mutations de praticiens du CHIC avec des perspectives de temps partagés (80% Carhaix - 20% CHIC) et les postes ont été pourvus en 2006. Cependant, en 2007, deux praticiens ont quitté Carhaix et le CHIC connaît, lui même, des difficultés dans ses recrutements.
- Chirurgie : un poste a été créé en chirurgie orthopédique avec accompagnement de l'ARH en 2006. Il a été pourvu par un candidat exerçant au CHIC. Celui ci n'a pas donné satisfaction et a quitté l'établissement. Le deuxième poste de chirurgien viscéral, vacant depuis août 2006, a d'abord été pourvu par un praticien contractuel à mi temps puis par un praticien de 62 ans.

En ophtalmologie, la convention de coopération avec Douarnenez de 2003 n'est plus opérante car le nombre de praticiens ne permet plus d'intervenir sur quatre sites : Quimper, Concarneau, Douarnenez et Carhaix. Il est prévu d'objectiver ce constat avec des données chiffrées (niveau d'activité en ophtalmologie sur le territoire, délais d'attente pour les consultations, demandes non satisfaites...). Il a été envisagé de rédiger un nouveau volet "ophtalmologie" dans le projet médical de territoire sur la base d'une équipe de six praticiens (soit deux nouveaux postes) et établir un plan de financement démontrant que l'ensemble des produits générés par ces recrutements dégagerait un solde positif au regard des charges induites. Les recrutements, pour être attractifs, pourraient s'opérer sur le pôle de référence où pourrait être organisée une large concertation avec les centres hospitaliers de Carhaix et de Douarnenez.

Le centre hospitalier de Morlaix assure les activités de pédiatrie et de psychiatrie à l'hôpital de Carhaix. Les modalités d'intervention des pédiatres sont décrites dans le paragraphe 3.3.1.4. Concernant la psychiatrie, l'établissement souhaiterait pouvoir disposer de plus de temps médical mais l'équipe morlaisienne est confrontée à des difficultés de recrutement.

En imagerie, la télétransmission pour la neurochirurgie est mise en place avec le CHU de Brest.

Des radiologues libéraux de Morlaix interviennent à Carhaix, mais aucune coopération n'a pu être mise en place avec le service hospitalier d'imagerie.

Dans le cadre du projet médical de territoire, une réflexion est engagée pour mettre en place une garde territoriale d'imagerie qui serait située sur le CHIC et utiliserait la télétransmission d'image pour les sites distants.

Dans le cadre de la cancérologie, les Réunions de Concertation Pluridisciplinaires (RCP) se font avec Brest, Quimper, Saint-Brieuc et Lorient.

Il n'existe pas de conventions de coopération formalisées avec le CHU de Brest mais des échanges comme il en existe entre tout hôpital et son CHU de référence. Le centre hospitalier de Carhaix souhaiterait une implication plus grande du CHU dans ses activités médicales. Une réunion entre les deux communautés médicales est prévue le 1^{er} avril 2008.

Ce chapitre sur l'état des lieux a fait l'objet d'une restitution au conseil exécutif de l'hôpital le 27 mars 2008. Après quelques corrections intégrées, il a été validé.

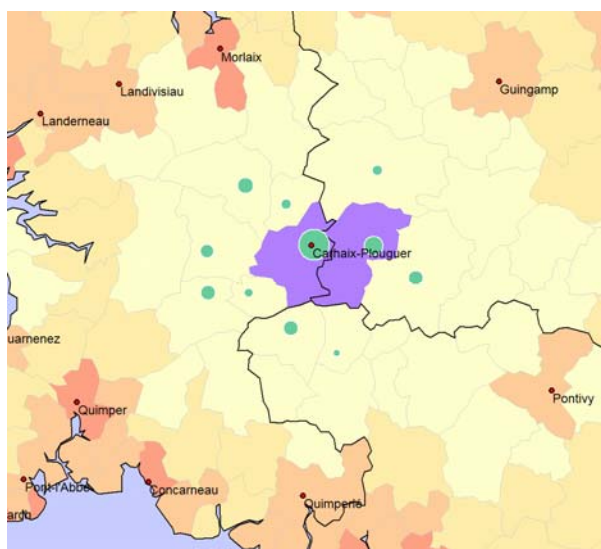
4. Analyse

4.1. Une position centrale sur un territoire de proximité particulier

Le territoire de proximité du centre hospitalier de Carhaix présente un nombre limité d'habitants pour un plateau technique de proximité. Dans le SROS III, compte tenu de sa situation géographique il avait été maintenu avec des demandes de garanties de permanence médicale pérenne.

Or, les patients potentiels de ce territoire font un autre choix ou sont orientés sur d'autres structures. Le fait que la ville de Carhaix soit en position centrale sur son territoire pourrait expliquer que seuls les habitants des villes frontières s'échappent. En fait, cette hypothèse est en partie exacte pour la médecine et l'obstétrique mais pas pour la chirurgie.

Les données sur les communes de Carhaix-Plouguer et Mael-Carhaix sont les suivantes :



Zone de Carhaix-Plouguer et Mael-Carhaix	Taux de fuite
Médecine	45,8%
Chirurgie	64,3%
Obstétrique	38,3%
TOTAL	51,3%

PARTHAGE 2006

Cette situation paraît étonnante lorsque l'on analyse les taux de mortalité dans le Centre Ouest Bretagne. Certes la densité médicale est faible et l'hôpital contribue à ne pas la détériorer encore plus. Mais les pathologies médicales existent. Selon ces quelques indicateurs de surmortalité propres à ce territoire, des besoins importants existent en termes d'éducation, de prévention, de diagnostic, de traitement et de suivi pour les pathologies cardio-vasculaires, neuro-vasculaires, pneumologiques et cancéreuses.

Il est vrai que certaines spécialités n'ont pas suffisamment de ressources pour faire face par manque de lits en médecine, de temps médical, de spécialistes. C'est le cas en médecine et en ORL mais pas celui de l'obstétrique ni de la chirurgie.

4.2. Des indicateurs qui sont défavorables :

Les indicateurs, cités plus haut, montrent des taux de surmortalité importants, confirmés par les discussions avec les médecins. Ceux-ci disent que la population du COB tarde à se faire soigner et que les maladies sont découvertes à un stade avancé.

La densité de médecins face à ses besoins de soins est insuffisante.

Il est nécessaire que cette population puisse avoir accès au diagnostic, à la prévention et à l'éducation et ainsi soit orienté selon le type de prise en charge requis. Le pôle médecine pourrait être le moteur d'un partenariat ville-hôpital en développant ces axes qui font partie intégrante des projets du service de médecine.

La gériatrie correspond à une forte demande qui ne cessera d'augmenter. Prendre en charge ces patients, nécessite une filière gériatrique complète et un nombre lits suffisants en médecine et soins de suite de façon à faire face aux problèmes récurrents de sur occupation et de défaut de places d'aval.

4.3. Un défaut d'attractivité des médecins antérieur aux problèmes démographiques

Le centre hospitalier de Carhaix est confronté à des difficultés de recrutement. Pour assurer la continuité des soins, il a recours à l'intérim et à des praticiens permanents n'ayant pas systématiquement le plein exercice de la médecine.

L'année 2008 marque le début d'une période de diminution du nombre de médecins qui s'amplifiera dans les années suivantes. A la fois les effectifs et la densité médicale vont diminuer pour ne retrouver qu'en 2025 les chiffres de 1980².

Les équipes ne sont pas stabilisées, les interlocuteurs changent et les aléas de certains recrutements ne permettent pas d'instaurer une relation de confiance entre l'hôpital et les professionnels libéraux ni entre l'hôpital et la population.

La médecine tend, pour nombre de spécialités, à devenir une médecine technique réalisée au sein d'une équipe.

D'une manière générale, les praticiens aujourd'hui souhaitent que l'établissement qui envisage de les recruter leur propose une activité suffisante, des collègues avec lesquels ils puissent échanger, partager ou collaborer sur les cas difficiles, une qualité de vie en leur évitant d'être de permanence un jour sur deux et que la discipline ait un vrai projet.

Lors d'une discussion avec les chirurgiens de Carhaix, certains ont estimé être bridés dans leurs pratiques et être prêts à intégrer une équipe de territoire.

Sur ces différents points, l'hôpital de Carhaix n'est pas en mesure d'y répondre seul. Une telle réponse nécessite, comme indiqué dans le SROS, au moins quatre praticiens par spécialités chirurgicales, obstétricales et anesthésiques.

La première spécialité en difficulté est l'anesthésie puisque son chef de service souhaite muter prochainement. Des départs en retraite vont suivre en chirurgie.

4.4. Un symptôme financier qui cache des causes plus profondes

4.4.1. Un déficit d'activité dans certains secteurs et une activité débordante dans d'autres qui posent des problèmes de prise en charge

L'analyse des tableaux d'activités du centre hospitalier de Carhaix fait apparaître des déséquilibres flagrants. Des taux d'occupations médiocres en chirurgie viscérale et en gynécologie obstétrique, habituels en orthopédie et très élevés en ORL et médecine.

Pour les services à faible activité, les explications résident soit en une absence de confiance en certains praticiens soit par le fait que des praticiens ne souhaitent pas en faire trop ou ne jouent pas le jeu de l'hôpital notamment en consultations.

Concernant la chirurgie viscérale, l'activité a décliné en 2007 suite à la demande faite à un praticien de ne pas réaliser certaines interventions jugées risquées compte tenu de l'environnement post opératoire. L'activité de chirurgie viscérale continuera à diminuer car les seuils de cancérologie vont interdire la réalisation de certains actes dont le nombre n'est pas suffisant. En cancérologie, le décret et les deux arrêtés pris en mars 2007 imposent dorénavant que l'activité de chirurgie ne peut plus être pratiquée par des équipes à l'activité

² Rapport de mission "Démographie médicale hospitalière" présenté par le Pr Berland. Septembre 2006

insuffisante. Il ne sera plus possible, à Carhaix, de réaliser les huit mastectomies comme en 2006 (sept en 2007).

La faible activité du bloc pose, certes, des problèmes économiques mais également des problèmes de pertes de compétences ainsi que de recrutements médicaux car l'hôpital ne peut se montrer aussi exigeant qu'il serait souhaitable.

Le conseil national de la chirurgie a donné les recommandations suivantes :

- Le seuil minimum d'activité d'un bloc opératoire est de 2000 interventions par an, couvrant un bassin de population de 50 000 habitants. Ce seuil doit être la règle en dehors de certaines conditions géographiques et de quelques rares sur-spécialités.
- Les chirurgiens doivent s'engager dans une politique de gestion du risque. Les résultats fonctionnels, des infections nosocomiales et/ou du site opératoire, la morbidité/mortalité doivent donner lieu à publication, établissement par établissement et chirurgien par chirurgien.
- Les chirurgiens doivent être évalués tout au long de leur vie professionnelle. En sus d'une autoévaluation permettant un suivi des performances doit être mise en place une évaluation quantitative et qualitative des activités, tant sur le plan médical que médico-économique.
- Le travail en équipe doit devenir la règle autour de plateaux techniques regroupés, moins nombreux et plus performants.

La Fédération Hospitalière de France ne retient même plus 2 000 séjours en chirurgie par an mais recommande 4 000 séjours, estimant qu'un patient court des risques sans un plateau technique complet et des équipes en nombre et qualité suffisants.

La sous-activité de certains services et la sur-activité d'autres posent des problèmes de prise en charge. L'existence d'une équipe de trois praticiens et huit sages-femmes pour 245 accouchements seulement ne peut garantir l'entretien indispensable des compétences.

Le taux de césarienne, même s'il a baissé en 2007, est un facteur de risque dans la prise en charge des accouchements.

Le Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire consacre le n° 50 de 2006 à "La mortalité maternelle en France : bilan et perspectives". Dans l'éditorial³, il est précisé : "la césarienne est liée à un risque de mort maternelle multiplié par un facteur proche de 3,5 (Deneux-Tharoux et coll), soulignant l'importance d'en limiter les indications et d'exclure les césariennes "de confort".

Concernant les hémorragies, dans ce même numéro thématique, un article⁴ rappelle que "Selon les experts, près des trois quarts des décès par hémorragies auraient pu être évités si des soins appropriés avaient été prodigués en temps utile ; ce n'est pas tant le retard au diagnostic (3 sur 22 décès évitables) que les erreurs thérapeutiques (10/22) ou un traitement inadéquat (8/22) qui sont les plus nombreux. Les complications obstétricales et les infections ont également une proportion d'évitabilité élevée (80 et 71 %). Les raisons en sont le traitement inadéquat ou le diagnostic non fait."

Ces différents éléments confortent l'intérêt d'un plateau technique important avec des équipes pratiquant un nombre suffisant d'actes et apportant des preuves de leur qualité par l'évaluation et la formalisation des processus.

Faute de place en médecine, les hospitalisations se font en chirurgie voire en gynécologie. Ces situations sont très fréquentes compte tenu du taux d'occupation de la médecine. Ce type de prise en charge ne peut être optimisé même avec la meilleure volonté des professionnels et ne peut être accepté en 2007.

4.4.2. Des médecins qui profitent du système au détriment de praticiens débordés

A cette situation de sous-activité qui diminue les recettes se surajoutent les rémunérations médicales qui augmentent les charges.

Comme indiqué plus haut, le coût du recours aux intérimaires est très élevé. Mais il n'est pas le seul. Certains praticiens des spécialités en danger ont mis en place un système confortable financièrement, tranquille professionnellement, et peu contraignant, tandis que d'autres, en qualité de contractuels, ont des exigences financières élevées pour être recrutés.

³ Une nouvelle étape dans la surveillance de la mortalité maternelle : Renée Pomarède, Direction générale, Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France ; BEH n°50 12 décembre 2006

⁴ Epidémiologie de la mortalité maternelle en France, de 1996 à 2002 : fréquence, facteurs et causes ; Marianne Philibert, Fabien Boisbras, Marie-Hélène Bouvier-Colle, Inserm U149, Université Pierre et Marie Curie, Paris, France ; BEH n°50 12 décembre 2006

En analysant certains relevés de déplacements et tableaux de rémunération des gardes et astreintes médicales de 2007, il est curieux d'observer que les déplacements sont multipliés ou dépassent très régulièrement plus de trois heures. Les rémunérations mensuelles atteignent ainsi les plafonds, heureusement définis en COPS, pour la chirurgie, l'anesthésie, la gynécologie obstétrique. En plus du salaire, des suppléments de rémunérations annuelles pour astreintes peuvent dépasser 30 000€. A cela, il convient d'ajouter la rémunération d'activité libérale pour certains praticiens dont tous ne respectent pas les règles de répartition public-privé.

Il est intéressant de remarquer que parmi ces mêmes spécialités, il est nécessaire de rémunérer en garde sur place des praticiens n'ayant pas le plein exercice. Mais l'absence de réelle activité permet de ne pas appliquer le repos de sécurité le lendemain : des périodes d'absence de huit à quinze jours sont ainsi cumulées et permettent à certains de retourner dans leur pays d'origine et/ou de travailler ailleurs comme cela a été formulé lors de différents entretiens. Au-delà du non respect de la réglementation, en cas de problème médico-légal, ces praticiens s'exposent à des sanctions pénales tout comme les acteurs validant une telle organisation.

La COPS soumise à l'impératif des recrutements au mépris de la réglementation n'a pas joué son rôle en termes d'organisation de la permanence des soins et de régulation. De même l'organisation des samedis matin est perfectible, notamment sur les petits services où la présence d'un seul praticien pourrait suffire. Il faut espérer que des récupérations ou des plages additionnelles ne sont pas générées.

Ainsi certains pervertissent le système et mettent à mal l'hôpital de Carhaix : petite d'activité et fortes rémunérations organisées.

Cependant, l'opprobre ne doit pas être jeté sur l'ensemble des praticiens qui majoritairement sont des professionnels, soucieux de la prise en charge de leurs patients, et qui s'occupent sans compter des malades.

Cette situation ancienne perdure pour garder ou recruter des médecins qu'ils s'agissent les médecins intérimaires ou non. Il n'existe aucune garantie de stabilité ou de qualité. Le taux de mutation relevé par la BDHF en est le reflet (Cf. 3.3.2). Aucun avenir pérenne pour l'hôpital de Carhaix ne peut se construire sur cette instabilité qui ne permet pas de gagner la confiance des médecins de ville, ni de la population.

4.4.3. La chirurgie et la maternité défendues par la médecine qui déborde de projets

Lors des différents entretiens, ce sont les praticiens de médecine qui défendaient la chirurgie et la gynécologie obstétrique au travers de leurs projets. Ils estiment que la médecine ne peut exister sans chirurgie. En approfondissant le sujet, ce sont plus d'avis chirurgicaux, dont ils ont besoin, que d'interventions.

Pour la plupart des professionnels et des élus, un hôpital existe par le M, le C et le O indivisibles. Les exemples des centres hospitaliers dans une étude que doit publier la conférence des présidents de CME de centre hospitalier "Bilan de 9 années de fermeture de chirurgies et maternités publiques en France 1999-2005" donne nombre de réussites en termes d'augmentation d'activité en Médecine et SSR : Valognes, Saint-Avoid, La Mure...

Certes, disposer d'un bloc opératoire apparaît plus prestigieux pour certains qu'un service de gériatrie. Mais compte tenu du vieillissement de la population, le besoin est là et permettra de susciter probablement plus d'emplois.

Cette description correspond à Carhaix où il n'existe pas de court séjour gériatrique, d'équipe mobile de gériatrie, ni de véritable filière gériatrique. Le premier gériatre termine actuellement sa formation.

Le fait de devoir entretenir à grands frais une chirurgie et une maternité ne permet pas d'investir comme il se doit sur les projets de médecine et de soins de suite. Ces médecins sont complètement débordés et ont également dû mal à prendre les virages impératifs de la médecine polyvalente et gériatrique et des alternatives à l'hospitalisation. Eux-mêmes sont confrontés à des difficultés de recrutement, il va falloir probablement renoncer dans un premier temps à de nouveaux recrutements de spécialistes d'organes propres à Carhaix au profit de médecins généralistes pour les décharger et les recentrer sur leur spécialité. Il est probablement nécessaire et urgent d'entamer une réflexion d'équipe territoriale ou de temps partagés.

4.4.4. Des choix qui nécessiteraient des évaluations

L'ensemble du personnel est, selon l'accord ARTT, à 7H36 par jours et 17 jours de RTT (journée de solidarité ôtée).

Certains hôpitaux ont fait le choix de faire travailler 7H30 les personnels soignants et 7H par jour les personnels n'ayant pas de contraintes de week-end : secrétariat, administration, consultations...

Les investissements médicaux ont permis l'achat d'un ostéodensitomètre, certes fort utile mais utilisé une demi-journée par semaine. Il est intéressant de signaler le doublon puisque les radiologues libéraux disposent d'ailleurs du même appareil à Carhaix.

Les évaluations médico-économiques ne semblent pas être une préoccupation première, elles sont pourtant indispensables.

Il serait souhaitable qu'elles prennent toute leur place concernant les organisations, les prescriptions d'antibiotiques, de dispositifs médicaux stériles, d'analyse de biologie et les investissements.

Si le déficit financier est comme indiqué un symptôme, il ne s'agit pas de le laisser s'installer et se creuser car alors l'établissement ne pourra plus faire face à ses charges. Il est nécessaire de mettre très rapidement en route le traitement.

4.5. Des actions de coopération à optimiser

Le centre hospitalier de Carhaix appartenant au territoire de santé n°2, les actions de coopération devaient être privilégiées avec le CHIC. Ce fût le cas pour les urgences, la chirurgie et l'ophtalmologie. Même si des problèmes relationnels, des difficultés de recrutement et des lits indisponibles ont tendu les relations, de nouveaux rapprochements se préparent pour les chimiothérapies, l'imagerie et les spécialités médicales (pneumologie et neurologie dans le cadre de la filière AVC en cours de réflexion).

Le centre hospitalier de Morlaix a développé des coopérations en pédiatrie et psychiatrie.

Le centre hospitalier de Carhaix souhaiterait se tourner plus vers le CHU de Brest, c'est déjà le cas de façon informelle dans certaines spécialités. Le CHU de Brest est favorable à développer des coopérations mais pas à n'importe quelles conditions.

Des internes sont affectés à Carhaix depuis novembre 2007. Il faut saluer cette action qui doit être pérenne voire renforcée.

Une réunion a permis d'engager la réflexion concernant les possibles coopérations entre les deux communautés médicales le 1^{er} avril 2008. Mais les médecins du CHU de Brest ont déjà précisé que les coopérations ne pourraient porter sur la permanence médicale nocturne dans les spécialités les plus en crise à Carhaix : l'obstétrique et l'anesthésie.

Une coopération oubliée serait probablement à réfléchir : la biologie. Depuis trois ans, la consommation de B de l'hôpital augmente alors que ce n'est pas le cas de l'activité du centre hospitalier de Carhaix ni celui des autres établissements qui réduisent les prescriptions de biologie. Parallèlement, le prix du B a été augmenté de trois centimes par le biologiste de ville. Cela représente pour 2007, une augmentation de plus de 230 000€ par rapport à 2005.

Les actions de coopération à développer ne doivent pas être l'exclusive du territoire de santé n°2 ni du public mais elles ne doivent pas non plus trop se disperser.

5. Préconisations

Un moratoire est demandé par les Carhaisiens : de cinq ans lors des premiers entretiens, il est passé à dix-huit mois. Il s'agit de renouer avec la confiance de la ville envers l'hôpital et développer les partenariats.

Depuis la publication du SROS III qui donnait une autorisation conditionnelle au plateau technique de Carhaix, vingt-quatre mois sont passés et rien n'a changé. L'activité baisse et il sera de plus en plus difficile de recruter de bons praticiens. Des actions de coopération sont probablement à développer, mais les autres structures ne peuvent envisager de se disperser, ni de risquer de mettre en péril leurs propres équipes pour assurer la permanence du plateau technique de Carhaix.

Et que l'on cherche du côté de Brest, de Quimper ou de Morlaix, tant du côté du public que du privé, on ne trouve aucune possibilité de renforcer les équipes d'anesthésie et d'obstétrique de Carhaix de façon à leur permettre d'assurer la permanence médicale nocturne.

Pour ces raisons et l'analyse développée ci-dessus, le centre hospitalier doit jouer sur ses points forts et atouts.

5.1. Une réglementation dont l'établissement doit s'assurer de son respect

L'organisation médicale mise en place se doit de l'être dans le strict respect de la réglementation : tableaux de services, permanence sur place et repos de sécurité, logement et avantages en nature...

L'organisation définie se doit de répondre à une activité réelle : astreinte de sécurité ou opérationnelle, présence le samedi matin, déplacements...

Le respect du droit est garanti par la validation des praticiens, des chefs de service, de la COPS, de la CME et de la direction.

5.2. Les seules missions de proximité à recentrer et à conforter

5.2.1. Une prise en charge des urgences 24H/24H au cœur du dispositif : urgences, SMUR et l'hélistation

Le service des urgences doit être conforté et renforcé pour permettre la mise en place de la deuxième ligne de garde pour le SMUR la nuit. Ce deuxième urgentiste présent en permanence sécurise l'établissement et permet de mieux prendre en charge les urgences. La réflexion peut également s'engager avec la permanence des soins libérale pour mutualiser les ressources sur certains créneaux horaires.

Le service d'urgences et le SMUR assure ainsi une meilleure couverture du COB pour les urgences et les grandes manifestations.

La coopération sur le territoire n°2 existe mais elle doit être renforcée en lien avec le territoire n°1 pour favoriser les recrutements de médecins urgentistes. Ce projet existe sous forme de groupement de coopération sanitaire pour chacun des territoires afin d'optimiser les organisations et les ressources et ainsi conforter la place du centre hospitalier de Carhaix.

Enfin, une hélistation était envisagée, le terrain était prévu. Malheureusement, une affectation autre lui a été donnée. Il est impératif que l'hôpital de Carhaix dispose d'une hélistation proche du service des urgences.

5.2.2. Des missions de proximité à recentrer et à conforter

5.2.2.1. Une médecine à privilégier

La médecine est le pôle d'excellence, il s'agit de lui permettre de jouer tout son rôle en augmentant son nombre de lits et en développant les différents projets qu'a l'équipe de médecine en s'assurant au préalable de leur pertinence médico-économique.

Les lits de surveillance continue intégrés à la médecine permettent de prendre en charge les patients relevant de telles unités, notamment les patients de cardiologie.

Un hôpital de jour est indispensable avec notamment les chimiothérapies en tant que site associé.

Les activités de prévention, d'éducation, de dépistage, de soins palliatifs et d'addictologie (tabacologie, alcoologie) sont à développer.

Un court séjour gériatrique est à formaliser tout comme la filière gériatrique complète : équipe mobile de gériatrie, consultations mémoire et augmentation du nombre de lits d'EHPAD dont il paraît légitime que l'hôpital en soit le promoteur.

Le centre hospitalier doit également se positionner, en partenariat probablement, pour la gestion de la future Hospitalisation A Domicile du COB. Ainsi, tous les types de prises en charge de proximité seraient proposés et permettraient un retour plus précoce sur le Pays.

Il convient d'augmenter ou de mettre en place, en lien avec les partenaires publics ou privés du temps de pneumologie, neurologie...

Enfin, il s'avère indispensable de recentrer les spécialistes sur le cœur de métier. Cela est envisageable en recrutant des praticiens de médecine polyvalente.

5.2.2.2. Des soins de suite à développer à leur juste mesure

Les soins de suite sont également à favoriser dans le cadre d'une filière complète de prise en charge des patients. Une extension des capacités comme envisagée par le centre hospitalier doit permettre de répondre à la fois aux besoins de médecine et de chirurgie.

Ainsi, le retour précoce dans un lieu de prise en charge de proximité, après un acte technique ou lourd sur un autre établissement pourra être ainsi privilégié. Des conventions sont à négocier avec les établissements publics ou privés qui souffrent de déficit chronique de lits d'aval.

5.2.3. Un plateau technique à recentrer sur une activité diurne

5.2.3.1. Pour la gynécologie obstétrique : un centre périnatal de proximité

Le centre périnatal, structure de proximité, assure, en lien avec des services de gynécologie obstétrique, les consultations pré et post natales, les cours de préparation à la naissance, l'enseignement des soins aux nouveau-nés et les consultations de planification familiale.

Des conventions avec les services de gynécologie obstétrique appelés à accueillir les parturientes sont à négocier.

Ce centre bénéficiera de consultations de pédiatrie grâce aux pédiatres du centre hospitalier de Morlaix.

5.2.3.2. Pour la chirurgie : une unité de chirurgie et d'anesthésie réglée et sans hébergement

Cette unité doit s'envisager pour maintenir un certain nombre d'actes nécessaires mais définis selon une liste validée par les praticiens hospitalo-universitaires de Brest en lien avec les équipes dont les praticiens assureront l'activité en son sein.

Les spécialités présentes aujourd'hui sont bien évidemment celles au cœur de cette nouvelle chirurgie mais doivent être accompagnées de nouvelles spécialités : ophtalmologie, urologie...

Les actes ont lieu le matin et des consultations internes ou externes l'après-midi.

Ces préconisations sont en plein accord avec le SROS III qui précise :

"Sur les bassins de proximité où l'activité chirurgicale ne peut être maintenue dans des conditions de qualité suffisante, une organisation permettant la prise en charge des urgences chirurgicales sera mise en place au niveau du secteur sanitaire :

- L'accueil aux urgences sur ces secteurs devra être réalisé :
 - par des spécialistes de l'urgence, qualifiés et expérimentés,
 - bénéficiant d'une imagerie (scanographe),
 - et d'un système de télétransmission efficient (serveur d'imagerie médicale unique, régional).
- Les transferts devront être assurés.
- Des consultations chirurgicales avancées de chirurgie spécialisée, pour avis et suivi de proximité, pourront être mises en place.
- Les suites chirurgicales seront organisées afin de ne pas mobiliser les lits de chirurgie de façon inadaptée et de permettre un retour rapide des patients sur le bassin de proximité."

5.3. Des axes de coopération à développer sans exclusive de partenaire

Les praticiens ne peuvent plus avoir un exercice isolé. Ils doivent s'inscrire dans une logique d'équipe territoriale.

Les praticiens, sages-femmes et autres personnels qui exerceront au centre périnatal de proximité et dans l'unité de chirurgie réglée diurne, ne peuvent rester seuls sur Carhaix mais doivent être intégrés aux équipes d'autres établissements assurant la coopération.

Pour les autres activités, cet aspect doit être mis en perspective. De fait, le projet de garde commune prend forme en imagerie.

Il serait extrêmement intéressant d'engager la réflexion sur des modalités de coopération en médecine et en biologie.

Ce propos peut également s'entendre pour l'équipe de direction, une direction commune sur le territoire pourrait permettre de mutualiser les compétences et les outils.

Le renforcement des collaborations permettra de consolider les filières complètes de prise en charge tout en respectant le principe de subsidiarité.

Les coopérations pourront utilement s'appuyer sur les nouvelles technologies : informatique, télémédecine...

Une attention particulière est à porter sur le temps que passeront ces praticiens en transport qui est de fait "une perte d'activité". Une réflexion est à engager sur ce financement.

5.4. Un accompagnement au changement

Cette nouvelle définition des missions de l'hôpital de Carhaix, recentrées et confortées sur leur excellence, nécessite un accompagnement à cette évolution. Le flou concernant l'avenir de l'hôpital a entretenu un malaise depuis des années. Une préparation importante est impérative en amont sur le mode "gestion de projet" et accompagnement au changement pour les organisations, les personnels, les médecins libéraux, les usagers...

5.5. Une obligation absolue, l'évaluation

La pratique de la médecine aujourd'hui ne se conçoit plus sans évaluation qu'elle soit médicale ou médico-économique.

L'activité doit donc être évaluée ainsi que les moyens mis en place à cet effet, afin de s'assurer de leur pertinence.

Dans le cadre des actions de coopération, la formation et l'évaluation des pratiques et des risques auront un rôle majeur.

6. Conclusion

Le centre hospitalier de Carhaix est confronté à une situation financière extrêmement dégradée mais celle-ci n'est que le symptôme d'un mal plus profond.

Une pénurie de médecins qui entraîne un recours à l'intérim, des recrutements aléatoires, des exigences financières de certains voire des dérives et un défaut d'activité dû à des taux de fuite importants.

Les exigences de la médecine moderne et des praticiens nécessitent des équipes suffisantes et un plateau technique complet.

Certes, l'éloignement géographique avait laissé une possibilité à l'hôpital de maintenir un plateau technique à la condition de garantir une organisation pérenne des soins médicaux par spécialités. Cela n'a pas été réalisé à ce jour et ne s'annonce pas non plus réalisable dans les années à venir compte tenu des départs annoncés, de la démographie médicale et des exigences des praticiens à travailler en équipe, en particulier dans les spécialités concernées : chirurgie, anesthésie et gynécologie obstétrique.

La redéfinition des missions du centre hospitalier en fonction des besoins de la population et selon les modes actuels d'exercice de la médecine impose de s'appuyer sur son pôle d'excellence que représente la médecine. Ainsi, il lui sera permis d'offrir toute la réponse de proximité qu'à ce jour elle ne peut complètement apporter.

L'avenir de l'établissement passe également par une redynamisation des coopérations dans un cadre gagnant-gagnant.

7. Annexes

7.1. Lettre de mission



MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Direction de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins

Mission des conseillers généraux des établissements de santé
Dossier suivi par : Dr M. A. DESAILLY-CHANSON
Conseiller général des établissements de santé
Tél : 01 40 56 67 46
Fax : 01 40 56 60 45
Port : 06 80 89 75 82
marie-angé.desailly-chanson@santé.gouv.fr

Paris, le 20 FEV. 2008

La Directrice de l'Hospitalisation
et de l'Organisation des Soins

à

Madame M.A. DESAILLY-CHANSON
Conseillère générale
des établissements de santé

00135

Comme suite à mon courrier en date du 8 février 2008, je vous confirme que vous êtes chargée de conduire une mission d'appui et de conseil auprès du centre hospitalier de Carhaix, et cela à la demande du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation de la région Bretagne.

Il s'agit d'un établissement éloigné de 70 km (50 minutes) de Quimper qui est le plateau technique le plus proche. Le SROS III a maintenu les activités de chirurgie et de maternité en raison de cet isolement géographique sous la condition d'une organisation pérenne de la permanence médicale. Dans le cas contraire, l'annexe territoriale du SROS prévoit que l'établissement doit présenter un plan de conversion partielle de ses activités.

Malgré les coopérations mises en place avec le centre hospitalier de Comouaille, pôle de référence du territoire de santé n°2, (ex : fédérations médicales inter hospitalières en médecine d'urgence et en chirurgie), le centre hospitalier de Carhaix rencontre de grandes difficultés à recruter les médecins nécessaires pour assurer la continuité des soins et a recours à de nombreux remplacements pour un coût de 641 871 € en 2007.

L'EPRD 2007 devrait être clôturé avec un déficit de 1 000 000 €, supérieur au seuil de 3,5% des produits de l'établissement qui est retenu par le code de la santé publique pour qualifier une situation de "dégradée".

... / ...

Il conviendra que vous établissiez un diagnostic partagé avec la communauté hospitalière des activités médicales existantes (qualité des soins, recrutements médicaux, permanence des soins, respect de la réglementation, analyse médico-économique...). Puis, vous proposerez des préconisations permettant à cet établissement de définir son périmètre d'activité afin d'assurer la réponse aux besoins de soins de proximité tout en garantissant la qualité et la sécurité des soins et la viabilité médico-économique. Ces propositions devront s'inscrire dans le cadre de la réflexion territoriale et tout particulièrement en lien avec le pôle de référence du territoire de santé n°2, le centre hospitalier intercommunal de Cornouaille.

Pour l'accomplissement de cette mission, vous aurez la possibilité de rencontrer toutes les personnes concernées de votre choix et vous aurez accès à tous les documents nécessaires pour la conduite de votre mission.

Je vous remercie de bien vouloir commencer cette mission le plus rapidement possible et de me remettre vos conclusions pour début avril 2008.



La Direction de l'Innovation
et de l'Organisation Médicale

Annie PODEUR

7.2. Listes des entretiens

Le 26 février 2008, Carhaix :

- M. Berthou, directeur
- Dr Lengrand, président de la CME
- M. Troadec, président du conseil d'administration
- Conseil exécutif : Dr Lengrand ; Dr Ould Hennia ; Dr Roudaut ; Dr Raad ; Dr Youssef Memar ; M. Berthou, M^{elle} Bidault ; M^{elle} Pellen ; M. Talec ; M. Brilleaud
- M^{elle} Bidault, directrice adjointe chargée des ressources humaines
- M^{elle} Pellen, directrice des soins ; M^{me} Le Bihan, cadre supérieur de santé
- Dr Eatir, chef de service de chirurgie orthopédique ; Dr Youssef Memar, praticien hospitalier chirurgie orthopédique
- Dr Berry, chef de service de chirurgie viscérale ; Dr Yazdani, praticien hospitalier chirurgie viscérale
- M. Talec, directeur adjoint chargé des affaires générales, des services financiers, des relations avec les usagers, de la qualité et de l'informatique

Le 27 février, Carhaix, Quimper, Carhaix

- M^{me} Racine, faisant fonction de cadre de santé, bloc opératoire
- M. Meurin, directeur de la DDASS 29 ; Mme Collin, IHC, chef du département "établissement de santé" ; Dr Conan, MISP ; M. Pelé, IASS, secteur 2 ; Dr Le Roux, échelon local du service médical Quimper
- M. Siahmed, directeur du CHIC ; Dr Mehu, président de la CME du CHIC
- M. Siahmed, directeur du CHIC ; Dr Mehu, président de la CME du CHIC, responsable l'unité urgences SMUR du CHIC ; Dr Redon, responsable de l'unité gynécologie obstétrique du CHIC ; M. Le Doare, directeur adjoint en charge des affaires générales.
- M^{me} Corvellec, M^{me} Le Gall, CGT
- M. Ferrand, vice président du conseil général du Finistère, membre du conseil d'administration ; M. Jeudy, conseiller municipal, membre du conseil d'administration
- visite de l'établissement avec M^{elle} Pellen

Le 28 février 2008, Carhaix

- Dr Picault, chef de service des urgences
- Dr Madrane, chef de service de gynécologie obstétrique ; Dr Khadly, praticien attaché associé gynécologie obstétrique ; Dr Marinouchkine, praticien attaché associé gynécologie obstétrique
- M^{me} Sparfel, infirmière hygiéniste ; M^{me} Racine, faisant fonction de cadre de santé, bloc opératoire
- M^{me} Lucas, M^{me} Sibénil, CFDT
- Dr Roudaut, chef du département de médecine ; Dr Ould Hennia, responsable de l'unité médecine interne ; Dr Lerner, responsable de l'unité médecine à orientation gastro-entérologique ; M. Merlin, interne
- Dr Lecomte, praticien hospitalier pharmacie
- Comité de soutien et de développement de l'hôpital : Dr Roudaut, président ; M. Le Gal, vice président, coordinateur local accompagnement des soins palliatifs ; M. Hémon, secrétaire adjoint, référent santé conseil de développement du pays Centre Ouest Bretagne
- Dr Raad, chef de service d'imagerie médicale

Le 26 mars 2008, CHU de Brest

- M. Rolland, directeur général ; Pr Fenoll, président de la CME ; Mme Corbel, directrice des affaires médicales ; Pr Collet, chef de service gynécologie obstétrique ; Dr Scheydeker, vice président de la CME, Dr L'Heveder, responsable du pôle neurolocomoteur-gériatrie ; Pr Cénac, responsable du pôle viscéral ; Pr Sizun, responsable du femme-mère-enfant ; Mme Cardialiaguet, directeur de l'hôpital la Cavale Blanche ; M. Bourhis, directeur général adjoint ; M. Brajeul, directeur adjoint hôpital Morvan

Le 27 mars 2008, entretien téléphonique

- Dr Allard, praticien hospitalier orthopédie traumatologie, CHIC

Le 27 mars 2008, Carhaix

- Dr Lengrand ; Dr Ould Hennia ; Dr Roudaut ; Dr Raad ; Dr Youssef Memar ; Dr Yazdani, Dr Mercier, M. Berthou, M^{elle} Bidault ; M^{elle} Pellen ; M. Talec ; M. Brilleaud

Le 31 mars 2008, entretien téléphonique

- Dr Letoquard, chef de service chirurgie générale et digestive, CHIC

Le 01 avril 2008, entretien téléphonique

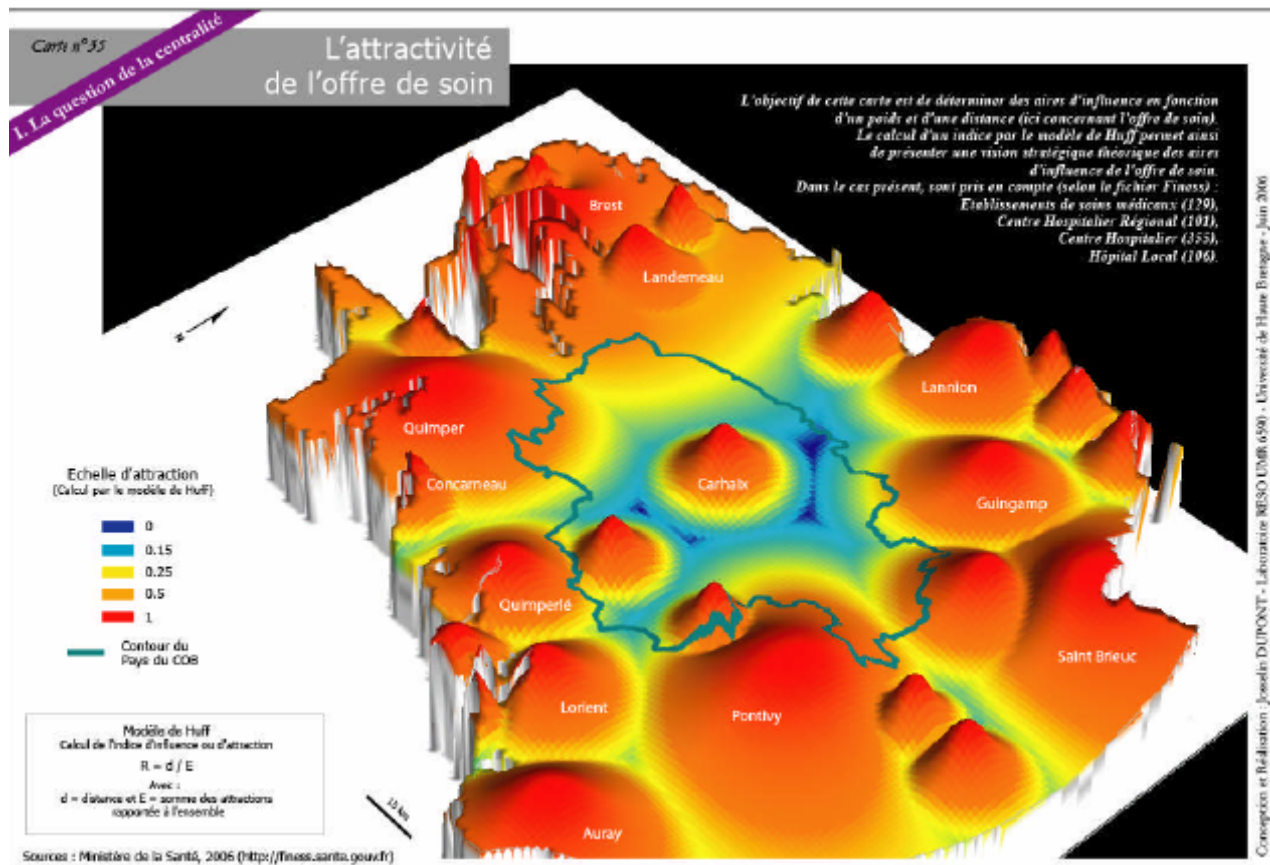
- Dr Gouedart, responsable du pôle mère-enfant, CH de Morlaix

Le 01 avril 2008, entretien téléphonique

Dr Le Coidic, médecine à Poullaouen, représentant l'URML Bretagne

Les plus vifs remerciements aux différentes personnes rencontrées qui ont accepté les contraintes temporelles fixées et qui ont accédé à toutes les demandes de documents ce qui a facilité la réalisation de la mission

7.3. Attractivité de l'offre de soins



7.4. Situation budgétaire à fin 2007

CHARGES	EPRD Réalisé 2005	EPRD Réalisé 2006	EPRD Réalisé 2007
Charges de personnel	17 778 972	18 697 304	20 061 195
Personnel extérieur à l'établissement	5 345	63 722	601 658
Impôts, taxes et versements assimilés sur rémunérations (administration des impôts)	1 125 696	1 184 588	1 188 812
Impôts, taxes et versements assimilés sur rémunérations (autres organismes)	242 360	251 975	343 497
Rémunérations du personnel non médical (sauf 6411, 6413 et 6419)	763 299	1 399 679	1 737 702
Personnel titulaire et stagiaire	7 990 860	8 138 466	8 287 103
Personnel sous CDI	666 599	92 315	143 045
Rémunérations du personnel médical (sauf 6421, 6422, 6425 et 6429)	314 810	698 201	690 047
Praticiens temps plein et temps partiel	1 378 630	1 231 957	1 224 436
Praticiens attachés renouvelables de droit	171 451	80 571	105 262
Internes et étudiants	0	0	9 745
Permanences des soins	645 382	757 746	717 792
Charges de sécurité sociale et de prévoyance (sauf 6459)	4 240 260	4 514 017	4 752 942
Autres charges sociales (sauf 6479)	179 194	190 495	222 918
Autres charges de personnel (sauf 6489)	55 085	93 571	36 237
Charges à caractère médical	3 056 294	3 533 675	3 599 336
Achats stockés de matières premières ou fournitures à caractère médical ou pharmaceutique			
Produits pharmaceutiques et produits à usage médical	1 299 537	1 377 114	1 307 876
Fournitures, produits finis et petit matériel médical et médico-technique	680 172	893 777	836 887
Fournitures médicales	31 591	37 055	9 606
Achats de marchandises à caractère médical et pharmaceutique			
Variation des stocks de matières premières et fournitures à caractère médical ou pharmaceutique	84 104	99 708	119 153
Produits pharmaceutiques et produits à usage médical	138 367	147 381	166 004
Fournitures, produits finis et petit matériel médical et médico-technique			
Variation des stocks de marchandises à caractère médical et pharmaceutique			
Sous-traitance générale	637 717	735 169	845 926
Locations à caractère médical	15 120	15 279	14 793
Entretiens et réparations de biens à caractère médical	169 687	228 191	299 091
Charges à caractère hôtelier et général	2 435 806	2 664 909	2 633 262
Achats stockés de matières premières ou fournitures à caractère hôtelier et général			
Achats stockés ; autres approvisionnements (sauf 6021 et 6022)	954 185	967 109	1 052 896
Achats non stockés de matières et fournitures (sauf 6066)	209 275	222 712	260 657
Achats de marchandises à caractère hôtelier et général			
Variation des stocks (sauf 60311, 60321, 60322 et 60371)	88 582	109 280	96 798
Services extérieurs (sauf 611, 6131, 6151 et 619)	509 293	543 745	576 266
Autres services extérieurs (sauf 621 et 629)	601 554	746 036	579 121
Impôts, taxes et versements assimilés (sauf 631 et 633)	32 961	34 308	31 656
Autres charges de gestion courante	39 957	41 719	35 869
Rabais, remises et ristournes accordées par l'établissement			
Production stockée (ou déstockage)			
Charges d'amortissements, de provisions, financières et exceptionnelles	2 150 078	1 915 380	1 820 368
Charges financières	263 787	301 619	364 765
Charges exceptionnelles	202 428	186 221	233 366
Dotations aux amortissements et provisions	1 683 863	1 427 540	1 222 237
TOTAL DES CHARGES	25 421 151	26 811 268	28 114 162
EXCEDENT PREVISIONNEL	0	0	0
TOTAL EQUILIBRE DU COMPTE DE RESULTAT PREVISIONNEL PRINCIPAL	25 421 151	26 811 268	28 114 162

Chapitres	PRODUITS	EPRD Réalisé 2005	EPRD Réalisé 2006	EPRD Réalisé 2007
Titre 1	Produits versés par l'assurance maladie	20 347 667	20 979 564	21 390 652
73111	Produits de la tarification des séjours	3 965 829	5 825 916	8 074 520
73112	Produits des médicaments facturés en sus des séjours	110 000	132 286	135 296
73113	Produits des dispositifs médicaux facturés en sus des séjours	90 000	164 313	157 559
73114	Forfaits annuels	618 773	635 246	799 940
73116	Dotation annuelle complémentaire	11 699 805	10 075 530	7 698 373
73117	Dotation annuelle de financement	2 018 031	2 015 550	2 083 160
73118	Dotations MIGAC	1 491 742	1 636 338	1 840 419
7312	Produits des prestations faisant l'objet d'une tarification spécifique	353 486	494 385	601 385
Titre 2	Autres produits de l'activité hospitalière	1 762 106	2 070 358	2 152 629
7321	Produits de la tarification en hospitalisation complète non pris en charge par l'assurance maladie	540 728	709 663	652 372
7322	Produits de la tarification en hospitalisation incomplète non pris en charge par l'assurance maladie	9 095	10 115	13 572
7323	Produits de la tarification en hospitalisation à domicile non pris en charge par l'assurance maladie			
7324	Produits des prestations faisant l'objet d'une tarification spécifique non pris en charge par l'assurance maladie	273 538	308 947	306 849
73271	Forfait journalier MCO	511 204	582 462	640 453
73272	Forfait journalier SSR	211 120	228 135	240 000
73273	Forfait journalier psychiatrie			
733	Produits des prestations de soins délivrées aux patients étrangers	216 421	231 036	299 383
734	Prestations effectuées au profit des malades ou consultants d'un autre établissement			
735	Produits à la charge de l'Etat, collectivités territoriales et autres organismes publics			
Titre 3	Autres produits	3 252 751	3 542 632	3 271 790
70	Vente de produits fabriqués, prestations de services, marchandises et produits des activités annexes (sauf 7071, 7087 et 709)	116 064	109 040	114 340
7071	Rétrocession de médicaments	456 707	420 113	288 217
7087	Remboursement de frais par les CRPA	1 409 976	1 506 266	1 518 566
71	Production stockée (ou déstockage)			
72	Production immobilisée			
74	Subventions d'exploitation et participations	124 304	161 436	3 189
75	Autres produits de gestion courante	334 897	203 040	184 885
76	Produits financiers	36	120 032	
77	Produits exceptionnels	26 908	144 434	88 608
78	Reprises sur amortissements et provisions	82 287	178 687	7 581
79	Transferts de charges			
603	Variations de stocks (crédits)	356 729	381 955	425 309
	Rabais, remises et ristournes (609, 619 et 629)			
	Remboursements sur rémunérations ou charges sociales (6419, 6429, 6459, 6479 et 6489)	344 844	317 630	641 095
	TOTAL DES PRODUITS	25 362 524	26 592 554	26 815 071
	DEFICIT PREVISIONNEL	58 627	218 714	1 299 091
	TOTAL EQUILIBRE DU COMPTE DE RESULTAT PREVISIONNEL PRINCIPAL	25 421 151	26 811 268	28 114 162

(*) éventuellement arrêté par le directeur de l'agence régionale d'hospitalisation

0

(**) sauf en cas de crédits limitatifs et selon les règles spécifiques propres aux établissements concernés

Impact du 603 sur le résultat final : (résultat +)

43 354

7.5. Budget Principal Personnel non médical Budget prévisionnel H 2007

STATUT/GRADE/QUALIFICATION	Effectif			ETP			Rémunération inscrite à l'EPRD Hors charges		
	N -1	N	Ecart (1)	N -1	N	Ecart	N -1	N	Ecart
Titulaires et stagiaires			0			0			0
Personnel administratif	42,84	41,9	-0,94	43,15	42,45	-0,7	1 191 116	1 282 782	91 665
Dont personnel de direction	3,75	4	0,25	3,75	4	0,25	234 863	266 248	31 385
Personnel soignant et éducatif	195,78	198,4	2,62	198,67	200,83	2,16	5 540 908	5 691 327	150 419
Personnel technique	47,76	48,55	0,79	48,59	49,36	0,77	1 091 721	1 093 054	1 333
Personnel médico-technique	9,67	9,75	0,08	9,84	9,92	0,08	314 722	323 292	8 570
TOTAL 1	296,05	298,6	2,55	300,25	302,56	2,31	8 138 466	8 390 454	251 988
Contrats à durée indéterminée			0			0			0
Personnel administratif	1,53	2,01	0,48	1,53	2,01	0,48	35 258	42 329	7 071
Personnel soignant et éducatif	1,75	1,25	-0,5	1,75	1,25	-0,5	35 726	30 287	-5 439
Personnel technique	0,92	3,83	2,91	0,92	3,83	2,91	21 331	78 347	57 017
Personnel médico-technique			0			0		0	0
TOTAL 2	4,2	7,09	2,89	4,2	7,09	2,89	92 315	150 963	58 648
Contrats à durée déterminée (2)	67,41	67,61	0,2	67,56	67,67	0,11	1 268 915	1 303 324	34 409
TOTAL 3	67,41	67,61	0,2	67,56	67,67	0,11	1 268 915	1 303 324	34 409
Contrats soumis à dispositions particulières									
Apprentis	0,29	1	0,71	0,29	1	0,71	1 639	9 482	7 844
Contrats aidés	8,38	10,8	2,42	6,98	10,8	3,82	127 972	204 989	77 017
TOTAL 4	8,67	11,8	3,13	7,27	11,8	4,53	129 611	214 471	84 860
TOTAL General	376,33	385,1	8,77	379,28	389,12	9,84	9 629 307	10 059 213	429 906

effectif : d'emploi

ETP : effectif rémunéré

7.6. Comparaison de l'activité de 2004 à 2007 à partir des données du site e-psmsi

Analyse de l'évolution du nombre de RSA - Médecine	Année entière 2004	Année entière 2005	Année entière 2006	Année entière 2007	var 07-06	var 07-06 %
AA - Digestif (1)	510	393	407	430	23	5,7%
AB - Orthopédie, Rhumatologie	221	225	225	240	15	6,7%
AC - Uro-néphrologie (1)	128	110	129	97	-32	-24,8%
AD - Système nerveux	384	408	383	365	-18	-4,7%
AE - Cardiologie	849	837	789	723	-66	-8,4%
AF - Vasculaire périphérique	36	25	24	28	4	16,7%
AG - Pneumologie (1)	416	533	511	493	-18	-3,5%
AH - ORL, Stomatologie (1)	111	102	83	81	-2	-2,4%
AI - Ophtalmologie	12	12	12	3	-9	-75,0%
AJ - Gynécologie	19	8	14	11	-3	-21,4%
AK - Obstétrique	0	0	0	0	0	0,0%
AL - Nouveau-nés	277	297	301	249	-52	-17,3%
AM - Hématologie	62	78	110	108	-2	-1,8%
AN - Chimiothérapie, radiothérapie, transfusion	24	10	3	0	-3	-100,0%
AO - Endocrinologie	131	103	174	191	17	9,8%
AP - Tissu cutané et tissu sous-cutané (dont chir obésité)	77	62	80	88	8	10,0%
AQ - Brûlures	0	0	0	0	0	0,0%
AR - Maladies infectieuses (hors VIH)	52	47	60	72	12	20,0%
AS - Maladie VIH	0	3	0	0	0	0,0%
AU - Traumatismes multiples ou complexes graves	0	0	0	0	0	0,0%
AV - Psychiatrie, Toxicologie, Intoxications, Alcool	275	291	260	248	-12	-4,6%
AX - Autres prises en charge (1)	489	544	550	565	15	2,7%
AZ - Vasculaire interventionnel	0	0	3	1	-2	-66,7%
XX - Endoscopies (séj < 2 nuits)	375	397	334	317	-17	-5,1%
	0	0	0	0	0	0,0%
GHM non affectés	0	0	3	2	-1	-33,3%
Total hors Séances	4 448	4 485	4 455	4 312	-143	-3,2%
Séances Dialyse	0	0	0	0	0	0,0%
Séances Transfusion	7	28	22	49	27	122,7%
Séances Radiothérapie	0	0	0	0	0	0,0%
Séances Chimiothérapie	14	40	2	0	-2	-100,0%
Séances Caisson hyperbare	0	0	0	0	0	0,0%
	0	0	0	0	0	0,0%
Total Séances	21	68	24	49	25	104,2%
Effectifs GHS 9600	0	0	0	0	0	0,0%
Effectifs GHS 9601	0	0	0	0	0	0,0%
Total effectif GHS 9600 et 9601	0	0	0	0	0	0,0%
Total Général	4 469	4 553	4 479	4 361	-118	-2,6%

Analyse de l'évolution du nombre de RSA - Chirurgie	Année entière 2004	Année entière 2005	Année entière 2006	Année entière 2007	var 07-06	var 07-06 %
AA - Digestif (1)	286	273	290	269	-21	-7,2%
AB - Orthopédie, Rhumatologie	564	550	685	710	25	3,6%
AC - Uro-néphrologie (1)	12	17	13	6	-7	-53,8%
AD - Système nerveux	71	78	67	70	3	4,5%
AE - Cardiologie	0	0	1	1	0	0,0%
AF - Vasculaire périphérique	14	13	21	7	-14	-66,7%
AG - Pneumologie (1)	4	0	3	5	2	66,7%
AH - ORL, Stomatologie (1)	262	252	258	234	-24	-9,3%
AI - Ophtalmologie	3	3	5	7	2	40,0%
AJ - Gynécologie	79	78	62	47	-15	-24,2%
AK - Obstétrique	0	0	0	0	0	0,0%
AL - Nouveau-nés	0	0	0	0	0	0,0%
AM - Hématologie	4	7	9	6	-3	-33,3%
AN - Chimiothérapie, radiothérapie, transfusion	0	0	0	0	0	0,0%
AO - Endocrinologie	38	20	33	34	1	3,0%
AP - Tissu cutané et tissu sous-cutané (dont chir obésité)	161	144	163	153	-10	-6,1%
AQ - Brûlures	10	8	3	4	1	33,3%
AR - Maladies infectieuses (hors VIH)	4	2	2	4	2	100,0%
AS - Maladie VIH	0	0	0	0	0	0,0%
AU - Traumatismes multiples ou complexes graves	0	3	4	3	-1	-25,0%
AV - Psychiatrie, Toxicologie, Intoxications, Alcool	0	0	0	0	0	0,0%
AX - Autres prises en charge (1)	14	7	13	10	-3	-23,1%
AZ - Vasculaire interventionnel	0	0	0	0	0	0,0%
XX - Endoscopies (séj < 2 nuits)	0	0	0	0	0	0,0%
	0	0	0	0	0	0,0%
GHM non affectés	0	0	0	0	0	0,0%
Total hors Séances	1 526	1 455	1 632	1 570	-62	-3,8%
Séances Dialyse	0	0	0	0	0	0,0%
Séances Transfusion	0	0	0	0	0	0,0%
Séances Radiothérapie	0	0	0	0	0	0,0%
Séances Chimiothérapie	0	0	0	0	0	0,0%
Séances Caisson hyperbare	0	0	0	0	0	0,0%
	0	0	0	0	0	0,0%
Total Séances	0	0	0	0	0	0,0%
Effectifs GHS 9600	0	0	0	0	0	0,0%
Effectifs GHS 9601	0	0	0	0	0	0,0%
Total effectif GHS 9600 et 9601	0	0	0	0	0	0,0%
Total Général	1 526	1 455	1 632	1 570	-62	-3,8%

7.7. Attractivité (PMSI 2006)/fuite

Données fournies par l'établissement

Attractivité de Carhaix dans un rayon de 20 km pour les activités (GHM) pratiqués à Carhaix avec exclusion des autres activités :

Sur 6613 GHM pratiqués pour les patients de Carhaix en 2006, 6071 concernent des spécialités pratiquées à Carhaix.

7.7.1. Attractivité par Grande Discipline (médecine compris)

Orthopédie	33,79%
Chirurgie viscérale	30,71%
Médecine digestive	28,19%
Médecine rhumatologie	45,33%
Cardiologie	56,77%
ORL	42,89%
Gynécologie	14,38%
Obstétrique	41,13%
Nouveau-nés	40,71%

7.7.2. Attractivité par Type de Chirurgie Générale et Digestive

Occlusion, subocclusion	41%
Hernies	26%
Cholécystectomie t chirurgie biliaire	28%
Appendicectomie	45%
Chirurgie rectum et anus	21%
Chirurgie grêle / colon	38%
Chirurgie digestive haute	26%
Autres chirurgies foie, pancréas, voies biliaires	38%
TM sein	14%
Sein (séjours < à 2 nuits)	19%
Gynécologie (séjours < 2 nuits)	29%
Chirurgie utérus / annexes	21%
Chirurgie pelvienne moyenne	18%

7.7.3. Attractivité en ORL

T.M. ORL	17%
Troubles équilibre	57%
Pathologies ORL et stomato autres	44%
ORL – Stomatologie (séjour < 2 nuits)	26%
Infections ORL	37%
Endoscopies (séjour < 2 nuits)	56%
Autres chirurgie ORL	23%
Amygdales, VG, drains T	51%

7.7.4. Attractivité en Obstétrique

Nouveau-nés poids > 2000g	40%
Accouchements par voie basse	51%
Interruption de grossesses	33%