

La Motte Chalancon, mardi 26 mai 2009

Dr BOYER Frédéric,
Place de l'amitié.
26 470 La Motte Chalancon.
26 1 025 56 3.
Tel/Fax : 04 75 27 20 26.

Monsieur, Mesdames,

Médecin rural de 40 ans installé dans un petit village depuis plus de 10 ans à l'H30 du SAMU et des hôpitaux, je tiens à vous faire part de mon indignation concernant le projet de loi HPST.

Bien que comprenant les motivations politiques en de nombreux points, ceux-ci ne sont ni en adéquation avec la réalité du terrain, ni avec l'évolution des mentalités.

L'évolution des mentalités au sein même de ces populations rurales n'est jamais prise en compte. Et pourtant, quand je me suis installé, il y a dix ans, malgré les tentatives de dissuasions de mes amis carabins de l'époque, c'était bien dans l'esprit de devenir ce dont j'avais toujours rêvé : un véritable « médecin de famille ».

On insiste régulièrement sur le changement de mode de pratique des médecins mais il n'est jamais fait état de l'évolution de mentalité des populations qui n'est plus compatible avec l'exercice de la médecine de famille.

Et pourtant :

Il y a dix ans, je faisais régulièrement les suivis gynécologiques des femmes, parfois des suivis de grossesse, souvent le suivi des enfants.

Les hommes consultant moins, on ne les voyait qu'aux alentours de la cinquantaine pour leur infarctus ou à l'occasion de blessures diverses.

Le monde moderne, relayé par la presse féminine, est passé par là et, de nos jours, les suivis gynécologiques et de grossesse se font par les gynécologues tandis que les pédiatres s'occupent de nos chérubins. Il ne reste plus au généraliste que les urgences et les problèmes survenant la nuit et les jours fériés.

Outre la baisse d'activité, il est devenu particulièrement désagréable de ne travailler que lorsque les spécialistes ne sont pas accessibles. La motivation n'est plus la même quand il s'agit de se lever à deux heures du matin pour aller voir le petit dernier que l'on ne connaît pas; cela paraît évident.

Si la véritable médecine de famille se meurt, l'évolution des mentalités des populations en est en grande partie responsable.

Les zones rurales sont des lieux à fort taux de résidence secondaire. La mise en place de la philosophie « médecin traitant » a considérablement amputé le revenu des médecins locaux tiré de cette population. On renouvelle son traitement avant d'aller passer deux à trois mois sur son lieu de résidence secondaire, même si ce n'était pas encore le moment. Parfois, certains retournent même sur le lieu de leur résidence principale le temps du renouvellement. Là encore le médecin du village ne sert qu'à assurer « l'urgence » vis-à-vis de patient qu'il ne connaît plus.

La loi HPST est un véritable paradoxe. Il est juridiquement préférable de fermer nos hôpitaux de proximité car ils constituent une « perte de chance ». En effet, ils ne disposent pas du plateau technique optimal, les chirurgiens ne font pas suffisamment d'interventions et les gynécologues pas assez d'accouchements pour être compétents. Mais alors, que dire du médecin généraliste d'un petit village qui prend en charge cinq infarctus et une dizaine d'accidents de la circulation graves par an ? Qui ne dispose pas de radio, pas de laboratoire d'analyse et même plus de médicaments depuis la suppression de la pro-pharmacie ? Pourquoi ce qui n'est plus concevable pour une

structure publique devrait être l'essence même d'un « privé » ?

A l'époque ou pour des raisons évidentes on ne trouve plus de remplaçant, il nous faudrait informer nos instances supérieures (ARS ? ARH ?) de nos congés ?? Quitte à se voir réquisitionné en cas de carence de médecin sur un secteur ? Je suis d'astreinte 24H/24 une nuit sur 3, 1 WE et jour férié sur 3. Je m'accorde allégrement une semaine de vacance en hivers et deux en été (3 semaines par an). Je préviens donc le conseil de l'ordre en cas de contrat de remplacement et si un jour je n'en ai pas, je préviendrais le SAMU que mes gardes ne seront pas assurées. Il est hors de question de prévenir une autre instance étatique inutilement inventée au risque de devoir me faire réquisitionner... Et perdre les acomptes de mes réservations !

Les mesures visant à mettre un terme à la liberté d'installation risquent d'être particulièrement délétères. Au bout de quelques années, le prix de « revente » des cabinets médicaux des zones « pléthoriques » donc attractives risque de flamber. Je surveille personnellement de très près cette éventualité car, afin de me garantir un petit pécule lors de mon départ en retraite, il me faudrait abandonner très rapidement mon cabinet pour en créer un en région niçoise. Par ailleurs la mesure serait inefficace car les jeunes médecins préféreraient travailler en salariat le temps qu'un cabinet se libère plutôt que de « s'investir » dans des zones déficitaires.

Bien sur, il eut un temps où les municipalités prévoyaient de se retourner vers les pays de l'est pour faire venir un médecin dans leur village. Beaucoup ne travaillaient pas suffisamment et sont retournés chez eux où vers une offre plus alléchante. Et on ose crier au scandale vis-à-vis de ces médecins roumains qui ne sont pas honnêtes de ne pas rester après leur avoir remis à neuf un cabinet et offert des loyers ? Honnêtement, le plus gros des scandales est d'avoir été puiser une ressource dans un pays qui a investi pour former ces médecins qui lui manquent cruellement par la suite. Politiquement correct ?

La fameuse « taxe BACHELOT » si elle voit le jour sera une ineptie supplémentaire. En effet, d'une part les médecins des zones « surdotées » ont leurs cabinets déjà bondés, ce qui est déjà en soit un

paradoxe. Ils n'accepteront jamais de quitter leur cabinet principal, avec secrétariat, informatique et tout le matériel médical nécessaire pour exercer dans une école laissée à l'abandon par le service public, ce qui est un autre paradoxe ! Avec toutes les incohérences inhérentes au système : le médecin ne sera plus disponible pour ses patients en cas de nécessité quand il sera à son cabinet secondaire, et, inversement il subira la pression de ses patients d'adoption quand il retournera à son activité principale. C'est parfaitement ingérable. Qui plus est, bien que satisfait d'avoir un médecin venant exercer dans le village, cela n'empêchera pas les mamans de se faire suivre par le gynécologue ... Et leur progéniture par le pédiatre ; même à soixante kilomètres. D'autre part, une présence médicale occasionnelle dans un village aurait un intérêt politique évident mais serait d'une parfaite inutilité médicale. Les gens qui peuvent attendre la venue occasionnelle d'un médecin, par exemple pour un renouvellement d'ordonnance peuvent aussi bien se déplacer au cabinet principal. Inversement, rien ne serait résolu concernant les véritables urgences qui ne peuvent attendre. On est dans le politiquement correct. Le système pourrait même se révéler dangereux si une personne ayant une douleur thoracique décide d'attendre car « le médecin vient prendre sa permanence dans trois jours ».

Alors depuis dix ans, ne tenant pas compte de l'avis des médecins de terrain, de nombreuses mesures se sont profilées. Au départ, elles étaient inefficaces, demain elles risquent de devenir contre-productives.

Des solutions possibles, il y en a pourtant. Malheureusement la seule fois où j'ai été convié en réunion publique à Crest, il y a environ cinq ans, c'était dans le but de m'entendre dire que j'approuvais les mesures envisagées et non d'écouter mes solutions. La mesure que j'avais vigoureusement critiquée à l'époque était le système de «bourse d'étude»... Et bien on aura donc l'occasion d'en reparler dans quelques années.

Très cordialement,

Docteur BOYER Frédéric.
Médecin généraliste et
Capitaine médecin pompier
à mes heures perdues...