

CONTEXTE MÉDICAL DECAZEVILLOIS

(texte de septembre 2018)

(réflexions jointes aux appréciations concernant l'action de Mr J-P PAVONE, lorsqu'il était directeur du CH de DECAZEVILLE)

Sans une présentation du **contexte médical decazevillois**, on ne comprend pas l'impression de **déclassement** et le **défaitisme** qui ont suivi la fermeture de la maternité, et qui ont **influé sur l'action du directeur**, Mr JP PAVONE.

Cette fermeture, trop médiatisée, a été vécue par le personnel soignant et l'ensemble de la population comme le premier temps d'un «**démantèlement**» de l'hôpital ; population qui a le souvenir de la fermeture des mines, de l'arrêt de la sidérurgie, mais qui s'est battue pour voir redéployée avec un certain succès, l'activité industrielle.

En perdant la maternité on savait que la **chirurgie avec hospitalisation allait être menacée** ; si en effet pendant des décennies on a conservé une **chirurgie relativement active donnant satisfaction** en orthopédie-traumatologie et en chirurgie générale viscérale, on n'a **pas développé dans notre bassin, faute de clinique privée, des spécialités chirurgicales** comme ORL, ophtalmo, de l'**endoscopie** etc. ; nos voisins immédiats : **Figeac, Villefranche de Rouergue, Rodez**, disposaient de **cliniques** qui ont certes toutes dû cesser leur activité, mais dont le quota de **chirurgiens et d'anesthésistes a pu être intégré aux hôpitaux** dans le cadre d'un **GCS** (groupement de coopération sanitaire) ; la **logique du paiement à l'acte** de ces médecins les a incités à gagner des «**parts de marché**», **notamment à nos dépens** ; **fuite de notre patientèle** par ailleurs favorisée par le «**turn over**» **de nos médecins**, qui, sentant notre fragilité, ont eu tendance à partir en des lieux à l'avenir moins incertain.

La menace sur la chirurgie avec hospitalisation a pour **corollaire une menace sur le service de soins continus**, deux structures qui paraissent essentielles à la **prise en charge des pathologies courantes** les plus fréquentes ; quelques exemples : impossibilité de mise en observation en milieu chirurgical pour syndrome douloureux abdominal s'il n'y a pas hospitalisation chirurgicale sur place, impossibilité de prendre en charge sur place la traumatologie courante comme les fractures du col du fémur qui ne peuvent relever de la chirurgie ambulatoire ; et en ce qui concerne les soins continus par exemple, difficulté de prise en charge sur place des troubles du rythme cardiaque courants ou de l'insuffisance respiratoire aigue passagère, qui ont été **pendant des décennies de notre compétence** et ont constitué notre **travail de fond** etc ; en l'absence de ces deux structures, le service des **urgences deviendra une zone de tri** où le premier souci du personnel sera d'obtenir **des places d'hospitalisation dans d'autres hôpitaux**, places qui fatalement manqueront ce qui aboutira à de graves dysfonctionnements dans la chaîne de soins ; la volonté de prendre en charge sur place la pathologie courante va bien sûr de pair avec le souci de faire bénéficier des soins modernes les mieux appropriés, en demandant des examens techniques spécialisés, en organisant au besoin des transferts secondaires

Dans ce contexte Mr PAVONE, d'abord absorbé pendant des mois par une **tentative de remise en place, sans succès, d'une équipe obstétricale**, s'est employé :

***A gérer le quotidien** avec en fond le spectre du **déficit**, ce qui veut dire retard de paiement des fournisseurs, plans de retour à l'équilibre ect..

***A lancer**

- le **CPP** (centre de périnatalité de proximité dont l'intérêt à long terme est évident, mais dont l'activité actuelle est réduite du fait de la concurrence exercée en ville par deux gynécologues et par des sage femmes libérales)
- un **pôle gériatrique** et une unité de **soins palliatifs** dans le cadre du service de médecine, tout à fait souhaitables ; mais aux dernières nouvelles, le gériâtre, gravement malade, n'a pas été reconduit dans ses fonctions

***A poursuivre** une structuration de la **chirurgie ambulatoire**, à développer **les consultations avancées**

***A essayer** de mener à bien le projet de **SSR de pneumologie** (projet qui nous était proposé par les autres membres du GHT mais qui nous paraissait improbable compte tenu du manque de pneumologues, et qui a été en fait confié au SSR les tilleuls de Ceignac)

Dans ce **contexte de défaitisme**, et d'ambiance de **de déclassement** le **reproche** lui a été fait par les syndicats de ne pas avoir réussi à **éviter le départ** de **cadres infirmiers** et de **médecins** et de ne pas avoir fait une priorité absolue du **maintien de l'existant** à savoir la chirurgie avec hospitalisation et les soins continus

Ces départs de médecins : un **chirurgien** pour Aurillac, un **anesthésiste** pour Villefranche, un médecin **interniste** pour Figeac qui, plutôt que de relever le défi de soutenir Decazeville, ont préféré assurer leur avenir ; sur des structures plus étoffées, ces départs auraient été des épiphénomènes, mais à notre taille, ils ont semblé sonner le **déclin, ce que population et syndicats refusent à un moment** :

où il y a la perspective d'accroissement important de l'activité industrielle,

où arrive une importante population à « fragilité sociale », venant profiter de logements vacants à bas prix ou envoyée d'office par la préfecture (des réfugiés notamment)

où **5 cabinets de généralistes vont fermer** d'ici la fin de l'année, sans remplaçants ; véritable «**Tsunami médical**» dont on n'a pas encore mesuré les conséquences et qui risque de décourager les généralistes restants, généralistes qui déjà menaçaient de partir si l'hôpital était une nouvelle fois déclassé .

Pensant que Mr PAVONE ne faisait pas le maximum pour sauver la chirurgie avec hospitalisation et les soins continus, les syndicats ont déclenché un **mouvement de grève**, grève non pour des avantages catégoriels, mais pour la survie de l'hôpital actuel; cette grève a été **«suspendue»** après une entrevue avec Mme CAVALIE présidente de l'ARS.

Mr PAVONE est en arrêt de travail depuis le mois de mai , le sous-directeur qui l'a remplacé à ce moment-là, Mr MARREC, pouvait éventuellement dire, lors d'une réunion dans le cadre du GHT, que, selon lui, le rétablissement financier de l'Hôpital passerait par l'évolution vers une chirurgie exclusivement ambulatoire, et la suppression des soins continus dans leur forme actuelle, mais il n'aurait pas dû ajouter que le personnel était d'accord pour cela, ce qui lui a valu de grosses difficultés..

Ceux qui connaissent bien le milieu decazeillois, et en particulier les généralistes, ne **croient pas que 80% de la chirurgie puisse être effectuée, à l'heure actuelle, en ambulatoire** ; la plupart des hospitalisés sont des patients relevant de la **gériatrie**, atteints de **polypathologie** ; il s'agit par ailleurs très souvent de **personnes seules** sans présence familiale lors du retour à domicile

En fait **il manque** en ce moment crucial pour **DECAZEVILLE, 2 ou 3 personnalités médicales** comme on en a eu dans les années 80, 90 et au début des années 2000, **décidées à relever le défi de promouvoir cet hôpital** et d'abord de le sortir de l'ornière ; je pense à des médecins notamment des anesthésistes, qui ont marqué les décennies 80 et 90 et le début des années 2000 en transformant un **hôpital moyenâgeux** en hôpital moderne ; il faut en effet savoir que jusqu'en 1979, on ne disposait pas de médecins anesthésistes mais seulement d'infirmiers anesthésistes, que toute la médecine était assumée par un médecin à temps partiel, rhumatologue ayant un cabinet en ville et de surcroît maire et conseiller général, alors que la population était plus importante. Bref nous sommes sortis du moyen âge pour en venir à un **hôpital général moderne**, tenant sa place d'hôpital de **premier recours**, en capacité d'assumer **le gros de la pathologie courante**.

Or, la population sent confusément que **ce rôle lui est disputé**, que dans les hautes sphères l'idée qui prévaut est que notre **bassin de population**, né lors de la révolution industrielle du 19^{ème} siècle, devrait **continuer à diminuer** et à la longue « s'éteindre », et que les hôpitaux voisins devraient absorber l'essentiel des patients ; d'ailleurs le directeur de l'hôpital de **Villefranche de Rouergue** avoue que son hôpital est **sur-dimensionné** ; effectivement son personnel et son budget sont plus du double des nôtres, alors que cet hôpital ne nous dépasse que de très peu en nombre de passages aux urgences ; notre zone **SMUR** est de l'ordre de **35 000 habitants** ; nous **restons un pôle industriel important, aujourd'hui en expansion**, apportant une relative prospérité dans les environs qui trouvent du travail chez nous (environs immédiats : Montbazens, Capdenac, Marcillac , Maurs et au-delà).

On a donc un **déficit structurel en offre de soins**, qui tient à l'histoire lointaine (absence de clinique notamment qui il y a quelques décennies étaient attractives pour chirurgiens et anesthésistes) mais aussi à l'histoire récente (dynamisme contesté par certains, mais en tout cas efficace pour son hôpital, de la direction de l'hôpital de Villefranche, cependant que chez nous était menée une gestion certes sans vague, mais sans ambition, ces vingt dernières années : on a par exemple récemment laissé fonctionner plusieurs années notre service de médecine avec un seul plein temps, généraliste, quand le service de Villefranche comptait une douzaine de médecins spécialistes ; un effort réel de recrutement n'a été entrepris chez nous qu'à l'approche de la limite d'âge de notre praticien

A cette **impression de déclasserment** s'ajoute la perspective de **crise majeure en médecine générale** , puisque après la fermeture sans reprenneur **de 2 cabinets** individuels il y a 2ans et 3 ans, laissant des milliers de patients sans médecin référent, ce sont **5 cabinets individuels qui vont fermer dans les 3 mois à venir**, toujours sans reprenneur à l'heure actuelle ; alors qu' à l'occasion du décès brutal d'un généraliste Villefranchois, l'émoi s'est emparé de la presse locale quant à la prise en charge de ses patients, chez nous pas un mot dans les médias ; la population n'en est pas moins inquiète et pense confusément que les pouvoirs publics devront bien faire quelques chose, mais quoi.. ?

DES PISTES POSSIBLES :

Le statut de ZRR (zone de revitalisation rurale) : C'est notamment dans cette sombre perspective de maillage sanitaire insuffisant que le maire, avec l'aide des parlementaires, a réussi à obtenir **ce statut de « ZRR »** : ce qui octroie, par exemple pour les nouvelles installations d'acteurs santé, un **statut fiscal particulièrement intéressant** comme l'absence d'impôt sur le revenu pendant 5 ans ; mais trouvera-t-on pour autant des généralistes assez courageux pour venir dans ce désert médical, et les **jeunes femmes généralistes** en place qui ont fait le pari de s'installer il y a une dizaine d'années, sans le moindre avantage fiscal, **auront-elles le courage de poursuivre ?**. Elles ont déjà clairement indiqué que cela dépendrait du niveau de l'hôpital, qu'elle ont connu « MCO : médecin chirurgie obstétrique », qu'elle ont vu passer « MC », et qu'elle ne voudraient pas voir terminer « M » exclusif avec surtout un grand pôle SSR.

Formulons le **vœu que ce statut ZRR se révèle attractif**, et le soit pour aboutir à des **installations durables**, et non à des installations passagères visant à profiter d'un effet d'aubaine.

Grace à cet avantage fiscal pourquoi ne pas envisager, si l'on ne réussit pas à recruter des médecins hospitaliers dans le cadre du service public, **l'installation de médecins libéraux travaillant à l'hôpital dans le cadre d'un GCS** (groupe de coopération sanitaire).

Autre piste : évoluer vers un **budget commun aux hôpitaux du GHT**, ce qui **éviterait une concurrence** entre établissements qui ont, en quelques sorte, une masse commune de soins à se partager, une sorte de quota de T2A non extensible, sauf à réduire le taux de fuite ; **un exemple** parmi d'autres **pour illustrer** l'effet d'un éventuel budget commun ; celui du praticien orthopédiste qui opère, sur le site de Villefranche, en chirurgie réglée de hanche et de genou, une majorité des patients du bassin ; s'il venait, en l'état actuel des choses, les opérer à Decazeville, il améliorerait nos finances mais pénaliserait celles de Villefranche, ce que sa direction pourrait lui reprocher ; une nouvelle organisation, avec un budget commun, pourrait réduire le **taux de fuite** de l'orthopédie vers ALBI ou vers le MEDIPÔLE de toulouse, etc. , **fuite bien plus importante** encore dans certaines spécialités comme **l'urologie, la cancérologie chirurgicale** ; fuite dont on était protégé autrefois par une sorte de sectorisation qui limitait la prise en charge des soins courants s'ils étaient dispensés hors de son secteur de résidence.

QUELQUES PROPOS GÉNÉRAUX SUR L'ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ

Une fraction de plus en plus importante de médecins en activité dans les hôpitaux, surtout dans les hôpitaux périphériques, sont des **intérimaires** qui veulent à **la fois les avantages des fonctionnaires** (garantie de travail, récupération après astreintes, etc.) et les **avantages des libéraux** : liberté de lieu d'exercice, liberté de choisir périodes de travail et de loisirs, maintenant liberté des prix, etc.

Est donc apparu un « volant » de plus en plus important de **médecins intérimaires, « remplaçants à vie »**, pouvant se permettre **d'aller au plus intéressant** en matière de dates, de situation géographique, de durée de travail, et surtout **au plus offrant** ; la loi de l'offre et de la demande actuellement en leur faveur aboutit à des dérives de tarifs **pénalisant les hôpitaux, surtout les hôpitaux petits et moyens, éloignés des CHU**, donc peu attractifs pour des installations durables, et qui fonctionnent avec un important quota de remplaçants.

Dans un registre analogue, on a le curieux statut de **« praticien clinicien »** qui ne devrait être qu'exceptionnel et passager et qui aboutit à de **gros écarts de rémunération** entre le bénéficiaire d'un tel statut et un jeune médecin, ancien chef de clinique, à priori très compétent, entrant dans la fonction publique hospitalière (écart pouvant aller de 1 à 3, **de quoi décourager les jeunes vocations**)

Imaginez **ce qui se passerait si dans l'enseignement, dans la police, aux impôts, à la poste**, un quart ou un tiers des professionnels étaient des intérimaires «volants», allant au gré de leurs désirs, de leurs loisirs, de leurs besoins financiers, où bon leur semble, au plus accueillant et si possible au plus offrant ; on aurait de vastes zones d'analphabétisme, des zones de non droit, des zones au courrier aléatoire...etc..

La **SANTÉ mérite**, autant que ces fonctions publiques essentielles, **un vrai maillage territorial** ; les pouvoirs publics seraient bien inspirés de limiter ces dérives sous peine de drames sanitaires. Des mesures viennent d'être prises, visant à limiter la surenchère des prix ; il faut poursuivre fermement dans ce sens sous peine d'avoir à passer brutalement d'une politique de la carotte à une politique du bâton ; dans l'immédiat pourrait se discuter, au terme des études médicales, une obligation temporaire de service public pour occuper les déserts médicaux... affaire à suivre.