



## Éléments de réponse au questionnaire sur l'accès aux soins.

### Médecins, Hôpitaux et maternités, Spécialités et Services d'urgence, Pharmacies

Le manque de médecins (généralistes et spécialistes sauf kinés) est criant partout avec des temps d'attente importants (sauf pour le secteur 2 et encore !). Beaucoup de généralistes ne prennent pas de nouveaux patients (Aude). Les généralistes inclus (qui partent à la retraite) ne sont pas remplacés. Difficultés pour avoir un médecin même dans des secteurs peu déficitaires (Allier). En milieu rural, la situation est très difficile (aucun généraliste dans 77 communes du Territoire de Belfort). Pour un spécialiste, les délais peuvent atteindre 6 mois voire 1 an en Creuse (dans le département et hors département). En Lozère, tous les spécialistes sont hors département. A Paris, la capitale souffre surtout d'un manque de médecins conventionnés en secteur 1. Et la répartition des médecins par arrondissement montre que les inégalités sociales touchent aussi la santé.

Services de radiologie : défaillants mais moins touchés dans le 37. Structures publiques insuffisantes ou trop d'attente (jusqu'à 6 mois dans La Loire-Atlantique). Recours dans de nombreux départements au privé où les rdv sont plus rapides (Creuse, Indre, Loire-Atlantique, Rhône ...). Nécessité dans certains endroits secteur de Vichy, par exemple) d'aller dans un autre département.

Dans les hôpitaux, les spécialités manquent en nombre sauf dans les grandes villes (Ex : Lyon et périphérie) mais les fermetures partielles ou totales s'accroissent par manque de personnels. Les manques en gériatrie sont souvent mentionnés. Les temps d'attente sont plus longs dans le public. Les dépassements d'honoraires sont nombreux (manque de spécialistes en secteur 1). La Seine St Denis signale que les équipements hospitaliers sont en majorité dans le secteur privé.

Le nombre d'hôpitaux de proximité est insuffisant et ils souffrent tous d'un manque de lits. Les territoires ruraux sont mal pourvus (Aude). Distance de 0 à 80 kms à parcourir selon les localités en Lozère ; de 30 à 35kms en moyenne en Loire-Atlantique et délais de prise en charge d'interventions qui s'allongent avec le manque de médecins spécialistes et de chirurgiens.

L'absence de maternité de proximité (fermeture de la maternité de Creil et de Noyons dans l'Oise ; Epernay et Vitry le François dans la Marne etc...) est souvent une réalité, notamment dans les zones rurales/ (accouchement pour certaines femmes à 60 km en Eure et Loire.) Une seule maternité en Lozère et en Creuse ; une maternité à 30-35kms en moyenne en Loire-Atlantique et maternité d'Ancenis menacée de fermeture faute d'obstétricien courant 2023.

Services d'urgence : plus ou moins touchés (dans 2 territoires en Ariège, dans l'Oise à Noyons) fermetures régulières le week-end ou la nuit dans l'Indre et Loire ou en Seine St Denis. Les temps d'attente peuvent être longs (Seine et Marne). Une clinique privée à Belfort a ouvert « de petites urgences » pour désengorger l'Hôpital-Nord-Franche-Comté et « accueillir des personnes dépourvues de médecin traitant ou ayant des difficultés à obtenir un rendez-vous. Ce service ne mérite plus son nom. Dans l'Indre, 1 service d'urgence à Châteauroux, 1 à Issoudun (fermé la nuit). Le problème le plus aigu est l'encombrement des urgences. 1 seul service d'urgence en Lozère. En

Creuse, 1 centre à Guéret et 2 secondaires à 30 et 40kms et accueil par le privé assuré uniquement « aux heures de bureau ». Dans la Somme, pas de problème concernant le SAMU, les pompiers, SOS médecins, les services hospitaliers existent mais ils pâtissent d'un manque cruel de médecins. En Loire-Atlantique, pas rare d'avoir 10 heures d'attente sur un brancard, voire jusqu'à deux ou trois jours. Plusieurs décès faute de prise en charge à temps au CHU de Nantes. Dans l'Aude, les personnes âgées, par manque de place en gériatrie, sont adressées aux urgences, y restent en attente, ressortent parfois afin de réintégrer les urgences ou un service gériatriques.

La présence proche d'une pharmacie est relativement bien assurée sauf en milieu rural (Corrèze et Ariège). Pbs avec les petites pharmacies qui voudraient passer la main et manquent de soutien. En Creuse et Indre, des pharmacies n'ont pas de reprenneur, ce qui provoque une aggravation pour les pharmacies de garde. La pénurie de médicaments se poursuit notamment dans le Morbihan.

*A noter la situation des Alpes Maritimes une grande différence entre le littoral et l'arrière-pays montagneux d'accès difficile. Grosse différence de densité de population avec un Haut Pays (45% de la superficie) est un véritable désert médical. Dans les hautes vallées, il n'y a plus de médecin à l'année, il y en a l'hiver dans les stations de ski. Pas de problème pour se soigner (sauf pour trouver un généraliste) si on a les moyens de payer : la plupart des spécialistes exercent essentiellement sur le littoral et sont en secteur 2.*

**Les temps de transports** sont globalement jugés excessifs surtout quand il faut parcourir de grandes distances pour consulter (Ariège pour rencontrer un spécialiste à Toulouse) et des routes sinueuses (Aude). Les coûts engendrés par les déplacements sont dissuasifs (Creuse). En Lozère plus de 200 kms à faire vers Clermont-Ferrand ou Montpellier pour consulter des spécialistes. Les transferts d'urgence sont réalisés en hélicoptère vers les CHU hors département, uniquement l'été. Problème des parkings payants (Somme).

Les inégalités territoriales sont flagrantes (ville/campagne-littoral/ arrière-pays) ... Le département de l'Indre et Loire parle de « véritables circuits de ramassage scolaire ». En Indre, les bons de transport sont de moins en moins prescrits. La Marne souligne l'efficacité du SAMU, des pompiers et des ambulances.

Pour lutter contre les déserts médicaux, **la création de véritables centres de santé publics**, implantés sur tout le territoire, est plébiscitée sous réserve de personnels en nombre suffisant. Quelques nuances : en Creuse oui pour cette solution s'ils sont fonctionnels avec des équipes pluriprofessionnelles. L'Aude précise qu'il faut mettre à disposition des personnels spécifiques pour l'accueil et le secrétariat. En Loire-Atlantique, ils ne sont pas la solution s'ils ne sont pas créés dans le cadre d'un véritable service public de la santé en lien avec le territoire (hors T2A).

**Rejet quasi unanime d'élargir les compétences des infirmiers libéraux et des pharmaciens** (sauf dans des cas limités et bien cadrés, avec formation et reconnaissance salariale). Pas de glissement de tâches. Le département de l'Aude est plus nuancé : ce ne serait pas pire qu'une consultation en télémédecine dans une pharmacie.

## **Ehpad**

En général, le système public d'Ehpad, reste majoritaire (70% en Ariège et dans le Puy de Dôme, dans la Somme et en Creuse) mais il est très minoritaire dans le Territoire de Belfort et les Alpes Maritimes par exemple (25%). En Lozère, il y a uniquement des Ehpad publics et privés à but non lucratif. A l'inverse, le Rhône est sous doté en Ehpad publics. Dans la métropole de Lyon, environ 13% à peine

des établissements sont publics. Dans l'Indre, les 3 catégories, publics, privés à but non lucratif, privés à but lucratif coexistent (41 au total).

Le Reste à charge dépend du statut des établissements et de leur situation géographique : en moyenne 2200 euros dans l'Indre et Loire (public), 1800 euros et 3000 euros dans la Marne (public et privé lucratif), 1700 euros en Corrèze, 2000 euros en Seine St Denis et 800 euros dans le territoire de Belfort (dans ces 3 départements, il s'agit du secteur public). Dans l'Indre, le coût est de 1750€ à 2910€, dans le Rhône de 2000 à plus de 4000€, en Loire-Atlantique en Ephpad public et associatif à but non lucratif de 1800 à 2500 €, en Ephpad privé jusqu'à 4500€. Dans l'Aude, des collectivités locales proposent des mutuelles intercommunales avec des tarifs négociés attractifs.

Dans les Alpes Maritimes, on peut parvenir à des tarifs exorbitants (entre 6000 et 8000 euros pour un Ephpad privé à but lucratif) mais certains sont un peu plus accessibles.

L'offre est inégalement distribuée : dans la Marne, les Ephpad se concentrent sur Reims. Beaucoup de structures publiques ou associatives sont en difficulté financière. Dans Le département de l'Allier, ils sont considérés comme inadaptés à la population de plus âgée accueillie actuellement. En Loire-Atlantique il n'y a plus de construction d'Ephpad public à compter de 2018 alors que le département connaît une forte augmentation de la population (+14% en 10 ans).

Dans l'Aude, près de 40% des assurés reportent ou renoncent aux soins pour des raisons financières ou du fait de l'éloignement.

### **Les Services d'aide à domicile**

Ils existent mais restent chers avec du personnel peu formé (Marne). Les structures associatives sont nombreuses et variées mais elles ont du mal à vivre et beaucoup déposent le bilan (Corrèze). Elles manquent également de personnels (Seine St Denis). Dans le Puy de Dôme, elles sont gérées par des communautés de communes. Rareté des structures publiques. L'ADMR est relativement bien implantée (Lozère par exemple) et les CCAS sont relativement efficaces en ville (Alpes Maritimes). Dans l'Indre, les SSIAD sont répartis dans tout le département. En Lozère, les réseaux associatifs sont très précieux pour l'aide à domicile mais en voie d'épuisement.

Toutes les structures ont du mal à embaucher. Le manque de reconnaissance des professions de l'aide à domicile est un obstacle.

En Corrèze, la responsabilité de l'accompagnement est laissée aux associations et au bon vouloir des bénévoles. Disparition dans le département de l'Allier de France-Parkinson et des associations pour le diabète.

Dans le Territoire de Belfort, le Conseil départemental a mis en place une Académie des métiers de l'Autonomie, financée par l'ARS (72 professionnels volontaires pour sensibiliser, orienter, accompagner, former).

### **Les Services Publics**

Avis unanime : ils sont défaillants surtout en zone rurale (avec une grosse différence entre littoral et arrière-pays dans les Alpes Maritimes). Tous sont cités dans les enquêtes qui dénoncent aussi le recours excessif au numérique. Soit les SP ont disparu, soit ils fonctionnent à horaires restreints (poste notamment). Les ambulances ne circulent pas le dimanche dans la Somme. Et les prévisions de coupes budgétaires ne vont pas améliorer la situation.

Les questionnaires insistent sur le manque de personnels et qui soient qualifiés avec parfois, pour conséquences, une maltraitance importante (Marne). L'absence de prévention, à tous les âges de la vie, est dénoncée (Corrèze). L'insuffisance de l'aide à domicile, de maisons de retraites publiques, de résidences autonomie est aussi pointée (Ariège). Demande unanime de médecins et refus des dépassements d'honoraires. Que dire des services psychiatriques, s'interroge l'Aude ?

### **Les initiatives prises**

\_ Par des collectivités territoriales : création de centres de santé (Seine et Marne, Ariège, Indre et Loire, Oise, Puy de Dôme, Corrèze) mais certains ne fonctionnent pas, faute de personnels. « Corrèze autonomie » pour centraliser les demandes. Le Puy de Dôme signale des initiatives non pérennes. En Lozère, créations de quelques maisons médicales pour tenter d'attirer des médecins libéraux, parfois étrangers.

Dans l'Indre, 2 ou 3 centres de santé publics ou non lucratifs (un mixte avec MPS, un créé par Harmonie Mutuelle, un lié à l'hôpital d'Issoudun). Création aussi de nombreuses MPS mais difficiles à « remplir » avec des personnels médicaux diplômés. Concurrence entre municipalités pour installation de médecins (prix des loyers médicaux très différents). Agence d'attractivité avec site, doc.36.fr. Une mission désengorgement des urgences est en cours de mise en œuvre mais pas de parcours « personnes âgées » pourtant promis depuis des années car il manque de gériatres.

En Creuse, une municipalité, conjointement à l'engagement militant d'un jeune médecin, a créé un cabinet médical pour y accueillir des médecins de l'association « Médecins solidaires ». L'ARS a apporté son soutien. A ce jour, une deuxième municipalité a ouvert une structure semblable.

Dans l'Aude, les collectivités locales proposent aux étudiants de financer une partie de leurs études en contrepartie d'une installation locale. Les CTS accueillent en priorité les patients en ALD au détriment de l'accueil des autres patients, faute de personnels.

\_ Par des associations : visites à domicile Mona Lisa (Ariège). Comités de défense des Hôpitaux et maternités de proximité (Seine St Denis, Corrèze, Oise).

- Bataille menée en Loire-Atlantique, avec l'intersyndicale retraitée, contre la fermeture de 38 logements collectifs répartis sur deux communes au Sud de Nantes. Ces établissements dépendent d'un hôpital public. Contact avec un collectif local. Rencontre avec le sous-Préfet et l'ARS. A suivre ...

\_ Arc unitaire : souvent la configuration locale du G9 + Comités de défense des Hôpitaux et des Maternités de proximité.

Distribution de tracts, stages syndicaux, publications etc (Seine et Marne)

### **\_ Bilan des actions :**

Positif car elles ont conduit à la création de centres de santé dans plusieurs départements. La perspective de création d'un CHU départemental en Seine et Marne fait son chemin dans les écrits officiels.

Echec dans l'Oise pour maintenir la maternité à Creil et les urgences à Senlis

### **Commentaire général :**

\_ Situation catastrophique du système de santé et dégradation de l'accès aux soins

- Les politiques de santé publique depuis des décennies ont abandonné notamment les territoires ruraux, imposant une orientation vers le secteur privé, infiniment plus coûteux en raison des dépassements d'honoraires.
- Beaucoup de renoncements aux soins qui provoquent des décès prématurés (mort plus précoce en moyenne de 2 ans en Lozère selon l'ARS). Inégalités car retraités âgés qui en ont les moyens quittent le département.

\_Nécessité de personnels, de services d'aide à domicile de qualité, d'établissements à des prix abordables, de médicaments etc...

\_Nécessité de prévention à tous les âges de la vie

\_Rendre la santé accessible aussi sur le plan financier et crainte et rejet de la Protection Sociale Complémentaire.

\_Rappel des droits des retraités ex salariés

\_Nécessité d'une prise en charge à 100% par la Sécu

\_ La Somme propose d'ajouter et de souligner le mot d'ordre démocratisation de la médecine : démocratisation de l'accès aux études de médecine (par exemple, classes préparatoires publiques et gratuites), démocratisation de la médecine (implantation de médecins régulés, formation de spécialistes sur la base des besoins de la population et de la démographie, augmentation du nombre de personnels et meilleur accès aux ambulances etc)

\_ Dans le schéma territorial de l'Aude tous les indicateurs sont au rouge : Vieillesse de la population, nombre de ménages non imposés, taux de chômage, taux de pauvreté, nombre de bénéficiaires de la prestation complémentaire santé solidaire, espérance de vie, taux de médecins généralistes de plus de 60 ans, taux de consultation par habitant, taux d'équipements en établissements médicaux sociaux et en Ehpad... Pour couronner le tout, les risques environnementaux majeurs ne sont pas absents du département pourtant touristique : Habitat insalubre, Radon, maladies infectieuses auxquels il faut ajouter les risques liés au dérèglement climatique, et ceux liés à l'utilisation de certains produits phytosanitaires. Cette triste énumération devrait conduire, sans attendre un lissage quinquennal, à des mesures d'exception pour le département. Or, force est de constater qu'il n'en est rien. On pourrait considérer que du point de vue de la santé nous arrivons à un stade de mise en danger de la vie d'autrui dont personne ne sera individuellement responsable.

### **Perspectives d'actions : octobre/novembre 2024**

\_Action autour des 80 ans de la Sécu : Seine et Marne

\_ Réflexion sur la Sécu et la Protection sociale Complémentaire : Doubs

\_ Projet de mobilisation (actifs/retraités) contre la financiarisation et la privatisation de la Sécu, conf de presse puis initiative à définir : Seine St Denis :

\_Rencontre entre les retraités et les OS des actifs de la santé puis réunion publique : Indre et Loire

\_Conférence –débat sur les déserts médicaux : Charente Maritime

\_Colloque (3 tables rondes) sur l'accès à la santé : Seine Maritime.

\_Pique-nique parisien pour obtenir un centre de santé par arrondissement : 15 octobre 2024