

AVIS SANTE



SOMMAIRE

0. PREAMBULE	4
1. INTRODUCTION	5
2. REMERCIEMENTS	7
3. ILS ONT CONTRIBUE A CETTE REFLEXION ET A L'ELABORATION DE CET AVIS.....	8
4. ELEMENTS DE CONTEXTE :	9
4.1. EUROPE : La pénurie de soignants est une réalité.....	9
4.2. FRANCE : Une prise de conscience et un plan santé trop tardifs !.....	10
4.3. Entre pénurie et fortes disparités de situations.....	11
4.4. Des inégalités territoriales.....	11
4.5. Le recours aux médecins étrangers	12
4.6. La politique d'accès aux soins : Les Pactes territoire santé	13
4.7. La stratégie nationale de santé « Ma santé 2022 »	14
4.8. Les dépenses de santé en forte hausse en 2021.....	15
4.8.1. Une enquête de la DREES	15
4.8.2. Les conséquences	16
4.8.3. Article France, Portrait social, édition 2019 – INSEE 2019.....	17
4.8.4. INSEE références édition 2019 – fiches – qualité de vie	18
5. CHER ET BASSIN DE VIE BERRUYER : UN TERRITOIRE DEMUNI !.....	19
5.1. Population du Cher par tranche d'âge.....	19
5.2. Répartition socio-professionnelle de la population du Cher.....	19
5.3. Professionnels de Santé au 1 ^{er} janvier 2023 /statistiques INSEE.....	20
5.3.1. Densité de médecins pour 100 000 habitants :.....	20
5.3.1.1. Chiffres comparatifs :.....	20
5.3.1.2. Cartographie : densité de médecins par département.....	21
5.4. Indicateurs nationaux	22
6. ELEMENTS « SAILLANTS » RAPPORTES PAR LES INTERVENANTS :	23
6.1. Intervention de Monsieur Bertrand Moulin, Directeur de l'ARS du Cher	23
6.2. Intervention du Docteur Laurent VAZ	24
6.3. Intervention du Docteur Gérard Santosuosso	26
7. ELEMENTS DU DEBAT	29
8. NEUF PROPOSITIONS DU CONSEIL DE DEVELOPPEMENT :	33
9. CONCLUSION.....	38
10. LIENS	41
11. ANNEXES.....	41
12. ILLUSTRATIONS-CREDITS PHOTOS.....	41

AVIS SANTE

**Auto saisine du Conseil
de Développement de Bourges Plus**



Hôpital Jacques Cœur – Crédit photos CODEV - CMC

0. PREAMBULE

Nous parlons souvent d'attractivité du territoire sans d'ailleurs définir très précisément ce que chacun identifie sous ce terme. C'est dans ce contexte que nous avons eu quelques échanges sur le sujet de la Santé. Dans la précédente mandature du CODEV, nous avons déjà traité cette question, percevant bien les limites et les difficultés de notre territoire sur ce sujet considéré comme essentiel par une large majorité de nos concitoyens. Nous avons bien perçu les difficultés de la médecine de soins, peu organisée avec une population de médecins vieillissante et peu renouvelée. Nous avons mesuré la difficulté d'accéder aux soins, particulièrement la nuit. Nous avons de nombreux témoignages de ce qu'étaient les urgences, certains jours : la cours des miracles.

Et nous percevions tout autant les difficultés de ce secteur : la verticalité des décisions ; et des décisions essentiellement financières, technocratiques, brutales... Ce témoignage d'une dirigeante d'hôpital était édifiant... et tout autant consternant : « Je recoure à l'intérim pour assurer la continuité de fonctionnement d'un service : soit je cède aux exigences financières du médecin et je me fais rabrouer pour avoir dépassé l'enveloppe qui m'est octroyée ; soit je refuse de céder au chantage, et je me fais agonir parce que l'hôpital est en dysfonctionnement...

La politique de santé relève aujourd'hui de la seule responsabilité de l'État, qui doit garantir « la continuité, l'accessibilité, la qualité, la sécurité et l'efficacité de la prise en charge de la population, en tenant compte des spécificités géographiques, démographiques et saisonnières de chaque territoire, afin de concourir à l'équité territoriale » (code de la santé publique).

Mais la santé n'est pas une énième norme de plus à respecter ; elle est un objectif à porter dans toutes politiques publiques et à tous les niveaux. Aborder le projet de territoire avec l'objectif d'améliorer la santé des habitants est une opportunité pour redonner du sens à l'engagement des élus envers la population et notamment les plus vulnérables. Parler de santé, c'est recentrer la réflexion en interrogeant le cadre et les conditions de vie des habitants, et ainsi remettre l'humain au cœur de l'élaboration des documents d'urbanisme et des projets d'aménagement.

2 millions de nos concitoyens avaient une difficulté d'accès aux soins en 2010 ; 8 millions sont dans cette situation en 2020... et ceci dans un contexte de population vieillissante, d'une médecine techniquement, technologiquement et juridiquement plus onéreuse, plus mercantile aussi... et d'une gestion très (trop) financière. Sans omettre de dire que dans ce contexte compliqué, tout le monde ne joue pas la carte de la solidarité : la médecine est aussi devenue très lucrative, ouvrant la voie à une médecine à deux vitesses...

La France consacre 11,7% de son PIB à la santé, ce qui nous place au 5e rang des pays de l'OCDE

- 2ème pays avec l'espérance de vie à 65 ans la plus élevée, avec 21 ans et demi en moyenne
- Mais pour l'espérance de vie en bonne santé à 65 ans : 9ème pays européen avec une moyenne d'à peine plus de 10 ans. Notre système de santé doit faire face aujourd'hui au vieillissement de la population et à l'explosion des maladies chroniques ; un système trop centré sur les soins et insuffisamment sur la prévention !

1. INTRODUCTION

Nous avons voulu, modestement, voilà quelques mois – sans trop savoir par où commencer et où nous finirions – traiter du sujet de la Santé sur notre bassin de vie. Cela faisait également suite à nos travaux, lors de la précédente mandature, autour des thèmes de l'hôpital et des urgences...

Dans le moment présent, nous avons voulu parler de l'accès aux soins, des fragilités du dispositif médical actuel, de la désertification... de ce que nous vivons ici, les uns et les autres et nos concitoyens ; et ce que vivent plus ou moins fortement, selon les départements et les régions, les français.

Notre ambition n'était pas immense ; nous voulions :

- d'abord partager des perceptions et des ressentis.
- ensuite essayer de mieux comprendre le(s) problème(s).
- enfin tenter d'apporter aux élus de notre territoire quelques interrogations et suggestions ; un avis !

Des premiers échanges, il est ressorti les quelques idées suivantes :

La crise sanitaire a impacté durement la population et renforcé les inégalités sociales déjà existantes. Le système de santé, déjà sous forte tension au travers de la rigueur budgétaire imposée notamment à l'hôpital, le manque de personnel de santé et leur répartition territoriale ainsi que la difficulté d'accès aux soins qui en résulte, intensifient cette crise.

Les déserts médicaux, l'impossibilité parfois de trouver un médecin traitant, l'éloignement des structures de santé, la crise des services d'urgences, le manque de complémentarité entre public et privé (particulièrement mis en évidence durant la pandémie), la fermeture de lits, les conditions de travail dégradées des personnels, ont eu et ont encore de lourdes conséquences pour les patients - nos concitoyens - en termes de santé publique.

Mais il faut également prendre en considération d'autres données :

- le vieillissement de la population, la forte augmentation des maladies chroniques, mais aussi les progrès technologiques, l'apparition de nouvelles thérapeutiques ou l'entrée du numérique dans le monde de la santé ont considérablement modifié les approches en matière de soins.
- les attentes des professionnels de santé ont également changé. Les nouvelles générations de professionnels sont en demande de travailler plus collectivement, de bénéficier de nouvelles perspectives pour diversifier leurs parcours professionnels et de bénéficier de formations qui favorisent les passerelles. Ils attendent également d'avoir une vie personnelle et familiale, et refusent donc des contraintes excessives.

Toutes ces évolutions représentent aujourd'hui autant de défis pour adapter un système de santé « à bout de souffle », pensé voilà plusieurs décennies et qui répondait aux enjeux de santé publique de l'époque.

Il est donc indispensable de repenser notre système de santé, en tenant compte de tous ces paramètres, avec l'idée de l'améliorer durablement et maintenir son niveau de performance.

Mais si nous avons voulu réfléchir ensemble à ce sujet essentiel et à ces évolutions indispensables, si nous avons également voulu tenter d'apporter notre modeste contribution, nous sommes unanimes à dire que la première des choses à faire, est d'avoir une approche nationale. Ce n'est pas localement que nous pourrions régler quelques aspects essentiels, mais bien par des décisions politiques au plus haut niveau !

Ceci dit, nos échanges, et tout autant les apports dont nous avons pu bénéficier en sollicitant l'avis de quelques experts du sujet, démontrent aussi que les problèmes actuels découlent, pour le moins en majeure partie, d'un fort manque de réactivité de nos institutions et, pire, de quelques erreurs d'analyses et de choix : Le numérus clausus tel qu'il a été décidé et mis en œuvre, il y a 42 ans, qui a connu une baisse quasi-continue au cours des 25 premières années, avec un niveau très bas atteint au cours de la décennie 90 et qui a été supprimé il y a deux ans seulement, ne peut satisfaire l'exigence actuelle d'une répartition homogène des soignants sur le territoire ; de même l'intérim des médecins, qui au-delà du manque d'éthique qui l'accompagne actuellement, ne règle pas la situation telle que les citoyens peuvent la souhaiter. Il y a donc lieu, au plus vite et dans la concertation la plus large – et qui ne soit pas un lobbying professionnel ou catégoriel ! – de repenser un système de soin avec comme seule considération, l'intérêt général !

Un système de santé qui devra pouvoir compter sur de nouvelles synergies entre les professionnels de ville, de l'hôpital et du médico-social ; sur des outils numériques performants mis au service des patients et des professionnels de santé ; sur un modèle de financement reconsidéré et sur des formations qui prennent mieux en compte les impératifs de coopération entre les métiers.

Les défis à relever sont nombreux : épidémiologiques, avec le vieillissement de la population et l'augmentation des maladies chroniques ; technologiques, avec l'arrivée de nouvelles thérapeutiques et l'accélération de la révolution numérique ; sociaux, avec l'intensification de la fracture géographique...

L'enjeu est « simple » : il s'agit de donner accès à une médecine de qualité, à chacun de nos concitoyens, et de ne pas laisser s'installer une médecine à « deux vitesses », déjà là ! L'enjeu, c'est aussi, n'omettons pas de le rappeler, l'attractivité de notre territoire car l'accès aux soins est indéniablement une donnée forte de son intérêt !

Nous rendons aujourd'hui notre copie (un AVIS) avec l'idée, si cela est possible et souhaité, d'avoir un échange avec les élus de notre territoire. Mais peut-être ne devons-nous pas nous en tenir à cela : conscients que bien des aspects de ce dossier dépendent de décisions nationales, la question est également posée de communiquer ces réflexions au représentant de l'Etat ainsi qu'aux élus du département.

2. REMERCIEMENTS

Notre travail, dans le contexte d'un système de santé fragilisé et sous tension, relève d'une auto-saisine du Conseil de Développement (CODEV) de la Communauté d'agglomération de Bourges, en 2021. Elle fait suite à des réflexions déjà initiées, au cours de la précédente mandature autour des questions des urgences et de l'hôpital.

Ce travail des Conseils de Développement de Bourges Plus et du PETR Centre Cher avait, dans notre esprit, à tout le moins deux finalités :

- acquérir des connaissances et nous mettre en capacité, collectivement, de mieux mesurer les enjeux de préserver ce bien commun et fruit de la solidarité, qu'est notre système de santé,
- rendre un avis aux élus qui contient quelques mesures concrètes et une volonté affichée d'exprimer tout l'enjeu qu'il y a d'encourager et de mieux organiser l'égalité d'accès aux soins.

Nous avons donc initié ce travail en 2021 pour l'achever en septembre 2023. Il est évident que nous n'avons pas fait le tour de la question, et d'ailleurs, nous avons d'ores et déjà à l'esprit de lui donner une suite en traitant entre-autre de la psychiatrie, de l'autonomie et du handicap.

Mais dans l'instant, nous tenons à remercier celles et ceux qui nous ont apporté leur soutien et leur expertise. Notre première phase de travail s'est en effet caractérisée par une série d'auditions, suivie de débats. Cela nous aura permis, non seulement d'accaparer des données nationales, mais également (et surtout) de disposer d'éléments de lecture dans la proximité, à l'échelle du département ou de notre bassin de vie, sans omettre d'intégrer les notions de continuités territoriales qui sont essentielles pour l'appréhension d'un tel sujet.

Nous avons pris appui sur quelques documents qui émanaient des travaux à l'échelle du pays, qu'il s'agisse des réflexions nationales menées en 2018, ou des éléments statistiques publiés par la DREES. Nous avons également pu croiser nos propres réflexions avec quelques travaux émanant des CESERs ou d'autres Conseils de Développement.

Nous remercions donc tout particulièrement les personnes suivantes pour le temps qu'elles ont bien voulu consacrer à notre instance, et pour la qualité de leurs apports.

- M. Bertrand Moulin, Directeur de l'ARS pour le département du Cher.
- M. Laurent Vaz, Médecin réanimateur ; Président de la CME de l'hôpital Jacques Cœur (Cher).
- M. Gérard Santosuosso, Médecin ; Vice-Président de l'agglomération de Bourges Plus, "Contractualisations et Santé".

Remarque : Un chapitre résumant les principaux éclairages est intégré dans le présent avis.

Nos remerciements vont aussi à Corinne Maquaire-Clouet pour tout le travail d'organisation, de coordination et de rédaction (réunions, comptes rendus, apport rédactionnel en tant que Chargée de Mission Santé de la Présidente) pour permettre la rédaction de cet avis.

3. ILS ONT CONTRIBUE A A L'ELABORATION DE CET AVIS



CODEV de Bourges Plus – Groupe de travail Santé - Crédit photos CODEV

Dix membres des CODEV de Bourges Plus et huit membres du PETR Centre Cher se sont associés à tout ou partie des réunions programmées qui ont amené à la rédaction de cet avis.

CODEV de Bourges Plus : Chabrilat Guy ; Chaumereuil Nathalie ; Echevarne Islande ; El Massoudi Nezia ; Fabri Carine ; Frelat François ; Girard Patrice ; Gréau Catherine ; Hayotte Gérald ; Lanotte Walter

CODEV du PETR Centre Cher : Baptiste Annie ; Bernhard-Durante Anne ; Bouvier-Baland Véronique ; Chevalier Marie-Christine ; Deschamps François ; Esbelin Jean-Paul ; Girard Patrice ; Baudiment Stéphanie

- Les travaux du groupe SANTE des deux Conseils de Développement se sont déroulés sous la présidence de Marie-Christine Chevalier, Gérald Hayotte et Catherine Gréau. Ces derniers ont également assuré la rédaction initiale du projet d'avis.



CODEV de Bourges Plus – Groupe de travail Santé - Crédit photos CODEV

4. ELEMENTS DE CONTEXTE :

Pour « éclairer notre lanterne » nous avons puisé dans divers écrits et publications, qu'il s'agisse d'éléments provenant de la DREE, du Ministère de la Santé, du Sénat, de l'ARS ou de l'INSEE... Nous avons également fait quelques recoupements, y compris avec des articles de presse qui font référence.

4.1. EUROPE : La pénurie de soignants est une réalité...

Que ce soit dans les hôpitaux ou en médecine de ville, les pays européens vivent les mêmes difficultés que la France. La population est vieillissante, elle va nécessiter des soins, mais il manque de plus en plus de personnel et de moyens.

Le Monde International Santé. Publié le 27 juillet 2022, modifié le 28 juillet 2022.

La pénurie de soignants est généralisée, étendue au monde entier. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime qu'il manquera 15 millions de professionnels de la santé d'ici à 2030. Si les pays à revenu faible sont particulièrement touchés, tous les pays, quel que soit leur niveau de développement, sont confrontés à des difficultés en matière de formation, de recrutement et de répartition de leur main-d'œuvre.

La tendance est connue depuis plusieurs années et les causes sont bien identifiées : la population mondiale est vieillissante, ce qui va nécessiter de plus en plus de soins, tout comme l'augmentation des maladies chroniques, alors qu'en parallèle le personnel de santé ne se renouvelle pas assez à la suite de départs en retraite, et que les capacités de formation sont limitées.

Tout cela a, de plus, été renforcé et aggravé par la crise sanitaire liée au Covid-19. Une étude de l'OMS publiée en juillet montre qu'au début de l'épidémie, en Europe, les services hospitaliers, les soins dentaires et les services de santé mentale ont été les plus perturbés. Désormais, ce sont les soins primaires et les soins d'urgence qui paient les conséquences de la crise. Tous les pays d'Europe sont concernés par cette désorganisation des soins et la pénurie de soignants.

En Allemagne, le manque de personnels soignants n'est pas un problème nouveau, mais il s'est aggravé au cours des dernières années. Selon une récente étude réalisée par le Centre de compétences pour travailleurs qualifiés pour le ministère de l'économie allemand, plus de 35 000 postes étaient inoccupés dans l'ensemble du secteur fin 2021, soit une augmentation d'environ 40 % en l'espace d'une décennie.

https://www.lemonde.fr/international/article/2022/07/27/crise-des-systemes-de-sante-en-europe-la-grande-penurie-de-soignants_6136283_3210.html

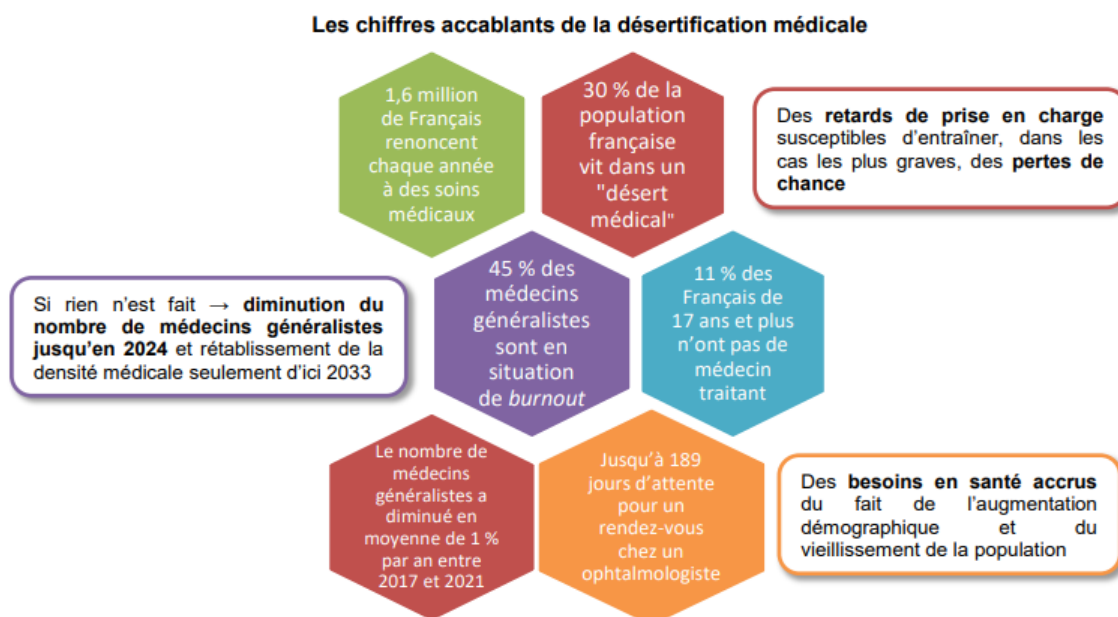
4.2. FRANCE : Une prise de conscience et un plan santé trop tardifs !

Garantir à chacun, quel que soit son lieu de résidence, l'accès aux soins nécessités par son état de santé : telle est la ligne directrice que s'est fixée la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable dans cette nouvelle contribution à la résorption des « déserts médicaux », après deux précédents rapports d'information, en 2013 et en 2020.

Malgré les mises en garde et faute d'avoir mis en œuvre les recommandations anciennes et récurrentes de la commission, les inégalités territoriales d'accès aux soins continuent de se creuser et une partie croissante de la population éprouve de grandes difficultés à organiser son parcours de soins dans de bonnes conditions : renoncements aux soins, délais d'attente et nombre de Français sans médecin traitant obligent, en effet, à envisager des solutions innovantes pour réduire de toute urgence les fractures médicales entre les territoires.

En France, environ 20 millions de personnes, soit 30 % de la population, habitent dans une zone définie comme « désert médical ». Si cette pénurie de professionnels, dont on parle depuis 20 ans, a d'abord été cantonnée aux campagnes, voici qu'elle touche désormais les villes et notamment les localités autour de Paris. Population vieillissante exigeant plus de soins, assouplissement tardif du numerus clausus pour les étudiants en médecine, départ massif à la retraite des médecins formés à partir des années 1970 ; complexité accrue des parcours de soins, nouvelles attentes du monde médical, tant en termes de mode de travail que de limites de la contrainte professionnelle... : Les raisons de cette situation sont nombreuses. Et la crise actuelle ne pourra pas être résorbée avant 2030 au plus tôt, nous dit-on.

En attendant, les citoyens ont des difficultés à accéder aux soins et la prévention indispensable à chacun, en pâte !



29 MARS 2022

Source : [r21-589-syn.pdf \(senat.fr\)](#) - [Quand le désert médical avance \(latribune.fr\)](#)

4.3. Entre pénurie et fortes disparités de situations...

[Santé : quelle politique publique contre les déserts médicaux ? | vie-publique.fr](#)

Au 1er janvier 2022, la France compte 230 000 médecins et se situe, avec 3,4 médecins pour 1000 habitants, dans la moyenne de l'OCDE. Toutefois, la densité médicale est très inégale sur le territoire. Dans certaines zones, la faiblesse de la densité médicale engendre des difficultés d'accès aux soins.

Selon l'Atlas de la démographie médicale du Conseil national de l'ordre des médecins, le nombre de médecins généralistes en activité régulière, au 1er janvier 2022, a diminué de 11% depuis 2010 et de 0,9% au cours de la dernière année. Ils sont 84 133 enregistrés, soit une perte de 10 128 médecins en 12 ans.

Cette baisse devrait se poursuivre dans les dix prochaines années, notamment en raison du départ en retraite de près d'un quart des effectifs. Le Conseil de l'ordre estime qu'en 2025, les généralistes qui exercent de façon régulière ne seront plus que 81 912. Plus d'un quart d'entre eux ont plus de 60 ans, ce qui risque d'accentuer la diminution de leur nombre dans les années à venir. À cette tendance s'ajoute le basculement d'un mode d'exercice libéral de la médecine vers un autre, salarié ou mixte (libéral et salarié) en progression en 2021 : 56,2 % des médecins généralistes exercent en libéral uniquement ; 37,4 % sont salariés ; 6,4 % sont en exercice mixte.

Quant à ceux qui choisissent l'exercice libéral, ils sont plus des deux tiers à être remplaçants. Or les médecins libéraux effectuent un nombre d'heures de consultation plus important que celui des médecins salariés. Ils constituent la principale offre de soins de premier recours, et un maillon essentiel du parcours de soin des patients. Le nombre de médecins généralistes salariés devrait à terme dépasser celui des libéraux.

4.4. Des inégalités territoriales

Sur l'ensemble du territoire, la densité médicale représente le nombre de médecins par habitants. Au 1er janvier 2022, l'Atlas de démographie médicale dénombre 121 médecins généralistes en moyenne pour 100 000 habitants (141 en 2010). Les disparités entre les territoires demeurent importantes, mais elles n'opposent plus les territoires ruraux aux villes. En métropole, les écarts de densité en médecine générale entre les départements les plus défavorisés et les départements les mieux dotés sont de l'ordre de 1 à 2.

Selon l'étude "Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicale et pharmaceutique?", en 2021, comme en 2012, les médecins sont, davantage que la population totale, concentrés dans la moitié sud de la France ainsi qu'en Île-de-France. La densité de médecins la plus élevée est en région Provence-Alpes-Côte d'Azur (377 médecins pour 100 000 habitants). La région Île-de-France bénéficie d'une couverture importante avec 354 médecins pour 100 000 habitants mais avec une situation contrastée. L'Île-de-France est la région la mieux dotée en spécialistes mais la densité en médecins généralistes y est inférieure de plus de 11% à la moyenne nationale.

93 départements voient leurs effectifs de généralistes baisser et les mesures prises depuis 2012 pour réduire les disparités territoriales n'ont pas produit les effets escomptés. Les agences régionales de santé (ARS) définissent, par exemple, des zones déficitaires. La quasi-totalité des installations de médecins se fait en dehors de ces zones, malgré les aides à l'installation qui y sont proposées.

Les inégalités sont avant tout infra-départementales. Les zones les moins dotées sont les zones rurales en périphérie des villes, ou celles, proches de grandes villes mais qui échappent à leur "rayonnement" économique. Cette situation est d'autant plus problématique qu'elle suit les contours des inégalités sociales et les accentue.

En octobre 2018, la Drees a publié une étude qui mesure ces délais d'attente. Chez le médecin généraliste, un rendez-vous sur deux est obtenu en moins de deux jours. La moitié des prises de contact aboutissent à un rendez-vous dans la journée en cas d'apparition ou d'aggravation de symptômes. L'obtention d'une consultation dans un délai réduit dépend donc du niveau de gravité supposé d'une maladie. Néanmoins, le délai moyen d'attente est de six jours pour un contrôle périodique.

Les délais d'attente sont plus problématiques chez certains spécialistes. La moitié des rendez-vous pris auprès d'un ophtalmologiste n'ont lieu que dans un délai de 52 jours et au-delà de 112 jours dans près d'un quart des cas. Le délai moyen d'obtention d'un rendez-vous est de 61 jours pour un dermatologue, 45 jours pour un rhumatologue et de 50 jours pour un cardiologue et 28 jours pour un chirurgien-dentiste.

L'étude démontre la corrélation entre le délai d'attente et l'accessibilité aux professionnels de santé. Le ratio varie du simple au double selon que le patient habite une zone fortement accessible ou non : "Alors que le délai médian d'obtention d'un rendez-vous chez un ophtalmologiste est de 29 jours dans Paris, il est de 71 jours dans les communes hors influence des pôles, de 76 jours dans les communes des grands pôles ruraux et de 97 jours dans les communes des petits et moyens pôles, lesquelles sont parmi les moins bien dotées en ophtalmologistes". Les déserts médicaux annoncent les déserts pharmaceutiques.

4.5. Le recours aux médecins étrangers

Au 1er janvier 2021, un peu plus de 10% des médecins de moins de 70 ans en activité exercent avec un diplôme obtenu à l'étranger. En 2012, ils étaient 6,6%. Près de deux médecins à diplôme étranger sur cinq possèdent la nationalité française. 53% de médecins diplômés hors de France ont un diplôme européen et peuvent ainsi exercer de plein droit en France après inscription au conseil national de l'Ordre : 43% d'entre eux ont obtenu leur diplôme en Roumanie, 15% en Belgique et 14% en Italie. 5% des médecins actifs de moins de 70 ans sont titulaires d'un diplôme étranger obtenu hors de l'espace économique européen : ils viennent principalement de Syrie, du Maroc et de Tunisie ; 65 % d'entre eux ont la nationalité française. Les médecins diplômés à l'étranger sont davantage représentés chez les spécialistes et ils exercent moins souvent en libéral.

La procédure pour obtenir l'autorisation d'exercice pour les diplômés hors de l'espace économique européen peut expliquer au moins en partie cet écart : les trois ans d'exercice en milieu hospitalier requis avant la délivrance d'une autorisation favorisent probablement une poursuite de carrière au sein des hôpitaux (Source : Drees, 2021).

4.6. La politique d'accès aux soins : Les Pactes territoire santé

En 2005, la loi relative au développement des territoires ruraux permet aux collectivités territoriales d'attribuer des aides à des professionnels de santé pour les inciter à s'installer dans des zones sous-médicalisées.

La loi Hôpital, patients, santé et territoires de 2009 crée le contrat d'engagement de service public (CESP). Les étudiants en médecine qui signent un CESP reçoivent une bourse pendant leurs études, en contrepartie, ils s'engagent à exercer dans les zones de revitalisation rurale et les zones urbaines sensibles.

En 2012, l'État définit le premier Pacte territoire santé, plan global de lutte contre les déserts médicaux. Le Pacte contient des objectifs chiffrés : 1 500 CESP d'ici 2017, 200 contrats de praticiens territoriaux de médecine générale (contrat qui garantit un revenu minimum et une protection sociale améliorée aux médecins qui s'installent en zone sous-médicalisée).

En 2015, un nouveau Pacte territoire santé est adopté pour la période 2015-2017. Outre une augmentation du nombre de CESP (+200 à l'horizon 2017) et un objectif de 1000 médecins installés grâce aux contrats de praticien territorial, il propose la création de 1000 maisons de santé d'ici 2017. Ces structures, qui regroupent plusieurs professionnels de santé, permettent aux médecins de mutualiser les tâches administratives et les frais de structure. Le Pacte prévoit également d'assurer l'accès aux soins urgents en moins de 30 minutes.



Bourges Prado / Centre pluridisciplinaire de santé - Crédit photos CODEV - CMC

Remarque : Les stratégies mises en œuvre et les options prises depuis les années 2000, qui démontrent une prise de conscience, sont également mesurées comme étant tardives et insuffisantes.

Sont posées là des questions fondamentales d'accès aux soins, d'inégalités, de médecine à « deux vitesses » qui s'intensifie.

De fait, il n'est pas pris en compte des paramètres pourtant essentiels : l'évolution des métiers, la complexité grandissante des parcours de soins, le vieillissement de la population et la perte de sens de l'intérêt général...

C'est ainsi que, tout en dépensant beaucoup plus pour la santé, on en vient à des réponses moins satisfaisantes ! Sont aussi posées là, des questions de stratégies et d'organisations ; de même, des questions du sens commun, voire d'éthique quelquefois.



Hôpital Jacques Cœur – Crédit photos CODEV - CMC

4.7. La stratégie nationale de santé « Ma santé 2022 »

La stratégie nationale de santé a mis en place de nouvelles mesures pour corriger les inégalités dans l'accès aux soins, notamment :

- le déploiement de 1000 communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) pour mailler le territoire national ;
- libérer du "temps médical" pour les médecins qui peuvent bénéficier d'un soutien financier pour l'emploi d'assistants médicaux en échange d'un engagement pour une augmentation de patientèle ou la réduction des délais de rendez-vous ;
- suppression du numerus clausus et la réforme des études de médecine (les universités doivent "adapter leurs dispositifs à leurs capacités de formation").

- dans la continuité de cette stratégie, la loi du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023 comprend de nouvelles mesures afin d'améliorer l'accès à la santé. Le texte prévoit notamment :
 - la création d'une 4e année d'internat de médecine générale, consacrée à des stages en cabinet médical, en priorité dans les zones médicalement tendues ;
 - l'organisation, à titre expérimental, par les agences régionales de santé (ARS) de consultations de médecins dans les déserts médicaux ;
 - la possibilité jusqu'à fin 2035 pour les médecins et infirmiers de travailler jusqu'à 72 ans à l'hôpital
 - l'exonération des cotisations vieillesse en 2023 pour les médecins retraités qui reprennent leur activité ;
 - l'assouplissement des règles de cumul emploi-retraite pour les médecins qui exercent dans un désert médical.

4.8. Les dépenses de santé en forte hausse en 2021

Source : Les clés du Social - mercredi 16 novembre 2022

Le ministère de la Santé nous révèle que les dépenses de santé sont en hausse de 7,9 % en 2021. Le plus fort taux depuis 30 ans. Ce résultat reflète les effets de la crise sanitaire du Covid-19 toujours présent parmi nous. Il s'agit aussi d'un effet de rattrapage, après une année 2020 marquée une baisse de l'activité de soins à cause des mesures de restrictions sanitaires et de confinements. Enfin, le rapport du ministère replace ces résultats dans une perspective internationale pour la première fois.

4.8.1. Une enquête de la DREES

Les dépenses de santé font l'objet d'une publication annuelle de la Drees, le service statistique des ministères sociaux. Son enquête analyse la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) en France. La CSBM comprend les soins hospitaliers, les soins de ville, les médicaments, les autres biens médicaux et les transports sanitaires. Elle s'élève à 226,7 milliards d'euros en 2021, soit 9,1 % du PIB. Cette dépense représente en moyenne 3350 euros par habitant. Pourquoi cette hausse ?

Outre le rebond de l'activité de soins déjà évoqué, la DREES explique que l'ensemble des secteurs de soins ont contribué à cette croissance. Elle signale particulièrement la consommation de soins hospitaliers, surtout dans le secteur privé qui a augmenté de 6,2 %. D'après la Drees, la montée en puissance des mesures du Ségur de la santé (valorisations salariales pour le personnel et financement de l'hôpital public) y contribue fortement. Mais l'enquête met aussi en avant que les 3 secteurs concernés par la réforme du 100 % Santé (remboursement intégral de certains soins) y ont participé.

Pour preuve, les soins de dentiste ont augmenté de 22,5 %, les audioprothèses de 60 % et l'optique médicale de 15,8 %. La réforme mise en place par le gouvernement et déployée entièrement à compter du 1er janvier 2021 a porté ses fruits, on le voit dans les résultats financiers.

On ne sera pas étonné que les laboratoires d'analyses biologiques, hors tests PCR, ont également vu leur consommation rebondir (+9,5 %), après avoir connu une baisse en 2020. Et là aussi pas d'étonnement, les tests de dépistage du Covid-19 ont représenté un coût global de 7 milliards d'euros, contre 2,5 milliards en 2020.

4.8.2. Les conséquences

Le reste à charge payé par les ménages est en légère hausse de 0,4 point. Il passe de 6,6 % à 7 %. Mais, sur l'ensemble des dépenses, la part prise en charge par la Sécurité sociale, déjà historiquement élevée, s'est encore légèrement accrue à 79,8 %. Les complémentaires santé, dont les remboursements avaient diminué en 2020, ont davantage contribué, à hauteur de 12,9 %.



Pixabay – Crédit photos – Libre de droits (1)

5.4 Dépenses de santé

En 2018, la **consommation de soins et de biens médicaux** (CSBM) est évaluée à 203,5 milliards d'euros, soit 3 037 euros par habitant (*figure 1*). La CSBM représente 8,6 % du PIB, en léger repli (-0,1 point) par rapport à 2017 (*figure 2*).

Au début des années 2000, la CSBM progressait à un rythme soutenu, de l'ordre de 3,4 % à 6,3 % par an en euros courants. Entre 2008 et 2017, cette progression a ralenti et s'est établie entre 1,4 % et 3,2 %. En 2018, la CSBM poursuit son ralentissement avec une croissance en valeur de 1,5 %, après 1,7 % en 2017 et 2,1 % en 2016. Ce ralentissement s'explique principalement par la nette décélération des soins hospitaliers.

En 2018, les soins hospitaliers représentent 46,4 % de la CSBM ; ils augmentent de 0,8 % en valeur, après + 1,6 % en 2017. Ce ralentissement s'explique par une forte inflexion des prix (+ 0,0 % en 2018, après + 0,7 % en 2017), observée dans les secteurs public et privé, et par des volumes peu dynamiques (+ 0,8 %). Bien qu'ils représentent une part moindre de la CSBM (27,0 %), les **soins de ville** deviennent le premier contributeur de sa croissance en 2018 du fait de leur forte hausse (+ 2,9 %). En leur sein, les soins des auxiliaires médicaux sont toujours dynamiques (+ 3,7 % en 2018), qu'ils soient délivrés par les infirmiers (+ 4,0 %) ou par les masseurs-kinésithérapeutes (+ 2,7 %). Les dépenses de médecins et de sages-femmes sont également en hausse (+ 4,0 %) sous l'effet de volumes plus élevés (notamment des actes techniques et d'imagerie des spécialistes), mais aussi de l'augmentation de certains tarifs à compter du 1^{er} mai 2017. La consommation de médicaments en ambulatoire, qui représente 16,1 % de la CSBM, baisse légèrement en 2018 (-0,2 %) : divers effets affectant les prix à la baisse (mesures tarifaires sur les spécialités remboursables, génériques, etc.) contrebalancent la hausse des volumes. Les autres biens médicaux (7,9 % de la CSBM) sont également dynamiques en 2018 (+ 4,3 %) : en particulier, l'optique médicale rebondit (+ 4,6 %) après plusieurs années de progression atone, sous l'effet d'une hausse des prestations versées par les organismes complémentaires pour ce poste. Enfin, les transports sanitaires (2,5 % de

la CSBM) décélèrent (+ 2,6 % après + 3,8 %), en lien notamment avec le transfert d'une partie des trajets en ambulance de l'ambulatoire vers le secteur hospitalier.

En 2018, les ménages consacrent en moyenne 1,0 % de leur revenu disponible brut aux dépenses de santé restant à leur charge, en baisse depuis 2009 (1,3 %) (*figure 3*).

La Sécurité sociale demeure le principal financeur de la CSBM, prenant en charge 78,1 % de la dépense en 2018 (*figure 4*). Cette contribution est en hausse continue, de 0,3 point en moyenne par an depuis le point bas à 76,2 % atteint en 2011. Elle est portée par la progression du nombre de personnes exonérées de ticket modérateur au titre des affections de longue durée (ALD), qui découle notamment de la plus forte prévalence des ALD à âge donné et du vieillissement de la population. L'État, les collectivités locales et les organismes de base finançant la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) prennent en charge, quant à eux, 1,5 % de la CSBM en 2018, après 1,4 % en 2017 comme en 2016. Ces dépenses correspondent aux prestations versées aux invalides de guerre, aux soins urgents, à l'aide médicale de l'État (AME) et aux remboursements par les organismes de base au titre de la CMU-C.

La part des organismes complémentaires dans la CSBM augmente de 0,3 point en 2018 pour atteindre 13,4 %, sous l'effet d'une hausse des prestations versées notamment pour l'optique et les soins dentaires. Cette hausse pourrait être la conséquence de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise en 2016, qui s'est globalement accompagnée d'un gain en parts de marché des contrats collectifs, plus couvrants, notamment en optique et en dentaire.

En conséquence, le reste à charge des ménages en santé, après assurances maladie de base et complémentaire, continue de diminuer en 2018 pour s'établir à 7,0 % de la CSBM, après 7,5 % en 2017 et 7,7 % en 2016. Ce taux est très contrasté par type de dépenses : les ménages ne supportent directement que 1,9 % des dépenses de soins hospitaliers, mais 20,2 % de celles de soins de dentistes et 21,1 % pour l'optique. ■

Définitions

Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), soins de ville : voir *annexe Glossaire*.

Pour en savoir plus

- *Les dépenses de santé en 2018. Résultats des comptes de la santé*, coll. « Panoramas de la Drees - Santé », édition 2019.

Dépenses de santé 5.4

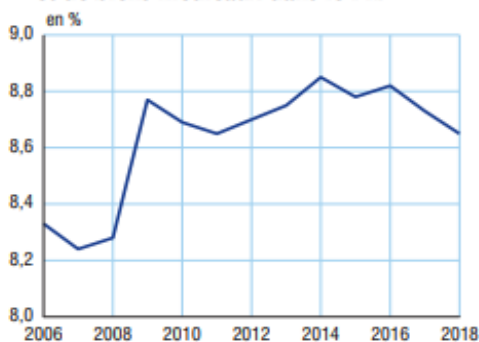
1. Consommation de soins et de biens médicaux

en milliards d'euros courants

	2006	2009	2012	2015	2017	2018
Soins hospitaliers	70,5	78,4	84,6	90,4	93,8	94,5
Soins de ville	39,3	43,4	47,1	50,5	53,5	55,0
Médecins (y compris contrats et autres soins)	17,3	18,7	19,6	20,7	21,8	22,7
Auxiliaires médicaux	8,7	10,5	12,3	14,4	15,5	16,1
Dentistes	9,1	9,7	10,5	10,8	11,3	11,4
Laboratoires d'analyses	3,9	4,2	4,3	4,3	4,5	4,4
Cures thermales	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4	0,4
Transports sanitaires	3,1	3,6	4,1	4,6	5,0	5,1
Médicaments	31,5	33,3	33,0	32,7	32,8	32,7
Autres biens médicaux ¹	9,4	11,2	13,0	14,6	15,5	16,1
Ensemble	153,9	169,9	181,8	192,9	200,5	203,5
Évolution de l'ensemble par rapport à l'année précédente (en %)	3,5	3,0	2,1	1,4	1,7	1,5

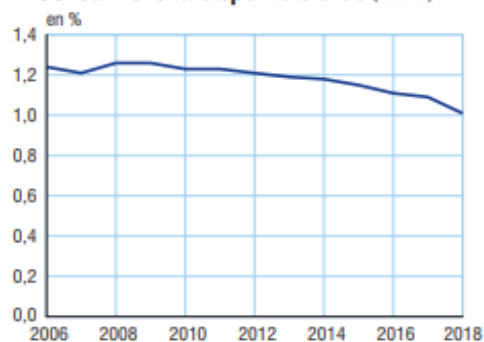
1. Optique, orthèses et prothèses externes, véhicules pour handicapés physiques, matériels, aliments, pansements.
 Champ : France. Source : Drees, comptes de la santé.

2. Part de la consommation de soins et de biens médicaux dans le PIB



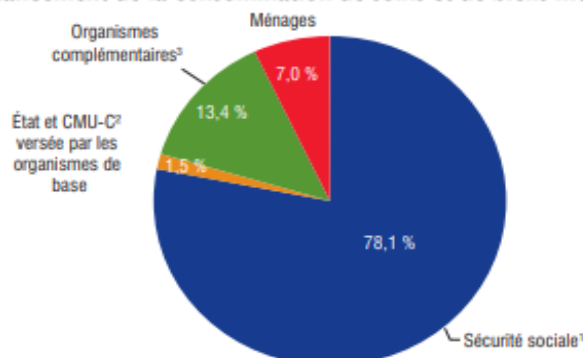
Champ : France.
 Source : Drees, comptes de la santé.

3. Reste à charge des ménages en proportion de leur revenu disponible brut (RDB)



Note : le reste à charge des ménages est la part de la dépense de santé restant à la charge des ménages après intervention de l'assurance maladie obligatoire, de l'État et des organismes complémentaires (mutuelles, sociétés d'assurance et institutions de prévoyance). Champ : France.
 Sources : Drees, comptes de la santé ; Insee, comptes nationaux.

4. Structure du financement de la consommation de soins et de biens médicaux en 2018



1. Y compris prestations complémentaires Alsace-Moselle et Camieq. 2. CMU-C : couverture maladie universelle complémentaire.
 3. Y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.
 Source : Drees, comptes de la santé.

5. CHER ET BASSIN DE VIE BERRUYER : UN TERRITOIRE DEMUNI !

Il y a 297 274 habitants dans le département du Cher en 2023. La population du Cher est en baisse. C'est une population qui vieillit avec un indice de vieillissement de 120, soit 1,2 personne de 65 ans et plus par habitant de moins de 20 ans.

Sur le long terme la population est passée de 314 603 habitants en 1999 à 297 274 habitants en 2023, soit une évolution de - 6% sur une période de 24 ans. Si l'évolution reste stable jusqu'en 2030, la population du Cher serait alors de 292 237 personnes, soit une baisse de moins 5037 habitants (-2 %).

5.1. Population du Cher par tranche d'âge

- 51,6 % des habitants sont des femmes et 48,4 % sont des hommes
- 25,3 % de la population est âgée de moins de 25 ans
- 40,4 % de la population est âgée de 25 à 59 ans
- 34,3 % de la population est âgée de 60 ans ou plus dont 12,9 % de plus de 75 ans

5.2. Répartition socio-professionnelle de la population du Cher

- 1 % des habitants sont agriculteurs exploitants.
- 3 % des habitants sont artisans, commerçants ou chefs d'entreprise.
- 5 % sont cadres ou professions intellectuelles supérieures.
- 12 % sont de professions intermédiaires.
- 16 % sont employés.
- 14 % sont ouvriers.
- 35 % sont retraités.
- 14 % des habitants ont une autre activité ou sont sans activité.



Pixabay – Crédit photos – Libre de droits (2)

5.3. Professionnels de Santé au 1^{er} janvier 2023 /statistiques INSEE

5.3.1. Densité de médecins pour 100 000 habitants :

5.3.1.1. Chiffres comparatifs :

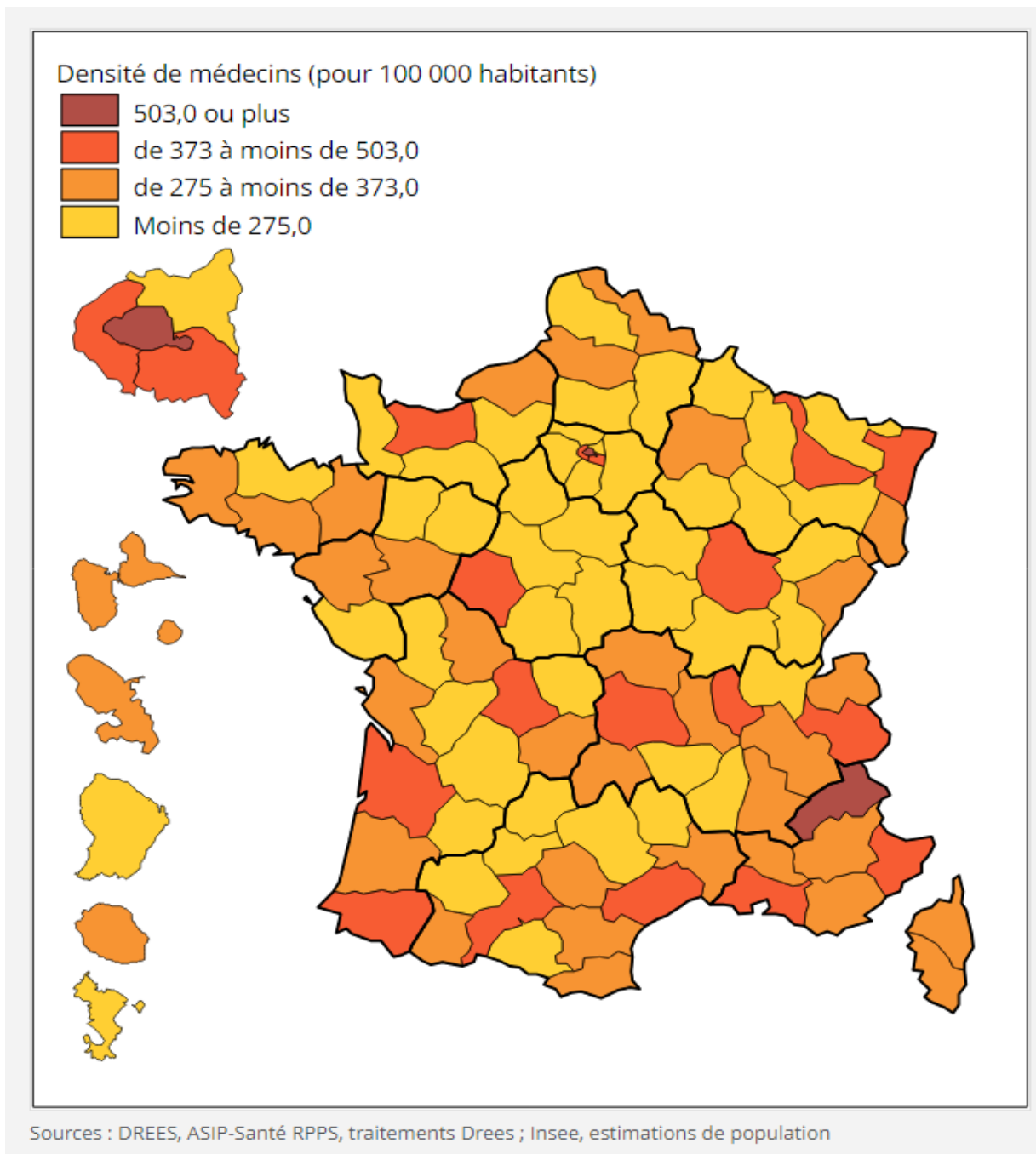
[Professionnels de santé au 1^{er} janvier 2023 | Insee](#)

• France :	339
▪ Généralistes	147
▪ Spécialistes	193
▪ Dentistes	67
▪ Pharmaciens	108
• Centre Val de Loire :	256
▪ Généralistes	115
▪ Spécialistes	141
▪ Dentistes	45
▪ Pharmaciens	104
• Département du Cher :	197
▪ Généralistes	97
▪ Spécialistes	100
▪ Dentistes	42
▪ Pharmaciens	85



Pixabay – Crédit photos – Libre de droits (3)

5.3.1.2. Cartographie : densité de médecins par département



Remarque : Cette statistique départementale, qui place le département parmi les plus démunis pour ce qui concerne la médecine de ville et laisse actuellement de nombreux citoyens sans médecin référent et en grande difficulté, masque également de grandes disparités de situations : Les milieux ruraux sont particulièrement démunis. La conjonction « population vieillissante – médecins vieillissants – laisse craindre des difficultés accrues dans les années à venir, qui nécessite des actions fortes si l'on veut assurer un accès aux soins et une prévention de bon niveau.

5.4. Indicateurs nationaux

- **0,83 médecin généraliste pour 1000 habitants** (moyenne nationale 2022).
- **8 millions de français vivent dans un « désert médical »**
- **6 millions de français n'ont pas de médecin traitant**

Source : Information Ouest France / 4-5 février 2022



EHPAD de Bellevue – Crédit photos CODEV - CMC



Bourges PRADO / Centre de santé dentaire - Crédit photos CODEV - CMC

6. ELEMENTS « SAILLANTS » RAPPORTES PAR LES INTERVENANTS :

6.1. Intervention de Monsieur Bertrand Moulin, Directeur de l'ARS du Cher

M. MOULIN indique que la situation de la santé dans le département du Cher est complexe en raison des choix qui ont été faits en amont, notamment l'instauration du numéris clausus, mais également à cause de l'évolution de la pratique de la médecine.

Sa présentation exclut les établissements médico-sociaux sur ce point de situation.

Le Cher compte :

- 5 hôpitaux publics : Jacques Cœur à Bourges, Georges Sand de Bourges et de Vierzon, Vierzon, Saint-Amand et Sancerre (à dominance gériatrique)
- 3 cliniques : 2 généralistes (Guillaume De Varye de Saint-Doulchard et les Grainetières de Saint Amand) et une psychiatrique (La Gaillardière de Vierzon).

Ces établissements publics sont membres du Groupe Hospitalier de Territoire (GHT) dont le rôle est de mettre en commun les différentes ressources et de réfléchir sur des projets de santé en commun.

Le GHT a 5 ans d'existence. 2 En termes de soins de ville, M. MOULINS indique que les 12 Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP) maillent assez bien le territoire. Certaines zones ne disposent pas de MSP mais sont couvertes par d'autres dispositifs de santé :

- A Baugy, il existe une Equipe de Soins de Proximité (ESP),
- A Aubigny-sur-Nère, présence de plusieurs cabinets médicaux,
- A Vierzon, présence d'un centre de santé porté par la ville.

L'évolution de la densité médicale M. MOULINS indique qu'il est compliqué de mettre des chiffres en matière de démographie médicale. En effet, certains médecins ne sont pas en équivalent temps complet et d'autres sont des médecins experts pour l'assurance maladie, par exemple. Il estime qu'il est plus judicieux d'effectuer des comparaisons avec d'autres départements et avec la moyenne régionale et indique qu'actuellement, pour remplacer 2 médecins, il faut en recruter 3.

L'Eure-et-Loire est le département le plus en difficulté en termes de démographie médicale dans la Région Centre-Val-de Loire. La moyenne régionale est également en dessous de celle de la France hexagonale.

L'évolution du nombre de médecins généralistes entre 2012 et 2022 ; Au niveau de la France métropolitaine, le nombre de médecins généralistes a baissé de 3% en 10 ans. En région Centre-Val de Loire, cette baisse est de 10%. Le département d'Indre-Loire est le seul qui a eu une stabilité sur le nombre de médecins notamment grâce à son université de médecine. Le Cher est le département qui a subi la plus forte baisse.

L'évolution du nombre de médecins spécialistes entre 2012 et 2022 ; Au niveau de la France métropolitaine, le nombre de médecins spécialistes a augmenté de 10% en 10 ans. En région Centre -Val de Loire, ce nombre se maintient avec une augmentation dans l'Indre-et-Loire et une baisse dans le Cher, l'Eure-et-Loire et l'Indre.

M. MOULIN indique que les dynamiques sur les installations de spécialistes dans le Cher ne sont pas favorables actuellement.

Au niveau du Cher, l'Est du département est la zone la plus en difficulté (Nérondes et Sancoins). Ce sont également des zones très peu couvertes par des services publics. Il existe une forte prévalence de cancer et de mortalité infantile. Les MSP de cette partie du territoire sont celles qui sont le plus en difficulté actuellement. M. MOULIN indique que le rôle de l'ARS est de faire remonter ces difficultés au niveau régional, d'où l'objectif de mettre en place un Contrat Local de Santé sur cette zone.

M. MOULIN annonce que les projections du nombre de médecins dans 10 ans est similaire à celui d'aujourd'hui. L'objectif est de renforcer les dispositifs existants : une répartition homogène des internes sur toute la Région, le développement des soins non programmés, la montée en compétence des infirmières en pratiques avancées, le recrutement massif des assistants médicaux, le développement de la promotion de l'éducation à la santé...

Il n'y a pas que la médecine générale qui est touchée par les difficultés de recrutement. C'est également le cas concernant les médecins coordonnateurs des EHPAD, de la CPAM...

M. MOULIN annonce que les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) et l'hôpital de Bourges travaillent sur les soins non programmés. Ce dispositif permet de mettre à disposition des créneaux libres de médecins régulés par le 15.

Ce dernier évalue la situation d'urgence et propose au patient :

- d'envoyer le SMUR (Structures Mobiles d'Urgence et de Réanimation) ou une ambulance
- de donner le nom du médecin de garde.

Sur Bourges, il existe 10 créneaux par jour. SOS Médecins a également des créneaux. A terme, ce dispositif sera piloté par le SAMU avec une augmentation du nombre de personnes répondant au téléphone. Fin 2023, ce dispositif sera étendu dans tout le Cher. A Saint-Brieuc, cette expérimentation a donné d'excellents résultats.

Monsieur moulin, a précisé quelques indicateurs, parallèlement à cette présentation.

6.2. Intervention du Docteur Laurent VAZ

Dans son intervention du 20 janvier 2023 (1), répondant à l'invitation du CODEV, le Docteur Vaz a décrit la situation actuelle du système de santé et précisé, selon lui, quelles en étaient les causes principales. Il a rappelé la prise de consciences (tardive) de cette dernière décennie et indiqué des axes de progrès possibles.

« L'offre de santé publique d'aujourd'hui était prévisible et ne résulte pas d'une fatalité ! »

Dr Laurent Vaz.

En affirmant la nécessité d'une transformation du service public, il a rappelé quelques étapes et évolutions récentes :

- 2019 : Loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (OT2S) : Développement d'une offre hospitalière de proximité. Création du Projet Territorial de Santé (CPTS). Renforcement des groupements hospitaliers territoriaux (GHT) avec obligations des commissions médicales de groupement (CMG).
- 2020 : Plan Ségur : Transformation des métiers et valorisation des soignants. Nouvelle politique d'investissement et de financement. Réorganisation de la gouvernance.
- 2021 : Loi d'amélioration du système de santé par la confiance et la simplification : Lutte contre l'intérim à l'hôpital. Simplification de la gouvernance. Réhabilitation des services hospitaliers et des chefs de service. Meilleure association des soignants et usagers dans la décision. Création du service d'accès aux soins (SAS).

Le Dr Vaz a ensuite développé quelques pistes de réflexion sur l'idée « Quel système de santé voulons-nous demain en France ? »

« Il s'agit d'un vrai sujet de société : soit le système de SANTE implose soit il y a une réorganisation cohérente du système sur le territoire ».

Il faut redéfinir la politique de santé afin qu'elle soit performante, en chiffrer les moyens y compris de financement, et déterminer les priorités y compris de soins.

Les pistes de réflexion sont les suivantes :

- produire le bon soin au bon moment pour chaque personne (performance en santé)
- 1/3 des dépenses sont inutiles sur l'imagerie médicale par exemple
- organiser le soin lorsqu'un patient arrive dans une structure hospitalière
- travailler en équipe pour les soignants (participation au parcours de soin du patient)
- travailler en coopération et non en collaboration comme actuellement bien souvent
- redéfinir l'offre de soins : sur le territoire, par exemple il y a 104 SAMU et 800 services d'urgences en France
- revoir la judiciarisation dans le domaine médical qui pèse lourd
- revoir le positionnement du Président du Conseil de surveillance qui est bien souvent le Maire de la commune où est implanté l'établissement de santé. Est-ce une position tenable quand il s'agit de redéfinir l'offre de soin ? Dans tous les cas, le Maire a le « mot de la fin !
- mener une réflexion régionale et nationale pour éviter un émiettement de l'offre de soins

Quelques autres aspects ont été évoqués lors de l'échange avec les membres :

Les évolutions sociétales ne sont pas identiques aux années 1970 et il faut tenir compte d'autres paramètres comme : La complexité accrue des soins • La féminisation de la profession médicale. Le schéma de vie des médecins : retour d'un équilibre entre profession et vie de famille.

Avec ces nouveaux éléments, le temps de travail d'un médecin actuel est moindre : aujourd'hui, il faut quasiment 3 médecins sortants pour retrouver l'équivalent d'un médecin formé au cours de la génération précédente. S'ajoute également l'évolution technologique qui, dans certaines catégories de spécialités, exigent plus de spécialistes. C'est le cas en cardiologie qui comporte 8 étapes de soins et donc 8 médecins spécialistes dans la prise en soins par exemple du syndrome coronarien aigu (infarctus du myocarde).

Il est nécessaire de rappeler qu'en France, les études sont quasi-gratuites ; qu'en Angleterre, il faut payer 30 000 € l'année ; qu'aux USA, le coût annuel est de 70 000 \$. L'essentiel du financement de l'activité des hôpitaux provient de l'assurance maladie. En 2012, celle-ci a consacré plusieurs dizaines de milliards d'euros à l'hôpital public. Ces sommes proviennent des cotisations sociales versées par les employeurs, les salariés et les travailleurs indépendants.

(1) : le CR complet de cette présentation et de cet échange est annexé au présent avis.

6.3. Intervention du Docteur Gérard Santosuosso

Médecin, mais également élu sur notre territoire, Le docteur Gérard SANTOSUOSSO est un interlocuteur habituel des instances de santé (ARS notamment), son expérience et l'intérêt qu'il porte au sujet lui permettent de mettre en exergue les forces et fragilité du système actuel et d'indiquer quelques axes de progrès envisageables.

En 1978, 8 000 médecins sont formés pour tomber à 3 400 environ en 2003-2004. Parallèlement, il y a eu des fermetures de services hospitaliers. Ces fermetures ont pour conséquence, la diminution d'accueil d'étudiants et de facto, de la formation médicale sur le terrain obligatoire pour les médecins.

Les études médicales ne font plus rêver : il y a eu une véritable dévalorisation de la profession. Les études sont longues et les internes, vu leurs horaires et responsabilités ne sont pas rémunérés. Ils ont déjà, pour la plupart, déjà constitué une famille. Beaucoup de jeunes étudiants quittent la filière et se réorientent.

Les médecins actuels ne pratiquent plus la médecine comme leurs confrères plus âgés. Le travail et la formation « H24 » n'est plus prisée. Les médecins accordent actuellement une place importante à la vie familiale et sociale. La féminisation de la profession concourt au travail partiel, à l'exercice de la profession dans des postes de médecins salariés, de conseil... Les jeunes médecins éprouvent un stress important lorsqu'ils sont seuls dans un cabinet (sécurité de l'acte). Lorsqu'ils ont un doute, ils ne peuvent pas joindre leurs confrères dans les hôpitaux pour avoir un avis comme avant. Ils préfèrent travailler en réseau, avec des confrères et à un autre rythme, en équipe pluridisciplinaire, dans un lieu adapté, y compris dans une optique de mutualisation des moyens techniques et humains.

Le manque de médecins conduit à la réduction du temps médical consacré aux patients. L'inflation actuelle des formalités administratives et la judiciarisation de la profession viennent s'ajouter en réduisant encore ce temps médical nécessaire à tout médecin afin de ne pas « passer » à côté d'un diagnostic.

Le numerus clausus est remplacé par le numerus apertus (nombre ouvert) mais le passage en seconde année est toujours très sélectif. Ce nouveau système veut donc donner un nombre minimum d'étudiants et non en limiter le nombre. Ce chiffre est décidé par les universités en collaboration avec les ARS qui connaissent les réalités de terrain.

Les études médicales reposent sur une sélection scientifique. Or, il ne faut pas réduire la notion de santé à une notion de soins. Il est indispensable d'enseigner la prévention en faculté de médecine car il faut faire une éducation sanitaire auprès de la population dès le plus jeune âge (Établissements scolaires, étudiants, associations, personnes âgées, personnes en précarité...). Enfin, la pratique médico-sociale doit aussi être enseignée. 80 à 90 % des maladies sont comportementales (alimentaires, comportement de vie, conditions de travail...). Il n'y a pas assez de structures pour prendre en compte ces facteurs. Cela permettrait de ne pas engorger les urgences.

Faut-il envisager aussi une incitation boursière ? Les collectivités locales pourraient-elles payer le début des études médicales avec une contrepartie pour le médecin de s'installer sur le territoire au prorata du nombre d'années aidées ?

Il faudrait trouver une solution mixte de l'exercice de la médecine (rapprochement entre les médecins libéraux et ceux du milieu hospitalier).

Dans le Département, il y a une majorité de cancers, diabète, suicides et accidents de voiture, accidents du travail, alcool, drogues...qui se conjugue avec la précarité. Le Département du Cher est en dernière position au regard des 9 critères. Il a été décidé d'agir sur les cancers, la santé mentale, le diabète sur les 3 départements (Cher, Indre, Eure et Loire). Pour toucher les cibles, une communication commune doit être mise en œuvre en même temps. Il faut un effet de masse. Ces départements ont un réel retard par rapport à l'axe ligérien.

Les infirmières sont déficitaires. Elles sont formées puis ne restent pas dans leur profession. Il faudrait une meilleure collaboration entre médecins et infirmières. Idem pour les sage-femmes et le secteur paramédical.

Au Centre Hospitalier Jacques Cœur de Bourges, les deux services ayant une autorisation d'activité sont la cardiologie et l'ophtalmologie. Un hôpital vit grâce aux actes. Il est « payé » en fonction du nombre de patients qui viennent aux urgences. La partie hôtellerie rapporte également mais certains postes sont déficitaires. Pour l'hôpital de Bourges, il y a entre 6 et 7 millions d'euros de déficit.

Depuis de nombreuses années, la fermeture des lits impacte directement les stages pratiques des internes. Aujourd'hui, les professeurs d'université/chefs de clinique, ne peuvent pas prendre plus d'étudiants qu'ils ne peuvent accueillir. Il faut également que les médecins transmettent leur savoir, éprouvent une envie pédagogique envers les jeunes médecins.

Il faut valoriser la possibilité d'avoir une formation de médecine de proximité avec une équipe qui souhaite transmettre.

Pour pouvoir fonctionner du fait du manque de médecins, les hôpitaux sont obligés de faire appel aux « médecins mercenaires », donc intérimaires, qui se font rémunérer à 1 800 euros minimum pour effectuer la garde de week-end. Une loi a été déposée pour empêcher la pratique intérimaire, mais il n'est pas possible de la respecter sinon ils mettent les patients en danger.



Hôpital Jacques Cœur / Consultations d'ophtalmologie – Crédit photos CODEV - CMC



Hôpital Jacques Cœur / Pôle Femme-Enfant – Crédit photos CODEV – CM

7. ELEMENTS DU DEBAT

Les membres du conseil de développement se sont réunis à cinq reprises. Ils ont pu partager les éléments apportés par des experts invités, très en prise avec les réalités de notre territoire, de par leurs missions et responsabilités. Nous les remercions de nous avoir éclairés sur les données et réalités transmises qui donnent une idée plus précise de la problématique « santé » sur notre bassin de vie.

Nous en retenons notamment ceci :

- Une population vieillissante qui, de fait, est plus fragile et nécessite un travail de prévention et de soins accru,
- Une population de soignants, elle aussi vieillissante, qui diminue et nécessite un renouvellement.
- Une difficulté à attirer des médecins et plus largement des soignants et les professionnels de santé sur notre territoire, ce qui pose plus largement la question de l'attractivité. (Parenthèse : C'est un sujet dont le conseil de développement souhaite se saisir !).
- Mais de fait, comme l'un de nos intervenants l'a précisé, les médecins, au sortir de leur cursus d'études, restent nombreux et pour diverses raisons et sans parler des implantations sur les côtes méditerranéennes et atlantiques, installés sur le bassin de vie où ils ont fait leurs études, ce qui amène à poser les questions des liens universités-territoires et d'un dispositif de meilleure répartition géographique des médecins et soignants. Ce problème n'est pas spécifique à notre bassin de vie et département. Cette question de la répartition des soignants est fortement posée au niveau national !
- Cela amène bien sûr au débat sur les incitations à l'installation, voire à des mesures plus contraignantes dans la logique d'installation en fonction des besoins sur les territoires (Ce qui est le cas pour d'autres professions).
- L'absence d'anticipation (dénoncée dans un récent rapport du Sénat et par la Commission de l'aménagement du territoire, à plusieurs reprises), La loi de restriction d'accès à la profession (Numéris clausus) qui n'a pas tenu compte de différents paramètres... La très grande disparité d'installation des médecins sur les territoires (La proximité des facultés de médecine est une forte caractéristique) ; la notion de métropolisation est également à prendre en considération. Les contraintes financières imposées par l'Etat : Moins de dépenses, moins de concurrence (Médecins responsables !) ...

- La nécessité de prendre en compte l'évolution du métier de médecin : Le souhait de moins de contraintes, l'expression du besoin de « mieux vivre », la féminisation ; la plus grande complexité des parcours de soins, la judiciarisation accrue...

« La santé est une responsabilité régaliennne. Comme l'armée, la police, la justice, la politique monétaire et fiscale. A ce titre, elle devrait en principe exclure toute gestion libérale. D'où cette question : Comment serait-elle compatible avec le système libéral de santé ? La réponse est que si ce système est juridiquement libéral, il ne l'est pas économiquement. Il relève, au contraire, d'une économie administrée, basée sur des tarifs et non des prix résultant d'un équilibre entre l'offre et la demande... »

Gérard Dubois – professeur de médecine

Source : Extrait du journal « Le Monde » - 27 mai 2020.

- Une idée très partagée sur le fait que le sujet de la santé est « régalien » et qu'il incombe à l'Etat de le traiter et d'avoir une action déterminée pour réduire les inégalités d'accès aux soins. Et pour aller plus loin dans l'échange, de définir un cadre, y compris des initiatives territoriales qui, bien que partant du meilleur sentiment, peuvent être contreproductives. C'est d'ailleurs là une des réflexions actuelles du Sénat que d'inviter à s'appuyer sur des initiatives locales, tout en définissant des axes de progrès au niveau national !
- Cela ne signifie pas que les territoires doivent demeurer « dans l'attente », mais qu'il faut établir un cadre d'actions. Les offres d'installation en provenance de quelques collectivités et les surenchères de divers ordres qui en ont découlées démontrent une forme de fuite en avant, de perte d'objectivité, voire d'un manque d'éthique !
- Pourquoi l'État, à qui incombe la responsabilité exclusive de la politique de la santé, semble-t-il éprouver autant de difficultés à réduire les inégalités territoriales d'accès aux soins ? Le débat parlementaire et le plan « Ma santé 2022 » semblent apporter quelques réponses et prendre mieux la mesure du problème. Mais la mise en application est défailante, et il ne faut pas taire que le retard pris (par exemple concernant le numérisation) et quelques autres mesures ne peuvent avoir d'effets immédiats, et qu'il faut imaginer l'échelle d'une décennie pour en percevoir les effets.
- Dans le cadre d'un travail sur la réorganisation de la santé, avoir une réflexion et des actions concrètes, dans le prolongement des travaux du Ségur, sur l'évolution des métiers, les carrières, la formation et la rémunération. Et bien entendu, sur l'organisation du travail des soignants ! Il ne faut toutefois pas taire un problème fort d'insuffisances capacitaires en matière de formation !

- Sont également posées, fortement, des questions que nous qualifions d'éthiques : la place de médecins intérimaires que nous avons qualifiée de « mercenaires » et dont nous persistons à dire qu'elle est intolérable, dès lors que nous en avons constaté les dérives (choquantes) ; Le cadre libéral des médecins qui doit être reprecisé : Oui, il faut certainement préserver cette dimension, mais également en établir les limites : Est-ce normal qu'un médecin parte s'installer à l'étranger après que la France lui ai financé ses études ? Ne doit-il pas y avoir un contrat d'engagement ? Plus largement, le médecin ne doit-il pas inscrire plus son parcours professionnel dans un cadre national défini et envisager son installation dans un échange et une codécision avec les instances de santé, ceci permettant un rééquilibrage de la cartographie médicale ? Dans le même esprit, ne doit-on pas retravailler l'aide à l'installation ? Et la servir plus en amont, au cours des études... Il y a en tout cas un contrat (moral) à définir avec le (futur) médecin, et plus largement avec le monde médical.
- Il faut sans doute imaginer des aides sélectives, tenant compte du besoin territorial, mais également du choix de conventionnement ! C'est un aspect du sujet extrêmement important car il sous-tend le fait de s'inscrire (ou pas) dans le dispositif national de santé basé sur le Solidarité !
- Il faut certainement imaginer la médecine de demain différemment de celle que nous avons connue : Le médecin, et nous pensons que c'est une bonne chose ! – imagine plus son exercice professionnel dans la pluridisciplinarité et collectivement : Travail en équipe ; en réseau, exercice coordonné, délégation de tâches, nouveaux métiers...
- L'idée de nouveaux métiers nous amène à imaginer celui d'assistant médical : mais cela pose différentes questions : la formation, la reconnaissance, le financement, l'organisation du travail, les locaux d'accueil... il y a à définir précisément ce cadre du paritarisme, et en premier lieu entre organismes de santé et médecins.
- Il faut également imaginer d'autres approches : notre référentiel local » est le service d'ophtalmologie de l'hôpital. La réorganisation et l'évolution des métiers en sont la clé de voute. Cela amène à privilégier le temps médical (le diagnostic et la prescription) et à décharger le médecin de tâches techniques et administratives... Nous sommes sensibles à cette approche. Pour imaginer le propos, c'est l'approche qu'a privilégié l'industrie, voilà deux décennies, lorsqu'elle cherchait à optimiser le temps d'ingénieur en se posant la question de ce qu'il faisait devant une photocopieuse...
- Est aussi là posée là la question du coût des soins et de la prise en charge de la santé. Et il faut s'interroger sur ces raisonnements technocratiques qui font que l'économie de l'instant est un cout supplémentaire, demain. Cela pose la question de la prévention, trop souvent abandonnée car considérée comme une dépense. La logique « calcullette » est à l'évidence à reconsidérer...

- Et puisque nous parlons prévention, ne faut-il pas s'interroger sur la quasi disparition de la médecine scolaire et de l'affaiblissement de la médecine du travail ? L'une et l'autre sont un enjeu en matière de prévention ! Les actions de prévention ne sont pas suffisamment mises en avant par les praticiens généralistes ou spécialistes, faute de temps (diabète, cholestérol, tabac, maladies cardio-vasculaires...). Idem quant à l'absence quasi-générale des médecins coordonnateurs dans les EHPADs.
- Il ne faut pas oublier le vieillissement de la population. Les unités d'hospitalisation à domicile notamment pour les soins palliatifs sont de plus en plus réduites, voire supprimées. Le Cher ne fait pas exception dans le domaine. Les soins palliatifs amènent la question de la fin de vie évoquée dans le rapport de la convention citoyenne du 3 avril 2023 remis au Président de la République.



EHPAD de Bellevue / Les Fontaines d'Emeraude – Crédit photos CODEV - CMC



Hôpital Jacques Cœur – Crédit photos CODEV – CMC

8. NEUF PROPOSITIONS DU CONSEIL DE DEVELOPPEMENT :

1. Mise en place d'une conférence nationale (expert / décideur / citoyen) pour redéfinir la politique nationale de santé et de soins, associant l'État, les soignants, les corps intermédiaires représentatifs et les citoyens.

Dans ce cadre, il pourrait être demandé aux conseils de Développement de livrer des avis... Il s'agirait là, aussi, de mieux assurer la représentation des citoyens au sein de structures de gouvernances territoriales. Par déclinaison, nous imaginons qu'une consultation semblable puisse être organisée dans les régions et sur notre territoire (département). L'implication citoyenne est là aussi essentielle !

Peut-être serait-il intéressant de renforcer le rôle du Conseil Territorial de Santé (CTS), y compris d'accroître la représentation citoyenne au sein de l'instance. Et pourquoi pas une émanation du Conseil de Développement ?

Dans ce cadre, il y aurait lieu de rappeler les enjeux que représente la santé, sujet régalien s'il en est. De rappeler l'organisation du système de soins basé sur l'accès aux soins pour tous, selon le principe de la solidarité ; il est essentiel de bien expliciter cela et de rappeler chacun à « ses devoirs ». Il est indécent que ce secteur d'activité aille vers les dérives mercantiles que nous constatons. Le secteur public, continuellement en première ligne (les épisodes COVID nous l'ont encore démontré), ne peut décemment pas être comparé et gérer comme le secteur privé, qui sélectionne les soins les plus rémunérateurs et pratique de plus en plus des dépassements d'honoraires qui, de fait, instaurent une politique de soins à deux vitesses.

Il y a là de nouveaux équilibres à trouver et de nouvelles règles à définir mais le secteur public ne pourra pas gérer seul l'ensemble de la demande.



Pixabay – Crédit photos – Libre de droits (4)

2. Nous estimons que la dimension PREVENTION est très insuffisamment prise en considération.

Si l'offre de soins est assurément à parfaire et à mieux organiser, le travail indispensable de prévention (hygiène, alimentation, examens, y compris en milieu scolaire et professionnel...), doit prendre une autre dimension. La pratique (et la tentation) de ces dernières années a trop été de faire l'économie de ces mesures d'intérêt général et de santé publique. Les conventionnements entre les collectivités locales, les associations, l'éducation nationale, les hôpitaux, les mutuelles doivent être renforcées afin de promouvoir l'éducation de la prévention (obésité, maladies cardio-vasculaires, diabète, cholestérol...).

3. Le Conseil de Développement propose aux collectivités locales de favoriser la mise en place de maisons de santé pluri-professionnelles en exercice libéral permettant une coordination des soins.

Mais celles-ci doivent être envisagées de manière concertée avec les acteurs du monde médical, comme le suggère le Sénat. Une vigilance particulière doit également être de mise au niveau du secteur de conventionnement, puisque seul le secteur 1 permet de ne pas amplifier les fractures sociales et territoriales. De même, ces collectivités locales peuvent accompagner la création de Centres de Santé qui répondent à l'aspiration de professionnels de santé optant pour l'exercice salarié. Il faut également penser au maillage rural afin de permettre à tous les habitants un accès aux soins (itinérance des médecins, sages-femmes, HAD, soins palliatifs...).

4. Les déterminants à l'installation des médecins sont multiples et ne se résument pas à des considérations financières.

Cependant, ce type d'aides apparaît susceptible d'encourager des projets d'installation, ceci permettant d'aider des territoires les plus fragiles. Mais, au vu de quelques événements récents rapportés par les médias, nous dénonçons ces surenchères à l'accueil. Ceci est grave et contreproductif !

Nous émettons le souhait qu'un cadre soit établi concernant ces incitations et nous pensons qu'une approche plus amont serait utile : l'idée que nous avançons serait l'octroi d'une bourse d'étude en contrepartie d'un engagement d'une durée restant à définir, sur le territoire considéré. Il y a là « quelque chose » à contractualiser !

De même, la prime à l'installation aujourd'hui servie doit être tout à la fois plus sélective (uniquement sur les territoires fragiles) et plus conséquentes (l'enveloppe consacrée peut ainsi être maintenue au même niveau !).

Mais sont posées là d'autres questions auxquelles il serait important de pouvoir répondre ; l'emploi du conjoint ; l'accès aux études supérieures ; les mobilités... L'attractivité du territoire est indéniablement une composante forte de l'installation.

5. La question de l'optimisation du temps médical nous est posée.

Autrement dit, il s'agit de dégager du temps en s'affranchissant de tâches administratives bien sûr, mais également d'actes médicaux pour privilégier le diagnostic et la prescription. C'est là un vaste chantier qui nécessite une organisation et une méthodologie bien définies ; des locaux adaptés également.

6. La question de nouveaux métiers vient compléter le point précédent.

A l'instar de certaines pratiques hospitalières, il nous semble qu'il serait utile d'aller vers le développement du métier d'assistant médical. Les infirmier(e)s hospitaliers sont déjà impliqués dans l'accomplissement de tâches et d'actes techniques, sous contrôles des médecins hospitaliers, et il nous semble que cette démarche peut être imaginée aussi dans le cadre de la médecine de ville, qu'il s'agisse de généralistes ou de spécialistes.

7. Créer ou renforcer les liens entre les territoires et facultés de médecine.

La création d'antennes universitaires, dans chaque département, serait de nature à faciliter l'implication des médecins. L'initiative des élus berruyers et de la région Centre Val de Loire, sur la question d'une nouvelle faculté à Orléans est de ce point de vue très positive. Mais il serait utile d'aller plus avant dans cette démarche et de créer des liens plus forts avec les départements. Nous mesurons bien – et comme nous l'a indiqué le Dr Laurent Vaz - que nombreux sont les étudiants qui demeurent à proximité de leur lieu d'études à l'issue de celles-ci.

Reprenant une suggestion d'un groupe de travail du Sénat, nous imaginons aussi l'idée de mettre en place, dans chaque département, une maison de santé universitaire où les médecins auraient un statut de maître de stage ; les universités partenaires pourraient alors y orienter et mettre en situation des internes en médecine générale.

Ces maisons pourraient également être conçues autour de deux idées fortes : la formation en ligne et en direct (conférences) de médecins tout au long de leur parcours professionnels ; être « un lieu de référence », dans chaque département pour les consultations en ligne des patients.

8. Réaliser une unité dédiée de soins palliatifs, de centres anti-douleurs et de former les soignants à cette spécialité

Plus que partout en France, le Département du Cher est un territoire à la population vieillissante et de désertification médicale. Il doit faire face depuis plusieurs années à une évolution constante des dépenses de santé, de consultations médicales mais au besoin de soins palliatifs ainsi que de centres anti douleurs.

Le constat actuel est que l'offre d'hospitalisation à domicile demeure insuffisante et que le centre anti douleurs de l'Hôpital de Bourges n'est pas assez pourvu de soignants depuis le départ à la retraite du médecin référent expérimenté.

A cela s'ajoute le manque de formation aux soins palliatifs des soignants dans leur cursus afin d'accompagner les malades, dans l'écoute et l'apaisement des souffrances psychiques et physiques. L'application de la loi « Léonneti-Claeys » demeure insuffisante au sein de l'hôpital, faute de formation, faute de soignants. Il n'y a pas d'unité dédiée à l'hôpital mais seulement une unité mobile. Divers lits « palliatifs » sont disséminés à travers les services de l'hôpital. Les malades en fin de vie ou ayant besoin de calme se retrouvent souvent dans des chambres à deux lits et avec des patients opérés. Cela n'est pas idéal pour accompagner, ni même vivre les instants avec les familles. Il n'y a pas non plus d'accueil dédié pour les familles. A Luynes, en Touraine, il y a une unité pouvant servir de référence pour les soins palliatifs. Cela devrait être inspirant pour la construction d'unités dédiées.

Les soins palliatifs sont réellement abandonnés sur le Département du Cher car la Clinique Guillaume de Varye, qui elle, avait un médecin anesthésiste-réanimateur formé, des infirmières spécialisées et un psychologue dans l'unité, est aujourd'hui fermée car le médecin est parti en retraite.

Il n'y a plus la possibilité d'accompagner les séniors dignement en fin de vie dans le Département : les EHPAD ne sont pas dotés de telles unités non plus. Les personnes, plus jeunes, en fin de vie sont également dans le même cas. Il y a réelle urgence, une priorité de créer une unité de soins palliatifs et de structures d'accompagnement des familles, en ajoutant des soins paramédicaux, comme à Luynes.

En France, il n'y a que 8 000 lits palliatifs ouverts pour une population de 60 000 millions d'habitants. Un effort considérable reste à faire.

Il serait nécessaire que les établissements de santé (public/privé), le GHT, les CPTS...collaborent également avec les associations nationales d'accompagnement en fin de vie sur le sujet, en intégrant les bénévoles qui pallient au manque de soignants en apportant leur écoute aux malades et aux soignants !

Lors de leur formation universitaire, les médecins n'ont pas un nombre d'heures suffisants d'enseignement sur le palliatif (les médecins soignent, accompagner la fin de vie est souvent représentatif d'un échec dans l'esprit médical). Le palliatif a du mal à être considéré comme « du soin ». Pourtant, si une vraie spécialité palliative était mise en œuvre suffisamment dans le cursus universitaire des médecins, ceux-ci pourraient considérer qu'il s'agit vraiment de soins de confort. Cette réflexion s'applique à tous les soignants notamment les infirmiers/infirmières, cadres de santé, aides-soignants/soignantes....

Une première approche gouvernementale a été réalisée : au Bulletin Officiel de la Santé n° 2023/13 du 21 juillet 2023 (p.31) a été publiée l'instruction ministérielle relative à la poursuite de la structuration des filières territoriales de soins palliatifs dans la perspective décennale 2024-2034.

Elle a pour objet d'organiser les filières de soins palliatifs en prenant appui sur un cadre national qui :

- Précise les missions respectives des équipes spécialisées de soins palliatifs,
- Clarifie leurs articulations avec les autres équipes de soins
- Précise les modalités du suivi de l'activité palliative et la structuration de l'offre,
- Renforce la place des intervenants de l'accompagnement de la fin de vie dans le parcours de soins, et de vie, de la personne malade et de ses proches.

9. Fin de vie : Quel avenir pour les soins palliatifs au regard de la convention citoyenne ?

Les soins palliatifs, liés aussi à la fin de vie, demeurent en attente du fait de la convention citoyenne. Outre l'aspect éthique, des choix individuels qui n'ont pas à être traités ici, il n'en demeure pas moins que le palliatif est majeur dans le domaine de la santé.

La fin de vie est un sujet dans les établissements de santé et à domicile, car cela comprend la résidence de la personne et l'intégralité des lieux d'accueil et d'hébergement, y compris en établissements et services sociaux, médico-sociaux (ESSMS).

Où en sont les travaux de la convention citoyenne sur la fin de vie qui s'est tenue le 2 avril 2023 ? Il est au moins nécessaire d'apporter ici les premiers constats majeurs :

- L'inégalité d'accès à l'accompagnement de la fin de vie,
- L'absence de réponses satisfaisantes face à certaines situations de vie notamment dans le cas de souffrances psychiques et ou physiques réfractaires.

La convention citoyenne avance des positions. Il convient de suivre le questionnement et le positionnement du gouvernement dans l'avenir sur ce sujet pour connaître l'évolution des soins palliatifs.



Hôpital Jacques Cœur – Crédit photos CODEV - CMC



*Assemblée plénière du
Conseil de Développement
de Bourges Plus.
Juillet 2023.
Photo Bourges Plus.*

9. CONCLUSION

Au cours de la précédente mandature du Conseil de Développement, nous avons travaillé sur les urgences de l'hôpital, pour lesquelles nous avons indiqué la nécessité d'une réorganisation, et en premier lieu de scinder bobologie et urgences. Nous avons également dit tout le mal que nous pensions du recours à l'intérim ; non pas qu'il soit handicapant dans son principe, bien au contraire ; mais les dérives constatées, les comportements de mercenaires de la part de certains médecins, et au final, le manque d'éthique, ne sont pas compatibles avec l'idée que nous nous faisons d'une prise en charge de la Santé pour tous.

Et puis, nous a évidemment été posée la question de la capacité de la médecine de ville, pierre angulaire du dispositif de santé : Nous savons depuis plusieurs années et parce que l'Etat n'a pas anticipé, y compris le fait que le médecin veut une vie familiale et associative à coté de sa vie professionnelle et ne souhaite plus être corvéable à merci, qu'il fallait prendre des décisions fortes quant au numéris clausus, mais aussi concernant la répartition des généralistes et spécialistes sur le territoire. Et cela n'a pas été fait.

Nous avons également mis le doigt sur le sujet Public-Privé, pour lequel les synergies sont insuffisantes. Nous ne sommes pas naïfs : Les règles du jeu sont différentes : les uns ont, derrière l'offre de soins, un objectif de rentabilité ; les autres, avant tout l'obligation légale et morale de « tout accueillir ». Mais l'épisode Covid a mis en évidence un manque de complémentarité ; c'est une anomalie que les instances de Santé devraient prendre en considération et corriger, comme le suggère d'ailleurs un récent rapport de la Cour des comptes.

De fait, nous vivons – dans le département du Cher – dans un désert médical ; malheureusement ! Deux fois moins de généralistes que la moyenne nationale ; de même pour les spécialistes ; certaines spécialités ont disparu. Et pour celles et ceux qui sont soignants, dans l'instant, la situation est difficile ; périlleuse parfois, au point que certains parlent de rupture de soins.

C'est ce constat et ces échanges qui ont motivé ce travail de la part du Conseil de Développement et celui, plus ponctuel, concernant le Plan Régional de Santé 3. Un avis « Urgence... Rattrapage ! » a été produit qui, en quelque sorte, vient compléter celui-ci.

Oui, il y a urgence et la Santé, sujet régalien s'il en est, doit rapidement être pris en compte au plus haut niveau de l'Etat. Non, nous ne pouvons pas mettre un médecin, un pharmacien ou un dentiste derrière chaque citoyen ; ni une maternité dans toutes les communes. Et telle n'est pas notre demande. Nous voulons de l'équité ! Un meilleur maillage du territoire et, finalement, l'application de cette égalité républicaine mentionnée sur le fronton de nos mairies. Et cela nécessite des mesures fortes et des décisions politiques urgentes, prises au plus haut niveau.

Notre travail, sur une année, n'a pas l'ambition d'apporter toutes les réponses aux questions qui nous sont posées. Il est une contribution citoyenne, faite de perceptions, de ressentis, de vécus et de l'idée que l'on se fait d'un système de santé performant que nous ne voulons pas voir se dégrader. C'est là une prise de conscience partagée ; un état des lieux et l'idée que des solutions existent, dès lors que l'intérêt général prime.

Parce que nous avons conscience qu'à côté de ce noble engagement pour les autres, de tout ce temps consacré et des souffrances que cela peut engendrer parfois, pour les soignants, il y a aussi cet égoïsme et ce mercantilisme qui détruisent ce bien commun précieux que tant d'autres nous envient (enviaient ???).

Réorganiser ; former ; transférer des actes et des responsabilités ; optimiser le temps médical ; affranchir les soignants des tâches administratives ; imaginer de nouveaux métiers ; œuvrer à plus de mise en commun ; revaloriser les métiers ; redéfinir les parcours de soins et les protocoles ; mieux mailler les territoire... Tels sont les enjeux. Disons-le aussi, ne pas laisser le mercantilisme prendre le pas sur la Solidarité ! Certains métiers délaissés par le public sont devenus des « vaches à lait » et la moindre des choses – et c'est ce qu'attendent nos concitoyens – serait qu'il y ait, en la matière, un peu plus de respect du bien commun : la Sécurité Sociale.

Faut-il là reparler du grand âge, de la fin de vie ; des soins palliatifs ? Faut-il parler de handicap, de psychiatrie... Faut-il débattre de télémédecine ; d'intelligence artificielle ? Oui, nous en parlerons et ce sera l'objet de nos travaux de 2024. Nous avons voulu rendre cet avis après une année où nous aurons entendu quelques experts du sujet, ou nous aurons échangé et partagé nos réflexions et interrogations. L'essence même de notre approche est celle du croisement d'idées de citoyennes et de citoyens, sur un territoire défini. Nous pouvons les confronter avec des avis d'experts pour mieux comprendre ; mais c'est l'idée que nous nous faisons collectivement de nos problèmes qui doit transpirer là. Celle d'hommes et de femmes, bénévoles, s'exprimant « intuitu personae », regroupés au sein d'un conseil consultatif, confrontés à ces réalités de notre territoire... Ils ne sont pas des experts, mais leur partage est une expertise !

Nous restons bien entendu à la disposition de nos concitoyens, des élus de notre territoire et des instances de santé, pour poursuivre cet échange et préciser, si besoin, nos réflexions et propositions.



Hôpital Jacques Cœur de Bourges – Crédit photos CODEV - CMC



Hôpital Jacques Cœur – Piste d'hélicoptère – Crédit photos CODEV - CMC



Hôpital Jacques Cœur-Site des Gadeaux – Crédit photos CODEV – CMC

10. LIENS

- [Lutte contre les déserts médicaux : un rapport formule douze propositions inspirées d'initiatives locales - Public Sénat \(publicsenat.fr\)](#)
- [projet_sns.pdf \(sante.gouv.fr\)](#)
- [Plan national santé environnement | Agence régionale de santé Centre-Val de Loire \(sante.fr\)](#)
- ["Ma santé 2022" pour transformer le système de santé | Agence régionale de santé Centre-Val de Loire \(sante.fr\)](#)
- [L'accès aux soins en FC pour tous et partout.pdf](#)
- [https://e-ceser.grandest.fr/wp-content/uploads/2022/12/2022-12-0708-rapport-et-avis-acces-aux-soins-pour-tous-adoptes.pdf](#)

11. ANNEXES

- Avis du Conseil de Développement de Bourges Plus : « Urgence... Rattrapage ! ». Sur le site internet du Conseil de Développement : [Conseil de développement de Bourges Plus \(agglobourgesplus.fr\)](#)
- Délibération du CESER Centre Val de Loire en date du 26 juin 2023 : avis défavorable sur le PRS3 [Deliberation-juin-2023-PRS3.pdf \(centre-valdeloire.fr\)](#)

12. ILLUSTRATIONS-CREDITS PHOTOS

- Crédit photos CODEV de Bourges Plus.
 - Photos de CMC – libres de droits.
 - Site Pixabay – photos libres de droits.
- (1) Pixabay - Crédit Photos libre de droits : Image par [Tumisu](https://pixabay.com/fr/users/tumisu-148124/?utm_source=link-attribution&utm_medium=referral&utm_campaign=image&utm_content=4819676) de [Pixabay](https://pixabay.com/fr/?utm_source=link-attribution&utm_medium=referral&utm_campaign=image&utm_content=4819676)
 - (2) Pixabay – Crédit photos – libre de droits - Image par [Gerd Altmann](https://pixabay.com/fr/users/geralt-9301/?utm_source=link-attribution&utm_medium=referral&utm_campaign=image&utm_content=3108155) de [Pixabay](https://pixabay.com/fr/?utm_source=link-attribution&utm_medium=referral&utm_campaign=image&utm_content=3108155)
 - (3) Pixabay – crédit photos – libre de droits - Image par [taokinesis](https://pixabay.com/fr/users/taokinesis-2290689/?utm_source=link-attribution&utm_medium=referral&utm_campaign=image&utm_content=2290689) de [Pixabay](https://pixabay.com/fr/?utm_source=link-attribution&utm_medium=referral&utm_campaign=image&utm_content=2290689)
 - (4) Pixabay – Crédit photo – libre de droits - Image par [StartupStockPhotos](https://pixabay.com/fr/users/startupstockphotos-690514/?utm_source=link-attribution&utm_medium=referral&utm_campaign=image&utm_content=594090) de [Pixabay](https://pixabay.com/fr/?utm_source=link-attribution&utm_medium=referral&utm_campaign=image&utm_content=594090)

CONSEIL de
DEV ELOPPLEMENT
▪ Bourges **Plus**