

Recommandations sur l'accès aux soins de proximité dans l'Aude

L'accès aux soins est une préoccupation croissante de la population qui s'exprime aujourd'hui avec un caractère d'urgence compte-tenu de la situation de la médecine ambulatoire, de l'insuffisance des moyens des services d'urgence et de l'organisation des services hospitaliers avec notamment une importante diminution des lits d'hospitalisation. Cette situation est exacerbée dans le département de l'Aude.

Le CDCA a souhaité se saisir de cette question pour exprimer un avis et des recommandations conformément à ses missions. A cet effet, trois réunions de commission se sont tenues au cours du premier trimestre 2023.

S'appuyant sur les éléments en sa possession (Art L149.1 CASF), les informations fournies par le Département, les constatations de l'ARS, les expressions médiatisées sur le sujet, le CDCA fait un constat alarmant sur les difficultés de l'accès aux soins, de manière générale et plus encore dans le département de l'Aude.

Etat des lieux du département

Le département de l'Aude cumule de nombreux critères qui démontrent tout autant l'étendue des besoins en santé que les obstacles pour accéder aux soins ou que l'insuffisance de l'offre de soins.

Un taux de pauvreté et de chômage élevé.

Une forte précarité.

Une population vieillissante en forte augmentation.

Une consommation de soins supérieure à la moyenne régionale et nationale.

Un nombre de pathologies en ALD supérieur à la moyenne nationale.

Un renoncement aux soins important (éloignement, délai de prise de RDV, horaires inadaptés selon lieu et transports).

Des actes de prévention insuffisants.

Une hétérogénéité des territoires.

Une offre de soins inégale essentiellement centrée autour du secteur libéral.

Très peu d'infirmières en pratique avancée.

Un nombre de médecins généralistes en baisse constante depuis plusieurs années et une prévision d'au moins 40 % de généralistes qui feront valoir leur droit à la retraite dans les prochaines années. (Sur 338 généralistes, 143 sont âgés de 60 ans et plus. (Chiffres communiqués sous réserve).

Un nombre de spécialistes inégalement réparti, tout autant sur le plan des territoires que des spécialités dont certaines sont particulièrement sous dotées.

Les moyens de l'hôpital public sont diminués par la fermeture de nombreux lits.

Les services d'urgence sont fragilisés par le manque de médecins urgentistes.

Des conditions de transport qui ne facilitent pas le déplacement des personnes fragiles dont la mobilité est par ailleurs rendue difficile du fait du vieillissement.

Des difficultés majeures constatées pour l'acquisition, et l'utilisation des outils numériques par les personnes âgées en situation de dépendance ou les personnes en situation de handicap et qui ne sont pas toujours en capacité de maîtriser la téléconsultation.

Des territoires ruraux au bord de la rupture, tels le Plateau de Sault, le Chalabrais, les Hautes Corbières, La Piège Lauraguais, La Montagne Noire et même des zones urbaines qui ne sont pas en reste comme c'est le cas du Carcassonnais où plus de 15 000 patients sont sans médecin référent.

Une ruralité et un environnement socio-économique qui n'incitent pas les jeunes médecins à s'installer dans le département.

Une démographie du département en pleine évolution, avec une augmentation sensible de la population des jeunes actifs ainsi que de nombreux retraités.

Les origines de l'insuffisance du nombre de médecins

Dans le dernier tiers du 20^{ème} siècle, personne n'ignorait que la démographie allait poser un problème en cette première moitié de 21^{ème} siècle compte tenu de l'effet conjugué du flux des naissances des années 1950, du vieillissement de la population et de la hausse des pathologies chroniques inhérentes à l'âge, donc prévisibles. De même, on ne pouvait ignorer que les médecins allaient vieillir tout autant que l'ensemble des autres catégories de la population.

Le numérus clausus, mis en place en 1971 à la demande des médecins, (8588 médecins entrés en formation en 1972) a été par la suite limité afin de satisfaire à une vision technocratique et comptable de la santé. Il s'agissait de réduire l'offre, d'endiguer la demande de soins et ainsi réduire les dépenses. A partir de 1975, une baisse drastique des effectifs confirmée en 1980 a conduit à atteindre un seuil entre les années 1995-2000 (3500 médecins entrés en formation) (Source Drees mars 2021).

Les conséquences

La plupart des généralistes n'ont plus la possibilité d'accepter de nouveaux patients.

L'ensemble des territoires du département tout autant en zone urbaine que rurale sont impactés.

De nombreuses personnes n'ont plus de médecin référent et le parcours de soins se trouve ainsi fragilisé voire obsolète.

Le risque de voir apparaître pour certains patients des retards de diagnostic de maladies graves se trouve ainsi accentué et constitue une réelle perte de chance.

Comme toujours, ce sont les plus fragiles, à savoir les personnes en situation de handicap, les personnes âgées et les personnes en situation de précarité qui sont les premiers touchés, subissent et subiront les répercussions de l'insuffisance de moyens de soins.

Le maintien à domicile des personnes âgées et des personnes en situation de handicap fait l'objet d'une politique de développement sans moyens adaptés. De par le fait de manque de soignants qui se déplacent au domicile, celui-ci ne peut être assuré dans de bonnes conditions.

L'accès aux services d'urgences fait l'objet d'un filtrage préalable pour réguler l'afflux des patients. De plus, l'accès hospitalier étant limité, le passage aux urgences de nombreux patients, qui pourraient être admis directement, engorge ceux-ci de manière inutile (37% des hospitalisations sont consécutives à un passage aux urgences).

Le dispositif prévu par la Sécurité Sociale pour permettre aux patients en manque de médecin référent de consulter et de bénéficier des remboursements correspondants n'est pas adapté à l'étendue et à la gravité des manquements constatés. Ainsi, au niveau national, ce sont plus de 6 millions de personnes qui sont sans médecins référent dont 600 000 personnes en ALD.

Dans un tel contexte, la situation de l'accès aux soins relève de l'urgence. Le CDCA considère que les moyens mis en œuvre dans l'immédiat par les pouvoirs publics ne sont pas suffisants ; pour faire face aux enjeux qui se posent dès aujourd'hui et dans les cinq prochaines années pour assurer la permanence de l'accès aux soins de la population.

A l'heure actuelle, rien ne permet d'affirmer par ailleurs, qu'une fois atteint l'horizon de 2033-2035, le remplacement du numerus clausus par le numerus apertus permettra au département de l'Aude de retrouver un nombre de médecins généralistes suffisant pour faire face aux besoins de la population.

Des dispositifs insuffisants

La création d'une 4ème année d'internat consacrée à des stages en pratique ambulatoire en particulier dans les zones médicalement tendues ne règlera pas le problème des déserts médicaux, loin s'en faut.

L'objectif de déployer des infirmières en pratique avancée, constitue une réponse très insuffisante. En effet, la durée de la formation des infirmières en pratique avancée est de deux ans, elle ne peut démarrer qu'après trois années de pratique et se dérouler en université s'agissant d'un diplôme équivalent au master. De ce fait, l'augmentation sensible du nombre de soignants formés à ce nouveau métier apparu en 2018, ne donnera son plein effet que dans plusieurs années, ce n'est donc pas une solution qui permettra de répondre à l'urgence. De plus le nombre d'infirmières formées et le financement de leur formation sont insuffisants.

Des contrats d'engagement de service public (CESP) prévus par la loi « hôpital, patients, santé territoires, » en 2009, conditionnent des allocations mensuelles pour les étudiants à partir de leur 4^{ème} année d'études. En contrepartie, ces étudiants s'engagent à exercer leurs fonctions dans des lieux où l'offre de soins est insuffisante. A l'échelle du pays, en 10 ans, 3307 contrats de médecins soit 330 par an ont été signés, sans pour autant améliorer la situation des zones défavorisées.

Les collectivités territoriales démunies

Afin de suppléer aux insuffisances de l'Etat, les collectivités territoriales, alors que la santé ne relève pas de leur compétence, ont mis en place des moyens conséquents pour faciliter l'installation de jeunes médecins dans les zones en tension.

- Bourses supplémentaires aux étudiants en formation.

- Aides au maintien de l'exercice coordonné.
- Aides au déploiement des structures d'exercice coordonnée.
- Aides à l'installation des médecins.

Force est de constater que les marges de manœuvre sont réduites et que malgré les efforts consentis, les résultats ne sont pas à la hauteur des enjeux. L'attractivité de la ruralité est faible et le restera par nature, malgré les incitations financières. De plus, en agissant sans coordination, une mise en concurrence malsaine se développe entre les collectivités territoriales communales et intercommunales.

Autres obstacles

La nécessité de coordonner les soins est une bonne idée pour la prise en charge globale des patients mais les communautés territoriales professionnelles de santé (CTPS) regroupent des médecins en exercice. Cela ne comble pas le manque. Si les patients en ALD sont priorités, ce sera au détriment des autres patients.

Le zonage revisité en 2022, en particulier pour le département de l'Aude par l'ARS et présenté comme une avancée n'est déjà plus d'actualité compte-tenu de l'évolution rapide de la situation.

De plus en plus de jeunes étudiants en médecine et de jeunes médecins souhaitent exercer dans de nouvelles formes leur activité. Cette perspective conduit à envisager que pour un départ de médecins, il faut deux recrutements pour obtenir un temps de présence égal.

Beaucoup souhaiteraient exercer dans le cadre du salariat. De ce fait, l'organisation actuelle basée sur le développement quasi exclusif de la médecine libérale ne correspond plus y compris aux attentes des étudiants et des jeunes médecins, notamment compte tenu de la féminisation du métier.

Les Recommandations du CDCA

Le CDCA tient à affirmer que le système de santé relève d'une mission de service public. A ce titre, il est fondamental que l'organisation des soins soit adaptée aux besoins des populations afin d'améliorer la prévention et la santé, de permettre une égalité d'accès à des soins de qualité pour tous, quels que soient ses revenus ou son lieu de vie.

Le CDCA considère :

- Qu'un plan d'urgence doit être mis en route sans attendre pour pallier à l'accroissement des inégalités territoriales dans l'accès aux soins et à l'insuffisance de l'accueil en soins d'urgence.
- Que le système de santé basé essentiellement sur une médecine libérale étant à bout de souffle, il convient de revoir intégralement son organisation dans le long terme.

Dans un futur proche, le recours à l'intelligence artificielle (IA) dans le domaine de la santé va bouleverser les pratiques, transformer les métiers et les relations patients/soignants. Ces solutions numériques innovantes induisent des questions éthiques et juridiques et ne doivent avoir pour objet que d'améliorer la prévention et la santé des patients sans se substituer aux examens cliniques.

Le CDCA considère que la totalité du département de l'Aude doit être requalifiée immédiatement en zone d'intervention prioritaire par l'ARS. (ZIP)

Dans le département de l'Aude, le CDCA considère que l'attention doit être portée sans distinction vers tous les secteurs : médecine générale, médecine spécialisée et auxiliaires médicaux.

Le CDCA considère que dans les zones surdotées, il est impératif de conditionner l'installation d'un nouveau médecin à la cessation d'activité d'un médecin exerçant la même spécialité.

Prenant acte que les dispositifs actuels ne sont pas suffisamment incitatifs, compte-tenu de l'urgence de la situation et de la notion de service public attachée à l'exercice de la médecine, le CDCA considère que le rééquilibrage de l'installation dans les territoires sous-dotés est indispensable au maintien de la mission de service public de santé et au respect de l'égalité du droit d'accès aux soins.

Avant de régler la question de la répartition géographique des médecins, notamment généralistes, sur les territoires il faut disposer d'un nombre plus important de médecins formés. Il est donc urgent d'augmenter fortement le nombre de jeunes étudiants admis en formation afin que le nombre de jeunes diplômés soit adapté aux besoins. Il conviendra de maintenir dans le temps un niveau constant tenant compte des besoins des populations et des projections démographiques. Ces évolutions devront s'accompagner d'une adaptation des moyens dévolus à la formation des médecins.

Les aides financières doivent être généralisées à tous les étudiants en médecine volontaires. En contrepartie, ils devront pendant une durée au moins égale à 5 ans s'installer là où les besoins sont les plus forts.

Le CDCA a pris acte des revendications des médecins exprimées lors des récentes négociations de la convention médicale. Les moyens doivent leur être donnés pour qu'ils soient plus présents auprès des patients et soient moins prisonniers des tâches administratives.

Les internes en médecine, les médecins, quel que soit leur mode d'exercice ou leur spécialité, doivent pouvoir bénéficier de conditions de travail leur permettant à la fois une meilleure prise en compte des patients et un respect de l'équilibre entre vie privée et vie professionnelle.

Le CDCA considère que le nombre de places de formation des IPA doit être augmenté dans les universités. La formation à distance doit être mise en place. Pour favoriser ce dispositif, il pourrait être envisagé que les IFSI de proximité soient réorganisés afin de permettre la formation des infirmiers (es) en pratique avancée (IPA).

Il conviendra de prendre toutes les mesures de revalorisation et de financement de cette fonction et d'augmenter le nombre de postes dans les zones sous denses.

Le CDCA considère que toute concurrence entre les collectivités territoriales pour l'installation des nouveaux médecins est à proscrire. Des dispositifs solidaires doivent être organisés entre les territoires. Par ailleurs, un cadre référentiel devra être défini pour réguler l'offre.

Pour répondre aux besoins grandissant des populations âgées ou en situation de handicap qui vivent à domicile, les moyens médicaux doivent intégrer les besoins de visites à domicile.

L'organisation d'une médecine itinérante doit être envisagée sous diverses formes pour faire face à l'urgence dans les territoires sous dotés. Ce dispositif, pourrait être maintenu sous certaines conditions afin de répondre à l'absence d'attractivité dans certains milieux ruraux.

Pour les personnes sans médecin référent du fait de l'insuffisance de soignants, il doit être prévu par la Sécurité Sociale un dispositif simplifié non pénalisant pour permettre le remboursement de soins et permettre l'accès direct aux spécialistes. (Cardiologues, Dermatologues, Pédiatres, Oto-rhino-laryngologues, Rhumatologues etc...)

Le déploiement des centres de santé pluriprofessionnels sur le territoire doit être envisagé comme une des solutions prioritaires afin de faire face à la désertification médicale. Ce dispositif permettra :

- De répondre aux souhaits de plus en plus nombreux des médecins d'exercer dans le cadre du salariat.
- De favoriser la coordination des soins.

- De décharger les médecins des tâches administratives.

Les pratiques mixtes permettant aux médecins d'œuvrer entre le secteur hospitalier et le cabinet privé doivent être développées.

Le déploiement des bornes de téléconsultation fixes ou mobiles doit rester un moyen d'améliorer la prise en charge des patients sans pour autant être un substitut à l'insuffisance de médecins.

Le CDCA considère que l'accueil des médecins d'origine étrangère qui désirent s'installer sur notre territoire doit être amélioré.

Afin de désengorger les services d'urgences, il faut favoriser les admissions directes depuis la médecine de proximité pour éviter aux patients de passer par les urgences pour être hospitalisés.

La fermeture des lits d'hospitalisation doit être immédiatement stoppée et les emplois manquants dans les services hospitaliers doivent être pourvus sans attendre.

Pour faire face à l'urgence, il faut permettre aux pharmaciens de renouveler certaines prescriptions, au-delà d'un mois, dès lors qu'il existe une prescription d'origine faisant état d'un diagnostic avéré et élargir l'accès à la dispensation sans disposer d'ordonnance, dans le cadre de protocoles simplifiés.