

CÉRÉMONIE des VŒUX 2019 à l'HÔPITAL de DECAZEVILLE

(texte dont l'allocution s'est inspirée)

Formuler des vœux ici est **lourd de sens**, à un moment **aussi crucial** pour l'hôpital

Depuis mon engagement en politique et en qualité de délégué de la communauté de commune au conseil de surveillance, J'ai médité sur cet hôpital, sur son parcours, sa place, ses atouts et ses points faibles.

Convaincu que le passé explique le présent et peut éclairer l'avenir, permettez-moi de faire un bref **rappel historique**.

CES TROIS DERNIÈRES ANNÉES

Reportons-nous par exemple au début 2016 ; nous avons droit, comme la plupart des autres hôpitaux, à un plan de retour à l'équilibre, mais rétrospectivement on peut considérer cette **période comme relativement faste**, toutes proportions gardées :

3 nouveaux médecins étaient arrivés dans le service de médecine.

On avait **amorti le choc du départ de 2 anesthésistes**, la doyenne Mlle DIALA, qui terminait un cursus de 33 ans avait largement participé à transformer un hôpital à la traîne, à fin des années 70, en un hôpital général correct ; à la traîne, oui, quand on sait qu'avant elle et son collègue, JP Robert, il n'y avait pas d'anesthésiste à Decazeville, cette activité étant assumée par un infirmier... et je n'ai pas le temps de vous décrire le niveau du service de médecine...

Pour remplacer ces deux départs **on avait recruté** un titulaire, Mr KONATE qui faisait l'affaire et un solide remplaçant attitré, Mr POSTEL.

Donc tout n'allait pas si mal ; cependant, comme **ombre au tableau**, la chirurgie viscérale commençait à battre de l'aile après un accident dans lequel était impliqué Mr THOMSEN ; une expertise a eu lieu, son rapport qui n'a pas été largement diffusé, n'accablait pas outre mesure Mr THOMSEN mais c'était l'occasion, pour les experts diligentés par l'ARS, de **mettre le doigt sur** quelques dysfonctionnement, et notamment sur la nécessité d'avoir partout des binômes pour la continuité des soins, même si l'accident n'était pas dû à un problème de continuité des soins ; mais les experts en avaient profité pour faire aussi un rapport **sur la maternité** , qui était hors sujet en principe ; ceci laissait penser que la maternité était sur le gril et que **l'ARS attendait le faux pas** pour enfin la déboulonner.

Il faut savoir que 20 ans avant, était passé le directeur de l'ARH de toulouse, Mr PATIE, qui avait été houleusement reçu car il proposait la fermeture de la maternité et le passage à la chirurgie ambulatoire ; tout le pays s'était levé d'un seul bloc et il y avait eu une grosse manifestation avec le président du conseil général, et des dizaines de maires qui menaçaient de démissionner si ce plan était retenu ; l'ARH a rangé le chiffon rouge , a fait machine arrière et on a passé 20 ans sans histoire ; la chirurgie notamment marchait très convenablement et sans recours à des binômes, avec Mr SALHI qui avait une importante activité de traumatologie orthopédie et avec Mr GINESTE qui, avant son drame personnel, donnait satisfaction en chirurgie viscérale.

Mais en 2016 l'heure était venue de demander une nouvelle autorisation de 5 ans pour la maternité ; au passage devant la CSOS (commission spécialisée de l'organisation des soins), une **majorité des membres s'était abstenue** ; le résultat était qu'on serait reconduit pour 5 ans , à condition que, dans les 6 mois, on ait satisfait à un certain nombre d'exigences de l'ARS ; on était **donc en sursis** ; les 6 mois n'étaient pas tout à fait écoulés quand le 6 octobre 2016 est survenu le drame que tout le monde connaît, à savoir la mort d'une mère et de son enfant ; alors, interdiction immédiate de poursuivre l'obstétrique ; la communauté hospitalière a été abasourdie, et le sentiment prédominant a été que cette fois **l'ARS n'allait pas lâcher le morceau**, n'allait pas se priver de venir à bout de ce grand village qu'est le bassin, peuplé **d'irréductibles gaulois**, qui 20 ans avant avaient tenu la dragée haute à l'ARH.

Et lorsqu'il a fallu se représenter devant la CSOS, un an plus tard en juin 2017, pour statuer sur l'avenir de la maternité, **ceux qui s'étaient abstenus ont, cette fois, voté contre** ; ce n'était pas faute d'avoir « ferrailé » pendant une heure et demie ; la commission a été hermétique à nos arguments et d'ailleurs notre directeur de l'époque, Mr PAVONE avait les jours précédents, envoyé un mail indiquant qu'il ne réussissait pas à constituer une équipe au complet et donc qu'il ne pouvait pas respecter **les normes** ; il faut dire qu'au fil des ans, les normes s'étaient alourdies : 10 sages femme, 10 aide soignantes puéricultrices, 2 ETP (équivalent temps plein) obstétriciens à compétence chirurgicale 2 ETP pédiatres, de quoi faire 500, 700 accouchements ou plus.

UN CERCLE VICIEUX, SES CAUSES

Mais **pourquoi se battait-on avec la dernière énergie** pour cette maternité ? puisque que par exemple, à Figeac, la fermeture, si on fait abstraction de la gêne et de longs déplacements pour les parturientes, n'avait pas hypothéqué l'avenir de l'hôpital, au contraire même au plan financier, c'est parce que, **à juste titre, on craignait** que la fermeture n'aboutisse à un certain **démantèlement** de l'Hôpital ; ce qui était évident c'est qu'on n'allait pas pouvoir conserver l'Hôpital tel qu'on l'avait connu et que dès lors il allait y avoir **menace sur la chirurgie et sur les soins continus (notre « réanimation »)**.

Pourquoi ce risque évolutif, ce cercle vicieux, alors qu'il ne s'est pas produit chez d'autres ; parce que structurellement à Decazeville, nous avons **une chirurgie trop peu développée** ;

Pourquoi un tel déficit ?

Là aussi l'histoire nous éclaire : nous sommes **la seule ville de la région qui n'a pas eu de clinique** ; or jusqu'aux années 90 les cliniques ont été un facteur d'attractivité pour un bon nombre de spécialités chirurgicales : chirurgie orthopédique très spécialisée, l'endoscopie, l'urologie, mais aussi ce qu'on peut qualifier de petite chirurgie l'ophtalmo, l'ORL, la stomato, la thyroïde ; tout ceci était effectué pour l'essentiel dans les cliniques ; en quelque sorte **aux hôpitaux, les patients lourds, âgés, polypathologiques**, relevant de séjours prolongés, et aux cliniques les actes chirurgicaux plus simples, plus focalisés, ambulatoire ou avec hospitalisation brève, donc **beaucoup de T2A** (tarification à l'activité) ; néanmoins du fait du système de prise en charge par Sécurité Sociale du secteur privé, les cliniques se sont presque toutes trouvées en difficulté financière et beaucoup, comme chez nous, ont dû déposer leur bilan ; à Toulouse toutes les cliniques sauf la clinique PASTEUR, ont été reprises par des capitaux étrangers, notamment suédois (CAPIO) ; **chez nous, l'activité a été reprise par les hôpitaux** : Villefranche avec la clinique Saint Alain a « donné le la », puis Figeac et Rodez ont suivi ; ces hôpitaux ont eu **l'intelligence d'intégrer la plupart des chirurgiens et des anesthésistes**, plutôt que de les voir quitter la région, tout en leur laissant pratiquer une médecine libérale, privée, à l'intérieur de l'Hôpital, dans le cadre de GCS (groupement de coopération sanitaire).

Leur rétribution est liée au niveau de leur activité ; ceci s'est produit à un moment où la donne de la démographie médicale s'inversait, à un moment **où la denrée qui allait devenir rare était celle des médecins** ; dans les années 70/80, on se battait pour avoir sa place par concours dans les hôpitaux, ou bien on trouvait une place en clinique en apportant des capitaux ; la concurrence était féroce ; pour le remplacement d'un médecin de la mine, en 79, il y avait eu 130 candidats ; idem en 1980. Maintenant ce sont les hôpitaux et les cliniques qui font la démarche de trouver des médecins.

Pour vivre convenablement, ces **libéraux autrefois en clinique, puis intégrés à l'hôpital**, mais toujours payés en fonction de leur activité, ont progressivement gagné des « parts de marché » dans **notre clientèle chirurgicale**, et leurs hôpitaux ont augmenté leur T2A à nos dépens (chirurgie viscérale à Villefranche et Rodez, orthopédie à Villefranche, ORL à Villefranche et Figeac, ophtalmo idem ; ceci s'est encore accentué depuis nos déboires, du fait de multiples défections dans nos rangs

(J'avais surpris la commission à Montpellier quand j'avais indiqué que nous étions entourés par 3 hôpitaux semi privés en matière chirurgicale , je leur avais fait la démonstration ci-dessus).

LE DÉFAITISME

Chez nous lors de la fermeture de la maternité **il aurait fallu avoir sous la main 2 ou 3 fortes personnalités** médicales, ayant le **goût du défi** à relever ; à l'inverse, **c'est un sentiment de défaitisme** qui a prévalu ; il aurait fallu aussi **des trésors de diplomatie** pour retenir les médecins et les cadres retants ; c'est un euphémisme de dire que ce ne fut pas le cas, au contraire ; on pense d'abord à un anesthésiste parti à Villefranche etc.. on regrette aussi le départ du Dr MELLIANI en médecine, reparti à Mayotte, mais ce repli était prémédité de longue date.

Et voici les résultats : au 31/12/19 **la chirurgie viscérale avec hospitalisation, vient de s'arrêter** ; le service de **soins continus** doit se replier, **s'adosser aux urgences** ; un monde s'en est allé au moins pour le fonctionnement de la chirurgie et pour le fonctionnement des soins continus, tel qu'on les a connus. Le déficit cumulé de l'hôpital est très important.

LE SURSAUT

Au total, pour paraphraser un homme célèbre, disons que si **on a perdu une bataille**, on n'a **pas perdu la guerre** ; notre radeau de survie, notre Angleterre de 1940, pour nous, c'est **le GHT**, (le groupement hospitalier de territoire) ; par cette organisation, nous sommes dans le « même bateau » que Rodez et Villefranche et c'est dans **ce cadre-là** qu'il faut envisager, d'abord notre maintien et puis, notre développement futur ; **ce futur, il est à inventer puis à construire**.

Nous allons **sortir d'une logique de concurrence pour entrer dans une logique de coopération** entre 3 hôpitaux généraux qui ont dorénavant leur sort étroitement lié : Le **recrutement** des médecins se fait au nom du GHT, ces médecins sont censés travailler, au besoin, sur plusieurs sites ; des **consultations avancées** de spécialité sont depuis longtemps présentes, elles sont en train de monter en puissance ; enfin le GHT va permettre de développer la **chirurgie ambulatoire**.

LES VŒUX

Formulons le vœu que **cette adaptation**, qui sera en fait une **véritable mutation**, rendue obligatoire par les faits et par le regroupement, sera une **renaissance réussie** ;

on ne doute pas de la forte **implication de tout le personnel**, qui a beaucoup de mérite par les temps qui courent.

*Formulons aussi le vœu que la **population du bassin** et les **médecins prescripteurs**, percevront cette mutation comme **un renouveau** et non comme la poursuite d'un déclin irréversible et qu'ils auront recours à notre **nouvelle offre de soins** ; leur **confiance** est essentielle au maintien et au progrès de cet établissement.*

POUR CONCLURE :

*Notre bassin en a vu bien d'autres : fermeture des mines dans les années 60, 2 000 emplois industriels supprimés en 87 dans la sidérurgie métallurgie ; il a malgré tout conservé la **fibre industrielle** ; une **redéploiement** est en train de se faire jour, avec par exemple une perspective de fort développement de la SNAM ; c'est une bonne chose au moment où les pouvoirs publics se rendent compte que notre pays ne s'en sortira pas par seulement des services et une agriculture potentiellement riche, mais qu'une **ré-industrialisation** est nécessaire à notre survie, et d'abord à notre désendettement.*

*Notre bassin a un **passé glorieux**, il **a beaucoup donné** au pays pendant près de 2 siècles, il est **capable de faire encore beaucoup** pour la prospérité locale et nationale, et en retour nous ne voudrions pas être rétrogradés au stade d'hôpital-hospice local.*