

*A) Il faut **d'abord maintenir l'existant** pour notre sécurité et pour l'avenir économique de la région*

- **Un service d'urgences performant** , ce qui a comme corollaire le maintien de **l'unité de soins continus** et de la **chirurgie avec hospitalisation**
- La prise en charge en services de médecine et de chirurgie du plus **gros de la pathologie courante** , prise en charge comportant une **organisation en réseau** avec les hôpitaux voisins et le CHU ou des cliniques, pour des actes techniques très spécialisés
- Dans les **soins courants, la maternité de niveau 1** a sa place

B) Le développement du pôle SSR (soins de suite et de réadaptation) et la création d'un pôle de GERIATRIE : sujets qui devraient poser moins de problèmes et qui ne seront pas développés dans ce texte

Urgences - Chirurgie

Principe de base : nous ne sommes **pas des sous-citoyens** et nous ne devons **pas être victimes d'une perte de chance** en matière de santé, et d'abord en cas d'urgence vitale.

C'est pour cela qu'il est fondamental de **conserver un service d'urgences performant, recruteur essentiel** de l'hôpital, et qui soit en état d'assumer les urgences médicales et chirurgicales ; notre **zone SMUR fait 40000 habitants** , la population relevant de notre maternité est de **70000 habitants** l'hôpital est donc l'épicentre d'une grande masse de population dont on ne veut pas qu'elle aille surcharger les urgences de Rodez de Villefranche ou de Figeac ; pour cela il ne doit **pas s'agir d'urgences au rabais**, incapables de prendre en charge des urgences vitales ne tolérant pas de délai comme dans le domaine **cardio vasculaire** ou **respiratoire** et dans le domaine général des **accidents** qu'ils surviennent sur la route, dans les usines, ou à la campagne .

A défaut d'un tel service toute cette **population serait tributaire de transferts longs, au minimum inconfortables, souvent dangereux, et par ailleurs coûteux** ; notons que les transferts secondaires se font très souvent par hélicoptère dans le but d'augmenter la disponibilité du personnel du SAMU ; mais le délai d'intervention peut être long ; la météo peut ne pas convenir en particulier la nuit ; si, faute d'urgences vraies disponibles chez nous, on y recourait plus souvent encore, les délais d'intervention s'allongeraient sans parler du coût qui deviendrait prohibitif, sans parler du stress, de l'impossibilité de faire une vraie réanimation en vol etc..

Des Urgences vraies

Ce sont d'abord des **urgentistes disponibles** (au minimum 2 en permanence car il faut une permanence à l'hôpital en cas de sortie de l'un des deux sur le terrain

C'est la **disponibilité 24h/24 d'anesthésistes réanimateurs** et de **chirurgiens** et non une disponibilité qui irait de 8 ou 9 h du matin à 18 heures pour assurer de la chirurgie ambulatoire (alors, à 18 h , « les lumières s'éteignent », les patients sont repartis ; il n'y a plus d'anesthésiste d'astreinte .

Si cette chirurgie ambulatoire est à développer dans quelques pathologies comme nous le faisons déjà pour la chirurgie veineuse ou dans certains cas de chirurgie biliaire, elle n'est possible que sur

une patientèle bien ciblée, bien entourée lors du retour à domicile et ne peut pas être mise largement en œuvre sur notre population âgée et souvent isolée.

Une fois l'urgence assurée sur place, on peut être amenés à effectuer un **transfert secondaire** pour des raisons d'**équipement technique particulier** qui peut aller de pair avec une **compétence médicale précise** ; on peut multiplier les exemples d'une **organisation intelligente en réseau** ; je pense par exemple au cas très courant d'un accident cardiaque coronarien aigu, géré immédiatement sur place, et suivi d'un transfert à RODEZ pour coronarographie, examen très souvent suivi d'angioplastie (traitement par cathétérisme d'un rétrécissement ou d'une occlusion d'artère coronaire) ; ce transfert s'est fait durant des décennies sur Toulouse et depuis une dizaine d'années, se fait le plus souvent sur RODEZ. *

Tout en participant à cette organisation intelligente en réseau, nous devons **tenir toute notre place pour le plus gros de la pathologie courante**, le plus gros des besoins basiques ; qui dit pathologie courante ne veut pas dire pathologie anodine loin de là, et surtout pas banale pour quelqu'un qui souffre, qui est angoissé et qui préfère rester près des siens à condition de se sentir en milieu compétent : c'est d'abord un **gage de prise en charge rapide**, sans perte de temps ; souvent cette prise en charge se solde d'ailleurs par une mise en observation avec retour à domicile au bout de quelques heures ou de quelques jours, mais une mise en observation n'est pas faisable dans un service de soins ambulatoires.

Il s'agit là, tout banalement, **du fonctionnement de notre hôpital général tel qu'il existe** jusqu'à maintenant ; or, tout cela nous est terriblement discuté et disputé par la tutelle d'abord parce que nous sommes relativement **déficitaires en médecins** : en effet, alors que nous avons très peu de médecins libéraux intégrés à cet hôpital et seulement à temps partiel, nous sommes **entourés de trois hôpitaux** (Rodez, Figeac et Villefranche) ; qui ont absorbé les cliniques qui les concurrençaient et ont donc intégré les **chirurgiens et anesthésistes** qui y travaillaient ; c'est ainsi que l'hôpital de Figeac, longtemps en difficulté, a vu arriver les divers chirurgiens de spécialité et les anesthésistes dont la clinique était dotée, alors que **Decazeville, faute de secteur d'hospitalisation privée dans le passé a toujours été sous-dotée en spécialités chirurgicales spécifiques comme l'ophtalmo, l'ORL, l'urologie etc..** et a « tourné » avec un ou deux orthopédistes, et un chirurgien « généraliste » faisant en pratique la chirurgie viscérale Nous avons de bons orthopédistes, mais dont l'activité se concentre sur la traumatologie parce que la chirurgie réglée, (à froid, sans urgence,) se fait ailleurs, *en particulier à Villefranche où un orthopédiste de la clinique, maintenant intégré à l'hôpital a, au fil des ans beaucoup développé sa clientèle, notamment à nos dépens ; Mettez-vous à la place de patients qui ont une perspective de chirurgie non urgente : ils glanent des renseignements parmi leurs connaissances, ce qui les incite à aller voir un tel pour la hanche, tel autre pour la chirurgie urologique .. etc....; pour nous donc il n'est pas évident de tourner à plein régime ; or, sur place, deux orthopédistes sont pourtant nécessaires pour assurer l'urgence ; il faudrait qu'il réussissent à gagner des « parts de marché »...on peut être choqué par une telle expression, par cette façon de qualifier et de gérer l'offre de soins, mais la tutelle nous a conduits à raisonner en termes comptables dans le domaine de la santé avec le système de financement des hôpitaux lié à l'activité, le système T2 A.*

Nous avons fonctionné avec un seul chirurgien de chirurgie viscérale ; la tutelle conteste ce mode de fonctionnement et nous en impose 2 car elle estime qu'il existe un problème de continuité des soins si l'on fonctionne avec des remplaçants (problème du passage de témoins entre le titulaire et son remplaçant lors des congés par exemple ou lors de simples week ends) ; donc, il faut **être en mesure de rentabiliser des binômes** ce qui dans le contexte actuel n'est pas aisé.

En résumé, **pour notre sécurité et notre confort minimal, il nous faut conserver une vraie chirurgie**, en dépit des difficultés qu'il y a à la « rentabiliser » **un vrai pôle d'anesthésie – réanimation avec service de soins continus.**

Maternité :

Quant à **la maternité** il tombe sous les sens que dans la mesure où celle de FIGEAC a disparu, la fermeture de celle de Decazeville entraîne un **désert obstétrical** ; imaginez le quadrilatère avec comme ligne nord **Brive-Aurillac** et comme ligne sud **cahors Villefranche rodez** ; rien au centre de ce quadrilatère, enclavé, où les distances se mesurent en temps sur routes difficiles et non en kilomètres ; **c'est alors l'urgence obstétricale qui n'est pas assumée** avec le risque d'accoucher dans sa voiture ou celle des pompiers ou de l'ambulancier, ou bien , et c'est un progrès, aux urgences de DECAZEVILLEce qui s'est déjà produit à 3 reprises avec l'assistance d'un personnel non formé à l'obstétrique ; et à 11 reprises déjà des transferts médicalisés urgents de parturientes ont dû être effectués sur Rodez.

En ce qui concerne **la maternité**, nous avons été « **taclés** » sur **un accident qui aurait pu survenir n'importe où ailleurs** comme il en arrive malheureusement des **dizaines par an en France** ; l'ARS en a profité pour brandir le spectre de la sécurité, non assurée selon elle, sur le papier ; sous ce prétexte de sécurité se cache en fait un problème budgétaire et de disponibilité de spécialistes ;

On impose aux maternités des **normes de sécurité** telles qu'elles fragilisent, pour ne pas dire condamnent les structures telles que la nôtre ; de telles normes peuvent se concevoir dans les grandes concentrations de population où la mutualisation des moyens est heureuse , quand on sait que l'activité d'obstétrique est sans trêve de nuit , de week-end..de vacances... les normes devraient être différentes dans les zones enclavées comme la nôtre.

Les **normes de base actuelles** sont prévues pour assumer au minimum **500 à 600 accouchements** par an , seuil à partir duquel une maternité ne perd pas d'argent : *il y avait 9 sage femmes à Decazeville ;.. dont 8 ETP (équivalents temps plein) lorsque l'accident s'est produit ; il faut plusieurs obstétriciens, des pédiatres etc...*

Les Moyens, nos points faibles :

nous manquons de médecins **

A Decazeville, 3 postes d'**anesthésiste** sont ouverts , 2 sont pourvus dont l'un par une retraitée , le 3^{ème} poste est occupé par un remplaçant

Par ailleurs, on manque de **spécialistes ayant une activité chirurgicale**, comme **ophtalmo ORL, urologue à demeure** effectuant de la chirurgie sur place , un **chirurgien vasculaire** faisant sur place des angioplasties ou des pontages, ...etc..... deux urologues et la chirurgien vasculaire font des consultations avec actes diagnostic et de la chirurgie ambulatoire, mais pas de chirurgie avec hospitalisation.

Or, **si on perd la maternité** qui occupe beaucoup les anesthésistes (péridurale pour accouchement)et **si la chirurgie ne se développe pas** on risque de voir **réduire les postes d'anesthésiste** ; dès lors **les soins continus et la chirurgie avec hospitalisation** seront menacés

La perte de la maternité , outre le désert obstétrical qu'elle créerait, risque donc fort de compromettre l'offre médicale en général sur l'hôpital de Decazeville, donc pour une zone SMUR de 40000 habitants, et une Zone obstétricale de 70000 ; potentiel de patientèle que les voisins vont récupérer , au détriment non seulement de l'offre de soins de proximité , mais aussi au détriment de notre sécurité du fait des délais , de l'insuffisance de prise

en charge de certaines urgences vitales qui ne tolèrent aucun délai...etc..de l'encombrement déjà évident des urgences,

Il nous faut :

Des médecins et chirurgiens qui prennent en charge **le plus gros de la pathologie courante** ; notre pyramide des âges s'accommode mal de soins qui se voudraient essentiellement ambulatoires ; on a **beaucoup de polypathologie** ; la plupart des patients sont **âgés**, beaucoup d'hospitalisés ont entre 75 et 90 ans-95 ans et sont porteurs de 2, 3, 4... pathologies ou plus ; donc **médecine complexe, patients lourds à gérer** ; il faut être d'un **haut niveau de compétence, ne pas compter son temps faire intervenir en équipe les divers spécialistes** ;

A ce type de patientèle, vous ne pouvez pas, dès lors qu'arrivera le soir, que les opérés ambulatoires, les chirurgiens, les anesthésistes seront repartis chez eux, **imposer de longs déplacements, risqués, coûteux, vers les urgences de Rodez, Villefranche ou Figeac**, suivis de longues heures d'attente aux services d'urgence dès lors embouteillés et tout ceci pour des examens qui n'aboutiront le plus souvent qu'à une **mise en observation temporaire** ;

on peut prendre **l'exemple quasi quotidien d'un syndrome douloureux thoracique** : toute une logistique est nécessaire pour ne pas perdre un **temps éventuellement précieux** : examen sans délai de *l'urgentiste*, avis éventuel d'un *cardiologue*, aide de la *biologie* qui doit répondre 24h/24 24h/24..*radiologie- scanner*, tout cela doit être **rapidement disponible**, tout en sachant qu'on conclura souvent à quelque chose de bénin, mais qu'assez souvent aussi il sera nécessaire de contacter Rodez où, dans un délai et des conditions de transport négociés, on va transférer le patient.

Quand arrive un **Syndrome douloureux abdominal**, il faut un *chirurgien* disponible pour l'examiner, bien sûr un *examen biologique*, éventuellement un *scanner* ; tout cela doit être fait sur place et s'il faut opérer, faire intervenir dans la mesure du possible le chirurgien viscéral local, sauf pathologie très particulière ou indication d'une technique très particulière dont on ne dispose pas, auquel cas on transfère, on « passe la main ».

En guise de CONCLUSION provisoire

Il faut **donc avoir accès à des soins de première nécessité**, de **qualité, dignes du 21^{ème} siècle** ; en cas d'accident grave dans les usines (qui pour les plus importantes, fonctionnent la nuit), tout le personnel utile doit être rapidement mobilisable ; de même pour tous les types d'accidents (de la route, domestiques, agricoles).

La santé c'est une chaîne de soins, et le maillon de Decazeville est vital ; notre population paie des impôts comme partout ailleurs, elle participe à la prospérité de la France car ici **on a encore une industrie** dont le maintien et l'essor seront hypothéqués par le déclassement de l'hôpital ; la richesse d'un pays avancé comme le nôtre ne dépend pas que des services comme on a tenté de nous le faire croire, mais d'abord des biens de consommation qu'il produit, industriels, artisanaux, agro-alimentaires ; notre avenir dépend de tous ces produits à forte valeur ajoutée, si nous voulons avoir les moyens d'acheter ce que nous avons cessé de produire (vêtements, chaussures ..etc...électronique grand public etc.).

Le bassin a beaucoup fait pour la prospérité de notre pays, à l'époque des mines, à l'époque des débuts de la sidérurgie industrielle ; n'oublions pas que nous sommes un des berceaux de la révolution industrielle, que par exemple beaucoup de rails de chemin de fer, au XIX^{ème} siècle, sont sortis de Decazeville.

Et pour terminer, permettons-nous un **cocorico local** en évoquant la **prise en charge des maladies cardiaques** plus particulièrement des maladies coronaires, responsables de l'infarctus du myocarde ; une révolution à retombées mondiales a été apportée, à partir de 1986 par un

aveyronnais, hélas prématurément disparu en 1988 ; il s'agit de Jacques Puel dont l'hôpital de Rodez porte le nom ; il a le premier dans le monde, implanté dans les artères coronaires, des prothèses, que l'on appelle « Stent » ; il s'est agi d'une avancée majeure qui a révolutionné le traitement des artères coronaires malades, en particulier lors des accidents aigus comme l'infarctus ; il a pris à l'époque beaucoup de risques ; ce sont maintenant plusieurs millions de patients dans le monde qui bénéficient chaque année de cette avancée technique

Mais, ce que vous ne savez peut être pas c'est qu'il a, pour se lancer, reçu l'aide décisive d'un pionnier de cette technique, qui avant Jacques PUEL, avait traité avec ces fameux stents, fabriqués à l'origine par des suisses, d'autres artères que celles du cœur ; ce pionnier, non connu du grand public, non médiatisé, mais très connu dans le milieu de la radiologie interventionnelle, c'est un DECAZEVILLOIS, un certain FRANCIS JOFFRE, professeur de radiologie au CHU de Raugeil, maintenant à la retraite, et qui n'est autre que le fils du Dr André JOFFRE autrefois radiologue à DECAZEVILLE en ville et dans notre hôpital, jusqu'en 1980

Non, dans le bassin de DECAZEVILLE, nous ne sommes **pas des sous-hommes** ; nous pouvons être **fiers de notre passé** et nous **voulons avoir un avenir** ; les médecins, les sage femmes, les infirmières et infirmiers, les aide soignants ont les mêmes diplômes qu'ailleurs, et ils exigent d'avoir les mêmes moyens qu'ailleurs pour que l'on puisse naître, vivre dignement se soigner, et vieillir dans notre belle région

* *il s'agit d'une adaptation intelligente de l'offre de soins à l'évolution des techniques; il est déjà remarquable que RODEZ puisse rendre ce service, Aurillac n'assure la même chose que depuis 3 ou 4 ans, et transportait ses urgences à Clermont-Ferrand*
De 1977 à 1985 on a traité les infarctus du myocarde de manière traditionnelle, il a fallu attendre l'arrivée d'anesthésistes à Decazeville à partir de 1979 (seulement des infirmiers anesthésistes jusqu'alors ! : le « moyen âge ») pour mettre en place un service de soins continus ; la prise en charge a évolué vers 1985 avec la généralisation de la fibrinolyse, c'est-à-dire une sorte de « dissolution » du caillot responsable de l'infarctus du myocarde, avec transfert les jours suivants sur Toulouse ; depuis 10 ans, l'angioplastie en cas d'infarctus, est effectuée bien plus précocement et avec beaucoup moins de risque depuis l'utilisation presque constante de stents (endoprothèses coronaires)

L'évolution thérapeutique qu'on a connue en cardiologie pour les infarctus va être vécue en neurologie pour les AVC, ce qui va demander une autre organisation en réseau, elle aussi très lourde, mais dont on escompte des résultats spectaculaires

** **Or nous manquons ici de médecins, ***** au moins en dehors des grandes villes, ceci du fait du numerus clausus et de la nouvelle sociologie médicale ; le numerus clausus avait pour but de réduire l'offre de soins pour faire des économies ; il a été partiellement relâché mais cela met 10 ans en moyenne à donner un résultat et d'autre part les médecins formés viennent peu en périphérie pour diverses raisons

- *Ils ne veulent pas travailler comme leurs aînés, et veulent avoir des loisirs, première raison d'opter en priorité pour les grandes villes*
- *2^{ème} raison : la profession médicale s'est fortement féminisée (au moins à 70%) ; le schéma du médecin homme travaillant 50 à 60 h par semaine, toujours disponible y compris le Week-end, et épaulé par sa compagne pour l'intendance, ce schéma-là est révolu*
- *On voit donc s'installer en majorité des femmes qui ne veulent pas d'un plein temps mais veulent au moins 3 jours de relâche par semaine, pour s'occuper de leur famille, ce qui est louable ; elles ont le plus souvent un compagnon non médecin, le plus souvent diplômé de l'enseignement supérieur, qui aura beaucoup plus de chances de trouver un emploi lui convenant en grande ville que dans notre région, région orientée vers l'industrie plutôt que vers les services et où l'offre de postes d'ingénieurs est limitée ; cette attractivité pour une certaine civilisation des loisirs intéresse maintenant les médecins hommes (travail universitaire du Dr Fanny MORIN).*

Voilà quelques explications au défaut actuel d' **attractivité** ; on va avoir du mal à convaincre des Ophthlmo, ORL..femmes à s'installer à Decazeville avec possibilité d'opérer à l'hôpital ; même une ville comme RODEZ a du mal à recruter dans la nouvelle activité de l'hôpital de rodez qu'est la cardiologie interventionnelle ; cette activité fonctionne essentiellement avec des médecins algériens et marocains formés dans cette spécialité à Toulouse ; cette amélioration importante de l'offre de soins en cardiologie dans le département n'est possible que par l'intervention à l'hôpital d'un certain nombre de cardiologues libéraux dans le cadre d'un GCS (groupement de coopération sanitaire).

Pour modifier ces flux de médecins, pour limiter les difficultés de recrutement, il faudrait que l'état prenne des mesures ; on en est au stade des mesures incitatives mises en jeu surtout par les collectivités territoriales (mise à disposition de local de consultation dans les petits bourgs, maison de santé pluridisciplinaires en ville) mais il devra peut-être en venir un jour à des mesures coercitives pour pouvoir, pour « mailler » toutes les régions ; autre mesure coercitive possible : limiter dans la durée la « profession de remplaçant », qui s'exerce souvent à vie, et qui, du fait des difficultés de recruter, est devenue particulièrement lucrative ; les remplaçants profitent du déséquilibre entre offre et demande et ils imposent leurs conditions qui peuvent atteindre des proportions inimaginables il y a quelques années ; ils sont surpayés pour le travail rendu c'est ainsi qu'en 5 ou 6 jours ils empochent autant qu'un médecin plein temps en un mois : les « denrées » les plus rares, donc les plus chères sont l'anesthésiste réanimateur et l'obstétricien, spécialités « peu courues » en raison du risque médico-légal.

Beaucoup de mesures ont été prises et imposées sans en avoir imaginé et mesuré les conséquences ; entre une astreinte où le médecin a été effectivement actif 24 h durant et où la récupération est une mesure de sécurité et une astreinte pendant laquelle il est possible de se reposer normalement , l'administration ne fait pas de distinguo : 2 jours ainsi et on considère que vous avez effectué une semaine de 48 h ; on va « mourir » de règles trop rigides, on peut appeler cela la maladie des normes qui dans le cas particulier aboutissent au but recherché en matière de petites maternités : leur disparition ; l'ARS avait été contrariée au printemps 2017 de nous lâcher encore une fois 5 ans d'autorisation , assortie bien sûr de beaucoup d'obligations pour essayer de nous décourager et que l'on était en train de mettre en œuvre ; c'était une sorte de sursis, vous comprenez pourquoi elle a saisi l'occasion de stopper notre activité, tout en enclenchant un battage médiatique indécent, un lynchage médiatique.

Actuellement les normes sont telles que si je devais refaire ce que j'ai fait des centaines de fois sur 20 ans, grâce au service de soins continus et à la présence d'anesthésistes , à savoir de **la fibrinolyse pour traiter en urgence l'infarctus** du myocarde , avant que Rodez ne soit équipé pour assumer ces urgences , l'ARS ne m'autoriserait probablement pas ; sur le papier, cela ne marcherait pas, il faudrait un réseau minimum de 2 ou 3 cardiologues, si possible à temps plein, et tout un organigramme, avec protocoles etc. j'ai la prétention d'avoir rendu service à la population ; mais l'évolution administrative est telle que l'on préfère interdire une activité plutôt que de la voir s'effectuer avec des moyens locaux ne respectant pas les normes établies en haut lieu

Dans la mesure où on conserve des soins continus et donc une présence d'anesthésistes réanimateurs, on est **autorisé à faire des épreuves d'effort à visée cardiaque**, et ce depuis 30 ans (près de 10000 épreuves sans incident), pour cela on dispose d'une liaison directe avec le service des urgences pour le cas où un incident surviendrait ; un essai de ce lien par sonnette spéciale est effectué avant chaque séance , ainsi je sais que je peux compter sur l'arrivée immédiate du service des urgences et sur l'appel possible à l'anesthésiste-réanimateur d'astreinte ; voilà un exemple d'activité qui pourrait remis en question si notre hôpital était « déclassé ».