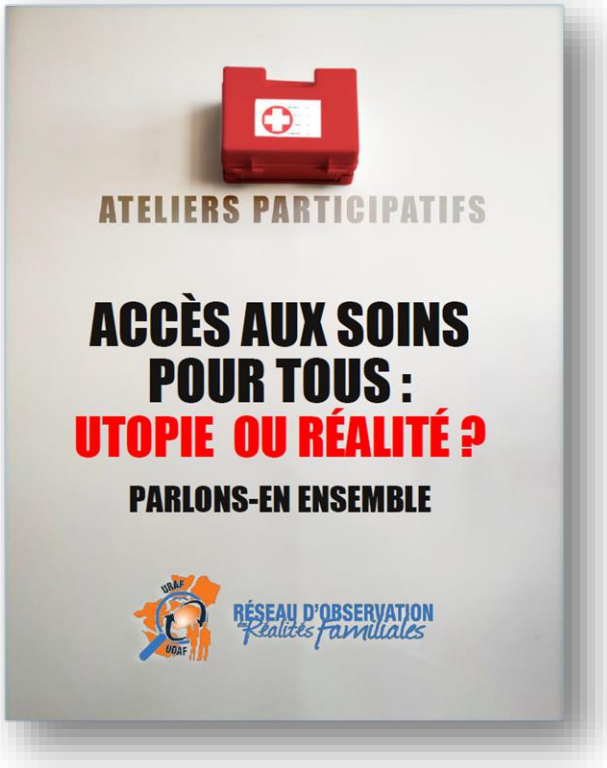
Rapport

Réseau d'observation des réalités familiales

_ URAF Pays de La Loire _



Vincent Chaudet, *Docteur en sciences de l'éducation et de la formation*

DIRECTION SCIENTIFIQUE DE LA RECHERCHE

Association régionale pour l'institut de formation en travail social des Pays de La Loire

SOMMAIRE

Page

Introduction 1

Méthodologie 3

Préconisations (entrées thématiques) : 6

1. *Manques de Médecins et de Spécialistes* 7
2. *Urgences* 17
3. *Alternatives de soins, domicile, préventions* 22
4. *Handicaps, inégalités et mobilités* 28
5. *(Mal) remboursements, dépassements d'honoraires* 33
6. *Accès à l'information* 37
7. *Organisation de l'hôpital* 38
8. *Professionnels du soin* 40
9. *Éducation du patient* 47
10. *Système global, Politique et institutionnel* 48

Annexes

1. Profil des participants aux 8 ateliers 55
2. Cadrage des ateliers 57
3. Récapitulatif des préconisations 58
4. Sigles & acronymes 75
5. Transcription des 8 ateliers RORF (2nde pagination : de 1 à 134) 0

INTRODUCTION

L'accès aux soins pour tous, un sujet à l'ordre du jour

La question du droit à la santé et de l'accès aux soins est montée en puissance ces dernières années et ces derniers mois. En témoigne :

- Le colloque de 2010, à Angers, organisé par l'URAF qui déjà soulevait le problème de l'avenir de la Santé en Pays de La Loire, notamment pour les territoires ruraux ;
- Plus récemment, une étude nationale parue en mai 2017, menée par la DREES (Direction de la recherche des études et de la statistique) pour le Ministère de la Santé à propos des « Déserts médicaux : Comment les définir ? Comment les mesurer ? » ;
- Dans son bilan annuel 2018, le Défenseur des droits se préoccupe du phénomène de vieillissement des médecins sur l'ensemble des territoires, de l'augmentation des risques de non-respect du parcours de soins coordonnés, du renoncement aux soins ou encore de l'entrée prématurée en institutions.
- Et dernièrement, le 24 juillet 2019, la promulgation de la loi Santé relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

Une démarche participative originale et démocratique

À travers la présente étude menée sur le territoire des Pays de La Loire, l'URAF, en appui sur son Réseau d'observation des réalités familiales, a souhaité aller à la rencontre des usagers afin de recueillir leur vécu et leurs avis au sujet de l'accès aux soins, dans ses différentes déclinaisons, à partir de la question de savoir si l'accès aux soins pour tous est : une utopie ou une réalité ? avec une invitation à en parler ensemble.

Soulignons l'intérêt de la démarche. Il s'agit d'une approche qualitative du phénomène consistant à entendre plus précisément ce que les personnes qui participent à ces échanges vivent et pensent à propos de l'accès au soin auquel ils sont confrontés quotidiennement ou ponctuellement. À travers ce rapport, l'idée est de fournir aux différents acteurs qui œuvrent à l'amélioration des dispositifs et décident à son propos, des préconisations et des pistes d'améliorations face à des situations concrètes problématiques. Non pas que l'usager sache toujours exactement ce qu'il faudrait faire pour améliorer les choses, mais qu'en tenant compte de son avis, l'écart entre la réalité vécue et les agencements se réduise et les réponses institutionnelles s'adaptent aux besoins repérés.

Dans cette optique, pour mener une étude sérieuse, il fallait mobiliser et manier des instruments scientifiques adaptés et rigoureux. Tandis que les approches qualitatives en Sciences humaines ne jouissent pas forcément d'une bonne visibilité auprès du grand public et des décideurs, elles disposent pourtant d'un corpus méthodologique et d'outils qui font leurs preuves pour saisir les particularités, les dynamiques et les contradictions en rapport avec le *facteur humain*, aux effets déterminants, tout en ne se laissant pas facilement appréhender.

D'autre part, la démarche est participative. Le terme s'est récemment banalisé, recouvrant diverses approches, quelquefois contradictoires. L'animation des groupes de parole et la production d'avis qui a constitué la trame des Ateliers RORF puis orienté notre recueil de données, ont été conçues et conduites suivant une approche démocratique directe, ouverte, favorisant l'expression individuelle et l'écoute mutuelle. Notre approche étant supportée par un équipement en référence à la psychologie et à une éthique des relations humaines ainsi qu'à la dynamique des groupes restreints.

Les Participants

70 personnes ont participé aux 8 Ateliers : 41 femmes et 29 hommes. Les participants sont des usagers concernés par la thématique. 34 professions déclarées sont issues de différents secteurs d'activité : fonction publique, secteur médical, entreprises, éducation, travail social, cadres de direction Ont participé également, des personnes en recherche d'emploi, des parents, des grands-parents et des retraités (voir *Profils des participants*, Annexe 1, p. 55).

Une trentaine d'entre eux ont déclaré avoir des mandats de représentation dans un cadre associatif, bénévole ou électif. Ces participants issus du monde associatif et de groupements d'usagers, en plus de porter leur propre parole, exemples à l'appui, rapportent aussi la parole d'autres personnes préalablement concertées, par exemple lors de réunions préparatoires organisées à leur initiative.

Pour d'autres participants, il s'agit de professionnels impliqués dans divers dispositifs de soins tels que l'aide à domicile, l'hôpital, les tutelles aux majeurs, l'encadrement, etc. (Annexe 1, p. 55).

Les participants habitent dans des petites et des grandes villes ainsi que dans des communes en milieu rural. Autrement dit, un échantillon assez large de la population française résident dans les Pays de La Loire, pour les trois départements de la Vendée, de la Sarthe et de la Loire Atlantique (*Cf.* Carte des Ateliers, ci-dessous).

MÉTHODOLOGIE

Déroulement des Ateliers

Chaque Atelier a suivi le même protocole. Le cadre et le déroulement ont fait l'objet d'une présentation et d'un visuel affiché à chaque début de séance (*Cf. Cadrage des Ateliers*, Annexe 2, p. 57).

Recueil et traitement des données

Avec l'accord de tous les participants, chaque Atelier d'une durée moyenne de 2h00 a été enregistré sur support numérique en vue du traitement des contenus. Les contenus de chaque Ateliers, d'une durée totale d'environ 16h00 ont été ensuite intégralement retranscrits et anonymés pour constituer un Corpus de 134 pages de témoignages, disponibles auprès de l'URAF.

Convention de retranscription des Ateliers et des Préconisations

Pour les Ateliers, des codes de notation ont été utilisés pour respecter l'anonymat des participants et pour faciliter la lecture du texte des prises de paroles et des échanges, denses la plupart du temps. (P.1.1 = Participant 1 de l'Atelier 1 ; P.2.5 = Participant 1, de l'Atelier 5)

Pour les Préconisations et le *Récapitulatif des préconisations* (Annexe 3, p. 58), avec des exemples, le même système de numérotation a été repris, ajusté au précédent ; pour faciliter la lecture, nous avons ajouté et intercalé des intertitres entre différentes préconisations pour annoncer des sous-thématiques. (5.6 = Participant 5 de l'Atelier 6 ; A.2 : A pour Atelier, soit un participant de l'atelier 2)

Préconisations

186 préconisations ont été extraites des prises de paroles et des échanges, que nous avons ensuite réparties suivant 10 thématiques, comme suit :

Répartition thématique des préconisations

N°	Intitulé	Nb de préconisations
1.	*Manques de Médecins et de Spécialistes*	46
2.	*Urgences*	21
3.	*Alternatives de soins, domicile, préventions*	23
4.	*Handicaps, inégalités et mobilités*	16
5.	*(Mal) remboursements, dépassements d'honoraires*	13
6.	*Accès à l'information*	6
7.	*Organisation de l'hôpital*	6
8.	*Professionnels du soin*	23
9.	*Éducation du patient*	4
10.	*Système global, Politique et institutionnel*	28
	Total	**186**

Chacune des préconisations est illustrée par un ou plusieurs exemples ou propos exprimés par les participants lors des Ateliers. L'ensemble des préconisations représente une analyse de données d'une cinquantaine de pages (Annexe 3, p. 58 : *Récapitulatif des préconisations*). Nous présentons, ci-après, l'ensemble de ces préconisations suivant les 11 thèmes retenus et leurs sous-thèmes.

Dans la mesure où la méthodologie qualitative retenue est étroitement dépendante des paroles des participants, certains thèmes ou sous-thèmes peuvent se recouper ou avoir une fonction transversale à différents thèmes. C'est le cas par exemple des dimensions économiques, administratives ou formatives que l'on retrouve dans différents thèmes abordés. Certains thèmes, tel que l'Accès à l'information sont également transversaux, mais l'importance de celui-ci, il méritait selon nous d'être traité spécifiquement.

Complexité des situations vécues

Les témoignages apportés confrontent divers types de problèmes, de nature différente et sur des niveaux distincts. Tout d'abord, nous trouvons une multitude d'acteurs :

- Patients-usagers, aux multiples problématiques ;
- Professionnels du soin, médecins notamment, praticiens auprès des usagers, spécialistes, transports, secours, etc. ;
- Élus, hommes et femmes politiques, de divers degrés.

Des Institutions :

- Politiques publiques, lois ;
- Établissements et services, dont ceux spécialisés.

Des aspects « logistiques » :

- Vie au travail ou conditions de travail et d'organisation ;
- Transports, en lien étroit avec la dimension géographique et l'accès au territoire ;
- Gestion : économique, mangement, formation, administratif, délais de RV.

Autant d'aspects auxquels s'ajoutent des questions « socialement vives », du fait de leur actualité et de leur importance aux dires des participants, mais aussi du fait des contradictions qu'elles véhiculent :

- Soins en théorie et soins en pratiques ;
- Personnes âgées renvoyées à leur domicile, par manque d'accueil à l'hôpital ;
- Morcellement des tâches tandis qu'il faut assurer et coordonner une continuité des soins ;
- Professionnels qui donnent de l'empathie, de l'engagement mais qui ne sont pas reconnus ;
- Devenirs problématiques d'infirmi.ères.ers et d'aides-soignant.e.s travaillant « à la tâche » et préférant retourner travailler à l'usine ;
- Inflation des logiques de procédures administratives et gestionnaires en contradiction avec la logique du soin fondé sur la clinique, le cas par cas ;
- Se faire soigner, se faire rembourser ;
- Éducation à la santé ou consommation de soins ;
- Médecine au service de l'humain ou au service de la gestion ;
- Désert médical ou désert humain.

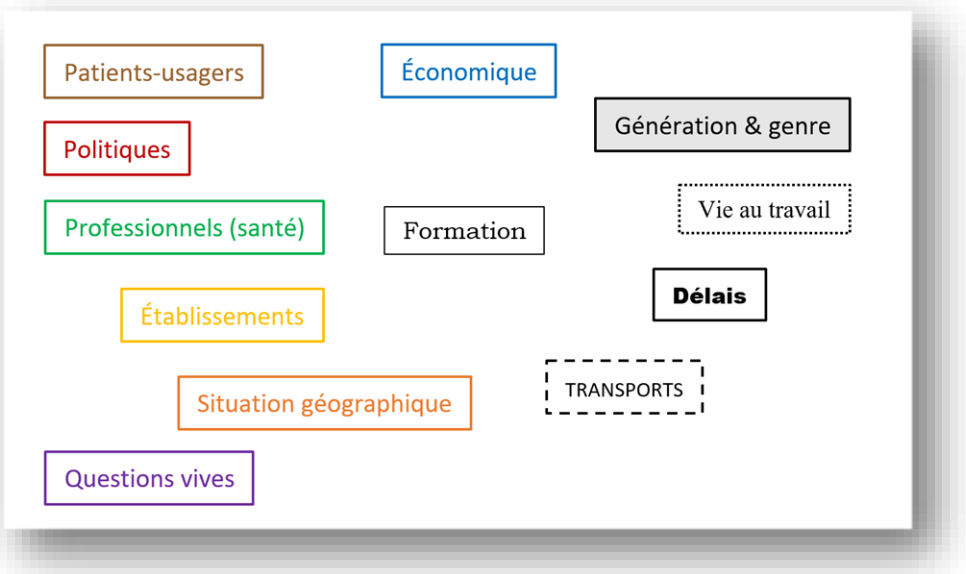
Ce relevé, non exhaustif, doit nous conduire à chercher à comprendre la complexité des situations rencontrées, sans toutefois pouvoir la réduire. Il s'agit, en fin de compte, de rendre visible le système constitué par cette complexité, avec ses principales articulations. C'est à travers la compréhension de cet ensemble que les préconisations peuvent apporter des réponses et des pistes d'actions valables.

Comme mentionné lors de l'Atelier 5 (p. 84) : « *On est sur des problématiques complexes, ce n'est pas : un problème = une solution. Déjà, il faut comprendre à quel problème on a affaire, sachant qu'on n'a pas toujours les informations qu'il faudrait. Peut-être les Politiques ont-ils ce problème d'information ? Car, c'est aussi une affaire de spécialistes. C'est extrêmement compliqué d'être bien informé sur l'ensemble des dossiers* ».

Des enjeux

Une lecture attentive des Ateliers (Annexe 5, pp. 76-209) permet d'identifier une série d'enjeux présents au cœur des situations apportées. Ces enjeux (Schéma 1, ci-dessous) permettent d'appréhender les mécanismes sous-jacents aux situations problématiques soulevées par les participants puis de mettre en perspective ces problèmes et les préconisations qui en ont découlé.

Carte des enjeux



Certaines catégories d'enjeux se différencient plus que d'autres, par exemple avec, d'un côté, ce qui concerne les personnes : patients, professionnels, personnel politique et, de l'autre, les institutions : établissements, politiques (de santé). Les places peuvent alterner : chacun peut être tour à tour ou simultanément un usager, un élu ou un professionnel. D'autres catégories en revanche se distinguent moins facilement car elles sont transversales : l'économique, la situation géographique, le genre, etc. peuvent concerner chacun des autres domaines.

Nous reprendrons cette schématisation d'enjeux en conclusion de cette Étude (en fin de document) sous la forme d'une analyse synthétique, afin de rendre compte des principales articulations et liens de dépendances repérables à l'intérieur de ce système au réseau complexe d'interactions.

Méthode

La méthode retenue procède d'une orientation scientifique des sciences humaines appliquées et adaptées aux terrains complexes (Morin). Elle satisfait à une orientation pragmatique (Dewey) qui considère la complexité des situations comme des problèmes à construire et à analyser pour parvenir à les résoudre.

Limite de l'étude des situations et des cas rapportés

Tous les témoignages sont respectables, d'autant qu'ils peuvent véhiculer des expériences difficiles, voire des souffrances et, pour certains, se rapportent à des injustices vécues. Cependant, cette approche ne permet pas toujours d'illustrer des aspects ayant une portée d'ordre général.

Il faut indiquer aussi qu'un certain nombre d'aspects positifs et de bons fonctionnements qui apparaissent dans la transcription des Ateliers n'ont pas été mis en exergue dans les préconisations, car leurs fonctionnements n'ont pas toujours été analysés par les Participants. De plus, lorsque l'on cherche à améliorer quelque chose, l'on va s'attacher plus spontanément à ce qui dysfonctionne.

PRÉCONISATIONS

Conventions de notation :

Nous avons repris le système de numérotation de la Transcription des Ateliers (Annexe 5, p. 76), avec des ajustements :

Code, symbole	***Fonction***
>	Indique une Préconisation.
« *… des personnes …* **»**	Guillemets et italiques indiquent la citation du propos d'un participant
(3.7, p. 107)	Chaque Préconisation est précédée d'un ou plusieurs exemples extraits des Ateliers et renvoie au n° de page concernée de la Transcription des Ateliers, en Annexe 5, p. 76.
(A.8, p. 125)	L'utilisation de la lettre « A » correspond à Atelier (n°8 ici), lorsque le participant intervenu dans un débat n'a pas été identifié en particulier.
1.1 1.2 1.3 2.1 *etc.*	Des intertitres numérotés sont intercalés entre les préconisations. Ils précisent des sous-thématiques pour faciliter la lecture.

1. Manques de médecins et de Spécialistes *(46 préconisations – p. 7-16)*

1.1. Constats de carences et de remplacements impossibles

« *À la clinique de la Roche, l'été, il y a très peu de médecins. L'année dernière, on a eu le cas d'un (seul) médecin pour tout le mois de juillet. Les médecins qui partent à la retraite souvent sont remplacés par des médecins qui viennent de l'Est et puis qui ne restent pas… Il manque aussi beaucoup de spécialistes, notamment au niveau des ophtalmos, dermatos, pour lesquels les délais d'attente sont très longs.* » (9.1, p. 9)

« *Aucun médecin ne veut prendre d'autres patients. Tout le monde est saturé à Cholet.* » (3.2, p. 21)

« *Dans une petite bourgade où il n'y avait pas de médecin, un médecin est arrivé, Roumain je crois, d'environ 50 ans. Super, adorable. Sauf que, travaillant dans un EHPAD, c'est une personne que les personnes âgées n'arrivaient pas à comprendre. Comment est-ce qu'on peut travailler dans un domaine aussi particulier avec quelqu'un qui ne maîtrise pas bien le langage, avec un accent épouvantable et qui n'est pas du tout compris par les gens qu'il côtoie ? Je n'ai rien contre, l'idée n'est pas mauvaise. Mais il faut un minimum de compréhension, surtout pour soigner.* » (10.2, p. 30)

« *Comment on va pouvoir s'en sortir avec des médecins qui ont aujourd'hui entre 55 ans et 70 ans et qui sont encore en activité et qui font 70 heures ou 90 heures par semaine ? Et avec des médecins qui viennent prendre leur suite et qui ont été éduqués à faire 35 heures et ils s'aperçoivent qu'avec 25 heures ils peuvent avoir quasiment 3.000 € par mois, donc, ils font 25 heures.* » (4.4, p. 60)

« *On a eu un gros problème avec les médecins. On avait 3 médecins et puis on en n'a plus qu'une, qui a 81 ans. Heureusement qu'elle est là. Et elle se déplace. Elle travaille à l'ancienne, elle est là je pense, 18 heures sur 24. Il faut attendre 2 heures, des fois 3 heures.* » (4.7, p.108)

« *La problématique est là aujourd'hui. Il y a des locaux à peu près partout, y a le matériel qu'il faut, mais la seule chose qui manque, c'est qu'il n'y a pas de médecin à mettre dedans.* » (A.7, p. 108)

« *On a un service qui a 42 lits et sur 42 patients, nous en avons plus de la moitié qui n'ont plus de médecin référent, donc comment fait-on pour ces personnes-là ? Actuellement, la question se pose régulièrement aux soignantes qui sont, tous les jours, confrontées à ces problèmes-là. Ce sont des personnes âgées, elles ont des renouvellements de médicaments. Alors, qui fait le renouvellement de médicaments ? À qui s'adresse-t-on et comment fait-on ?* » (7.7, p. 110)

Autres constats de médecins non remplacés :

3.3, (p. 40), La Meilleraie-Tillay, médecin qui part, non remplacé
A.4, (p. 59-60), La Roche-sur-Yon
A.4, (p. 60), Les Herbiers
6.4, (p. 64), Jard-sur-Mer et la Côte
7.3, (p. 45), Pouzauges, Mouilleron
4.6, (p. 87), Le Mans
2.7, (p. 104-105), Fontenay-Le-Comte, pas d'autre choix que les Urgences
2.7, (p. 105), Déplacements multiples sur le territoire vendéen
4.7, (p. 108), L'Hermenault, un seul médecin pour un secteur d'une vingtaine de communes
7.7, (p. 111), L'Hermenault, secteur classé en zone prioritaire puis déclassé
7.7, (p. 111), Alerte sur des situations qui s'aggravent, ajustements hors cadre légal

Quels recours ?

Question : En l'absence de médecin traitant, la personne se trouverait exclue de fait du dispositif de soin malgré elle, laissée sans alternative, cette situation serait-elle en contradiction avec la loi ?

« *Ça peut marcher si vous avez un médecin référent. Votre médecin référent qui est censé recevoir des informations. C'est obligatoire, mais il y a quand même plein de gens qui n'arrivent pas à avoir un médecin référent. – Si un malade portait plainte, est-ce qu'il y a une possibilité d'attaquer en droit ? – Le défenseur des droits, son délégué sur le territoire peut être saisi. Pour l'exemple donné tout à l'heure d'une collègue, il semble qu'il ait été saisi. Mais pour autant, s'il n'y a pas de médecin…* » (5.4, p. 64)

« *À la Chataigneraie on leur dit « ce n'est pas le secteur », à Fontenay on leur dit aussi « ce n'est pas le secteur ». À Fontenay, c'est surbooké. Il y a des gens qui disent « c'est trop loin ». – Les infirmières coordinatrices, elles ne peuvent que conseiller.* » (A.7, p. 108)

« *J'en ai parlé avec les infirmières coordinatrices. Est-ce que la solution ce ne serait pas de faire remonter une information à chaque fois que vous avez un patient qui n'a pas de médecin référent, de renvoyer l'information à l'ARS ? Pour les sensibiliser, pour que quelqu'un prenne, un jour, des décisions. Parce que nous n'avons, à L'Hermenault, un seul médecin pour une population de 5-6.000 habitants. C'est mission impossible. Déjà, le médecin qui reste, il en fait, il doit faire 60 heures par semaine. Jusqu'à quand il pourra les faire ? (…) Toute cette problématique n'est pas prise en compte et cela devient très, très grave.* » (7.7, p. 110)

> Faire remonter une information à l'ARS à chaque fois qu'un patient n'a pas de médecin référent, pour les sensibiliser et faire que des décisions soient prises.

1.2. Recherche de causes et d'explications

Rythme de travail :

« *Les jeunes médecins ne veulent plus travailler aussi longtemps que les anciens. Beaucoup de jeunes médecins veulent faire 3-4 jours par semaine, ça leur suffit. Il y a changement de mentalité. Alors, est-ce que le nombre a été étudié (en prenant en compte cet aspect) ?* » (5.1, p. 5)

« *C'est un phénomène qui n'a pas été vu par l'État. On a laissé croître le nombre de médecins logiquement, mais en tablant sur le fait qu'un médecin faisait 60 heures de travail par semaine alors que maintenant, les médecins ne veulent plus faire 60 heures par semaine.* » (A.1, p. 5)

« *À Mermande, le médecin la prend toujours, mais jusqu'à quelle limite ? La qualité des soins derrière, elle va être où ? Et elle m'a dit, cette semaine, que pour avoir un renouvellement, la secrétaire demande un délai de 5 semaines avant le RV. Donc, il faut prévoir. Les médecins, sont dépassés. La secrétaire est dépassée aussi et elle n'arrive pas à gérer si on lui demande d'autres RV plus spécifiques.* » (8.7, p. 113)

Féminisation de la profession :

« *Parmi les médecins, vous avez des femmes qui ne travaillent pas. C'est un choix de vie. Cela n'est compté dans les chiffres ». – Et cela ça n'a pas été mesuré. C'est ce qui fait qu'on a ouvert la porte à des médecins qui viennent de l'extérieur, qui sont européens, alors qu'il aurait suffi d'augmenter un peu (le numerus clausus).* » (A.1, p. 5)

« *Le problème avec les femmes, et je le conçois très bien, c'est qu'elles privilégient leur vie de famille et, en moyenne, ne travaillent plus que quatre jours par semaine. Le mercredi, c'est réservé aux enfants. Elles sont à 55 % des nouveaux médecins qui arrivent. C'est une nouvelle donne importante qu'on n'a pas prise en compte.* » (2.8 p. 123)

Littoral Atlantique :

« *Vous avez des populations l'été qui sont multipliées par 10, par 20 ou par 30. Sur la côte, la population l'hiver est à 2.100-2.300 et passe l'été à 50.000. 2 médecins, ce n'est pas assez !* » (A.4, p. 69)

> L'explosion démographique estivale nécessite des renforts, sous forme de remplacements ou de stagiaires.

Répartition géographique :

« *En France, nous avons un système très particulier, unique au monde, c'est que la médecine est libérale, mais financée par nos impôts. Il n'y a aucun autre pays au monde qui fonctionne comme cela. C'est le beurre et l'argent du beurre, il faut dire les choses comme elles sont.* » (2.8, p. 122)

« *Je ne suis pas sûr qu'en France on manque de médecins. Car si on fait le total du nombre de médecins par habitant, on est bien servi. Le problème, c'est la répartition. Les médecins s'installent où ils veulent. Ils sont (du secteur) privé. Donc, ils ont fait des études, ils ont choix de s'installer où ils veulent, ce n'est pas comme les pharmaciens où il faut un pharmacien pour 5.000 habitants, je crois, et si un deuxième pharmacien vient s'installer, le Préfet ne lui donnera pas l'autorisation de s'installer. En France, le médecin peut s'installer et un confrère peut s'installer en face de chez lui, ça ne le gênera pas du tout, il n'y a pas de concurrence. De ce point de vue-là, il y a vraiment une liberté. Et quand on regarde la répartition géographique des médecins : ils sont concentrés dans les grandes villes, ils sont concentrés sur la côte et plus particulièrement sur la côte méditerranéenne. Et ça reste encore vrai. Et les grandes villes sur la côte méditerranéenne, bien sûr, sont bien servies.* » (4.1, p. 4)

« *Pourquoi est-ce qu'il n'y a pas d'obligation de service en début de carrière comme on peut l'avoir pour les instituteurs ? Les instits, quand ils commencent, ont « droit » à un secteur ZEP (zone d'éducation prioritaire) où personne n'a envie d'aller, mais il faut bien y aller à un moment donné parce qu'il y a ce désert éducatif. Et pourquoi, je vous le donne en mille, le médecin échappe-t-il gentiment à ce fonctionnement où, lorsqu'il y a un désert médical, le médecin peut dire « non, non, pas là, droit de choisir ». Il sort de ses études, il fait 3, 4-5 ans dans un endroit où ce n'est pas génial, j'entends, mais il y va, et c'est comme ça.* » (A.2, p.29)

« *Par rapport aux quotas de formation chez les médecins, le quadrillage territorial. Il faut trouver quelque chose qui fasse que pour une population de X individus, on puisse avoir un médecin, mais il n'y a pas d'obligations de l'État là-dessus, en dehors de la formation Universitaire en fac de médecine. Après, c'est un métier libéral, ils vont s'installer où ils veulent. L'obligation, ce serait souhaitable. Que l'on vive en Vendée, dans la Nièvre ou en Lozère, là-bas c'est le désert. Mais en même temps, il faut une décision politique.* » (A.4, p. 69)

« *L'Ordre des médecins devrait imposer quelque chose. Il y a plein d'autres professions où ça se fait. – Ou, au moins, un minimum de temps après être sortis d'études. Ils font toutes leurs études gratuitement, au moins pendant 5 ans après être nommés (docteurs), on devrait obligatoirement les mettre quelque part. – Et tous les 5 ans, on renouvelle. Car là, ils souhaitent tous être en bord de mer ou dans les grandes villes. À la Rochelle, il n'y a pas de problème. En ville, on en trouve.* » (A.7, p. 108)

« Aujourd'hui, il y a deux options : l'option de coercition, c'est-à-dire on leur dit : « *vous devez, vous venez de terminer votre huitième année de médecine, vous avez votre diplôme et pendant trois ans vous vous installez là où on a besoin de vous* », pendant trois ans ou un an, peu importe, et non pas « *là où vous avez envie de vous installer* ». C'est le premier point, on est dans la coercition. Et là, c'est la levée de boucliers, je peux vous dire. Ça fait "du bruit dans Landerneau". Il y a une autre solution qui est un peu plus « maligne », mais qui revient au même, c'est de dire : « *si vous vous installez dans une zone où il y a quelqu'un et où il n'y a pas de besoins spécifiques, vous ne serez pas reconnus par la sécurité sociale* ». C'est un moyen détourné de coercition. Mais pour l'instant, ça ne se fait pas parce qu'il y a une levée de boucliers. » (2.8, p. 124-125)

> Ne pas laisser les médecins s'établir où ils le veulent.

> Obligation d'installation suivant 2 options : une option subventionnée, une option coercitive

> Mobilité des médecins et spécialistes décidée en fonction des besoins des territoires.

> Connaître le nombre d'habitants par région, faire l'estimation du nombre d'habitants par médecin et répartir les médecins sur le territoire, dans des maisons médicales ou créer des secteurs. Amener les médecins à pratiquer dans tous les secteurs quitte à les y obliger.

> Trouver un système équitable, sans conditions de moyens et prenant en compte des spécificités familiales, qui rende obligatoire la présence de jeunes médecins dans les déserts médicaux.

> Obliger les médecins, spécialistes et soignants à venir travailler en milieu rural.

> Instaurer pour les médecins et soignants en début de carrière, l'obligation de venir travailler 2 ou 3 ans en milieu rural ou dans des secteurs spécifiques, tel que cela se pratique par ailleurs, en contrepartie de leur formation.

« *Un problème qui m'a énormément choqué. J'ai ma belle-sœur qui habite à la Ferté Bernard (50 kms), à l'époque elle devait avoir 93 ans. Elle ne pouvait pas descendre de chez elle, deux étages sans ascenseur et les médecins refusaient de se déplacer. Je comprends que pour les gens qui sont valides, le médecin ne se déplace pas. Mais handicapée, à plus de 90 ans… et il fallait qu'à chaque fois elle commande une ambulance, que des brancardiers la descendent par l'escalier, même les Pompiers par la suite on dit que c'était difficile. Alors moi, je dis que la Sécurité sociale a d'autres dépenses à faire que pour un médecin qui ne veut pas se déplacer. Parce qu'en plus, elle n'habitait qu'à un kilomètre du cabinet. Et c'était le médecin du Centre médical de la Ferté-Bernard. J'ai été très choqué ces dernières années par tout ça.* » (5.6, p. 88-89)

> Rendre obligatoire, selon des modalités à préciser, pour certains cas particuliers (personnes à mobilité réduite) le déplacement des médecins à leur domicile.

Numerus clausus :

« *Je m'interroge sur le numerus clausus… Les décisions que l'on a prises, il y a quelques années, aujourd'hui, portent conséquence à un manque de médecins. Ce n'est pas uniquement chez les dermatologues, ça peut-être chez les gynécos, chez plein de professionnels de la santé.* » (Pz. A.3, p. 49)

« *L'Ordre des médecins n'est certainement pas tout clair non plus par rapport à ça. Il a sa part de responsabilité dans ce qui se passe aujourd'hui.* » (A.7, p. 119)

« *Le numerus clausus est fait pour limiter le nombre de médecins et pour limiter les frais de la Sécurité sociale, pour faire moins d'actes. – Mais les médecins sont bien représentés parmi les décisionnaires, ils ne vont pas s'imposer des contraintes. Ils sont juges et partie. Ils sont bien représentés à l'Assemblée nationale. Ça a créé des problèmes depuis longtemps et ça s'aggrave parce qu'actuellement les médecins arrivent vraiment au bout. Ce qui manque, c'est une autorité au-dessus de cette autorité-là. Qu'il y ait l'obligation de s'installer dans des zones. Comme les pharmaciens. Les pharmaciens sont renouvelés à partir du moment où il y a un certain nombre de population.* » (7.7, A.7, p. 113)

> Faire évoluer les critères qui sous-tendent la fixation du *numerus clausus* en tenant compte des évolutions objectives de la pratique du métier de médecin, de la démographie et de l'évolution des mentalités : partition hommes et femmes, équilibre vie au travail / vie familiale-personnelle, partitions générationnelles, etc.

> Le *Numerus clausus* devrait être lié au manque de médecins et de spécialistes.

> L'Ordre des médecins devrait imposer un changement.

Trouver un médecin :

« *Pourquoi il n'y a pas de médecins dans notre secteur ? (L'Hermenault) (…) trois-quatre sont partis à la retraite dans l'espace d'un an. L'un est parti à cause d'un problème de maladie. Celui qui reste ne peut pas faire les visites à domicile. De plus, la maison de retraite a besoin de médecin. Prendre toute la maison de retraite, plus tous ses patients, ça devient vraiment problématique. C'est le nouveau médecin qui est parti, parce qu'il est malade. (…) Alors, quelles solutions ? Est-ce qu'il faut faire des actions ? Faire quelque chose pour que cela fasse bouger nos politiques ? – Et la moyenne d'âge des médecins, ils sont tous presque à la retraite, il n'y a pas d'autres médecins derrière. S'il n'y a pas de nouveaux remplaçants, dans quelques années, ça va être encore pire. – Il faut bien que l'on trouve des solutions. Les infirmières demandent « comment on fait pour trouver un médecin référent ? » Alors, faut-il alerter les autorités plus haut ? Parce que si, un jour, il y a un problème plus grave, il y a une personne âgée qui décède, qui sera responsable ce jour-là ? Sans parler d'aller jusque-là, mais il faut quand même l'envisager. Ça fait partie des éventualités. » – C'est la question d'un signalement de personnes en danger ou qui le devient, du fait d'une absence ou d'une carence (…) – Le soir où on avait réunion, il y avait une personne de l'ARS qui était là. Elle a entendu ce qui s'est dit, mais n'a pas pris position. Est-ce que cela aboutira un jour à quelque chose ? Peut-être qu'il faut plein d'actions, de petites actions.* » (7.7, p. 111-112)

« *C'est l'agence régionale de santé qui décide de l'ouverture d'un service et de l'installation générale des médecins, pourquoi ne pas descendre d'une strate ou deux et déléguer cela au Département ou à la Mairie ? Qu'ils puissent faire l'autorisation pour l'installation des médecins, pour aller plus vite. Je ne sais pas si cela incitera les jeunes médecins venir s'installer, mais ce sera autre chose.* » (6.6, p. 89)

> Dans les grandes villes et villes moyennes, tenir à jour une liste des médecins et spécialistes qui prennent des patients et assurer un « point info » à l'intention des familles qui s'installent dans ces villes.

> Informer l'ARS (Agence régionale de santé) à chaque fois qu'un patient n'a pas de médecin référent, faire remonter l'information.

> Rechercher les aspects qui permettent de développer l'attractivité des secteurs pour y faire venir des médecins. Apporter de l'aide et soutenir leur démarche.

> Instaurer un tutorat entre un ancien médecin ou un médecin qui part en retraite et un jeune pour l'inciter, par exemple, à s'installer dans son cabinet.

> Déléguer au Département ou à la Mairie l'autorisation d'installation des médecins ».

1.3. Formation des médecins

Formation initiale :

« *C'est attristant de voir ces étudiants en médecine. On sait qu'en première année de médecine, il y a aussi des jeunes qui cherchent à s'orienter, on sait qu'il y a des étudiants qui ont la vocation, qui ont du désir et pour eux, d'en arriver à être découragés alors qu'on sait par ailleurs qu'il y a des besoins, ça fait mal.* » (8.7, p. 114)

> Repérer, analyser et remédier aux causes socio-professionnelles et estudiantines qui contribuent aux *burn-out* (usure mentale) plus fréquents lors des internats de médecine.

> Encourager, favoriser et ne pas décevoir les vocations de médecin.

> Trouver un ratio de médecin pour une population de X individus.

« *Au niveau des études, obliger les médecins à venir travailler et non à prendre ce (qu'ils veulent), quand ils ont envie. Arrivés le moment de leur cursus d'exercer en tant qu'internes, en hôpitaux, pourquoi ne*

pas les mettre chez des médecins en campagne, en milieu rural, au lieu de les mettre (à l'hôpital), ils sont 40 à l'hôpital, les internes à attendre le patient. Alors que s'ils vont travailler dans un cabinet médical, en tuilage avec un professionnel, en campagne, ils vont déjà apprendre sur le tas et cela peut les ouvrir à une connaissance du milieu rural et du terrain. » (9.3 p. 55)

« *Les obliger, le temps de leurs études et après, à aller en milieu rural ou dans un endroit bien spécifique*. » (A.3, p. 56)

« *Pourquoi ne pas inclure dans leur formation professionnelle ou continue, un moment (module) pour savoir faire un diagnostic, par rapport à des symptômes ? Après, je ne sais pas combien de temps ça prendrait.* » (6.6, p. 89)

> Privilégier les stages de fin de formation en milieu rural et en cabinet médical ; parallèlement, soutenir les médecins de milieu rural à prendre des internes ou stagiaires en formation et faciliter leur mobilité sur le territoire en milieu rural.

> Il faudrait que dans leur cursus d'études de médecine, les étudiants fassent de la médecine en ville et en milieu rural.

> Diversifier les modalités de l'alternance en modifiant les études ; faire que les étudiants de médecine ne fassent pas uniquement des stages hospitaliers, ce qui est le cas actuellement. Inscrire aux cursus un stage en médecine de ville et en milieu rural.

> Inclure dans la formation professionnelle ou continue des pharmaciens, un module pour savoir faire un diagnostic.

« *Un médecin n'a aucune formation sur l'autisme, alors que l'autisme c'est une naissance sur cent. Pour les troubles du comportement, il n'y a aucun médecin formé. Plus grave, pour les chirurgiens-dentistes, dans leur formation initiale, ils n'ont pas de formation au handicap, ils ne savent pas ce que c'est. Ils ont donc peur de prendre des personnes handicapées. Il faut savoir qu'il y a encore 60% où on est dans le refus de soins.* » (2.8, p. 130)

> Inclure des modules de formation concernant les handicaps et les troubles du comportement.

« *Concernant les spécialistes, il n'y a pas moyen d'avoir un psychiatre. C'est fini, on ne peut plus avoir un psychiatre. J'ai le cas de quelqu'un d'âgé qui vient de l'étranger et qui arrive à Nantes avec une grande détresse, pas bien du tout, pas moyen d'avoir un psychiatre !* » (10.2, p. 30)

> Faire procéder à la formation de davantage de psychiatres.

Formation continue :

« *Concernant la souffrance des soignants, on a parlé des infirmières, des médecins, concernant la question du stress, c'est une souffrance. Aux Urgences, la solitude, la fatigue. Par ex. les infirmières des Urgences, elles sont en sous-effectif, elles ne rechignent pas à la tâche. Les médecins à la campagne sont en burn-out, c'est nouveau, ils sont trop seuls.* » (A.4, p. 69)

« *L'importance au niveau médical de ce que l'on appelle des regards croisés.* » (A.4, p. 66)

« *Il faut que ce soit une maison médicale où vraiment il y a un échange. – C'est le travail d'équipe, ça dépend aussi du médecin qui a recours à un collègue pour un échange téléphonique. – Concernant le diagnostic, un effet peut avoir plusieurs causes ou des causes croisées. Le fait d'avoir plusieurs regards permet d'enrichir les hypothèses. Cela reste une démarche empirique. – « On présume aussi que son médecin va couvrir toutes les pathologies et problématiques, mais le métier continue de rentrer après. En fonction des cas, en fonction de la formation, qui est perpétuelle.* » (6.4, A.4, p. 67)

> Ne pas laisser les médecins seuls, les inciter à travailler en équipe.

> Rendre incontournable le travail en équipe des médecins et la formation de leur expertise tout au long de leur pratique professionnelle.

> Dans les maladies chroniques ou problèmes récurrents de santé qui conduisent aux renouvellements de traitement, faire en sorte de croiser les diagnostics, pour éviter les points aveugles et permettre aux médecins d'éviter la routinisation.

« *Je vais dans un cabinet où ils sont 3. Je sais que régulièrement, il y a des cas qui sont soumis. C'est pointilleux, ils se sont concertés. C'est un cabinet où il y a 2 femmes et un homme avec des plannings totalement différents. Deux sont à mi-temps et une est à temps complet, mais jamais on ne se trouve dans la situation (où il manque quelqu'un) ; ils sont aptes à gérer les dossiers des uns et des autres et ils se sont organisés pour couvrir les semaines. Au niveau de l'organisation, ça peut fonctionner. Ils sont tous volontaires. En s'associant, on n'est pas obligé d'avoir que des médecins qui font 60 heures par semaines.* » (A.3, p. 53)

« *Je pense qu'il faut assister les professions médicales dans l'administratif. Soit, se regrouper à plusieurs. Il y a une piste de travail à ce niveau-là. – Ça fait partie des pistes les plus rapides qui peuvent être apportées. Parce que c'est un soutien logistique et matériel autour du soin.* » (A.7, p. 120)

> Encourager et favoriser l'association volontaire de médecins qui s'installent, leur permettant de travailler ensemble les situations mais aussi, sur le plan de l'organisation, de couvrir tous les créneaux horaires de la semaine sans grandes amplitudes de travail et de mutualiser des moyens.

> Développer des espaces de travail d'élaboration de cas cliniques rencontrés, entre professionnels de la santé, favoriser les croisements de pratiques, la mutualisation de pratiques et la capitalisation de connaissances ainsi que développer l'appartenance concrète et concertée à un réseau de soins.

> Dresser un répertoire des cas limites pouvant être rencontrés dans la pratique médicale, permettant de faire progresser la connaissance de cas particulier et problématiques, pouvant apporter un éclairage susceptible d'orienter les prises de décisions, par ex. lorsqu'une dimension vitale est engagée.

« *Les anciens médecins disent que les nouveaux sont moins formés à la vraie médecine. Ils disent qu'ils ont moins cette formation aux vrais problèmes médicaux. On leur faisait toucher à plein de choses, ils étaient capables de travailler dans l'urgence, plus que les nouveaux médecins. Par ex. un jeune médecin ne va pas vous faire un plâtre, ils ne vont pas vous recoudre, alors qu'avant le médecin était capable de vous faire un plâtre, de vous recoudre le menton, de faire trois points de suture. On devrait pouvoir espérer qu'au moins un médecin va être capable de faire trois points de suture. Pas besoin d'aller à l'hôpital et d'attendre 4-5 h ou 6 ou 7 heures.* » (A.4, p. 67)

> Réintroduire la « bobologie » dans les formations.

1.4. Pressions sur les médecins

« *Actuellement, la Sécurité sociale fait pression pour que les médecins généralistes voient 6 patients par heure au lieu de 4. Vous imaginez, un patient toutes les 10 minutes, il va mettre 5mn à se déshabiller, 5mn à se ré-habiller, qu'est-ce qu'il reste au milieu ?* » (9.2, p. 29)

> Supprimer voire interdire les consignes de la Sécurité sociale enjoignant de mener une politique du chiffre, se traduisant par une pression exercée sur les médecins et personnels soignants.

« *Le machin électronique qu'on lui impose de payer tous les mois et qui coûte une blinde. Qu'il devait acheter, mais qui dysfonctionne régulièrement et qui, je reprends ses termes « le flique » sur les prescriptions qu'il fait à ses clients. Et, notamment, il râle, parce qu'on lui dit qu'il prescrit trop de*

Paracétamol. Mais lui n'envisage pas de laisser une famille dans laquelle il n'y a pas de Paracétamol pour pallier (à la douleur), c'est la base. » (A.2 Px., p. 24)

« *Déontologiquement, on ne peut pas imposer à un praticien un temps restreint (de consultation). C'est dans le code de la santé, à l'article 91.* » (A.2, p. 31)

> Tenir compte de l'article 91 de la santé donnant toute latitude au médecin d'exercer son art sans la contrainte comptable de son temps, lui permettant de traiter chaque patient comme un patient unique, en particulier auprès des personnes malades psychiques et mentales.

« *C'est quand même hallucinant que derrière le libre-arbitre du médecin, son choix, sa compétence, il y ait une logique comptable qui dise « voilà, vous avez trop prescrit, vous avez trop fait ceci, vous avez trop fait cela » et qui lui impose des coûts de fonctionnement. C'est anormal.* » (Px. A.2, p. 35)

« *J'ai l'impression qu'il y comme un tiraillement entre le fait de la rentabilité et le fait de soigner les gens.* » (A.2, p. 36)

> Faire cesser les incursions et entraves à l'exercice des médecins, à travers des dispositifs de contrôles inhumains et dont l'inefficacité est visible à travers différents cas.

« *Une des aides possibles au médecin serait de lui apporter une aide administrative et, si l'aide était financière, elle pourrait être destinée à l'embauche d'un temps partiel (d'une assistante). Lors de la réunion, les municipalités se sont dit : « pourquoi pas ? » Elles financent des projets et dans ce cas, pourquoi ne pas financer un poste de secrétaire puisque ça concerne 14-15 communes ? On mutualise et on paye une secrétaire au médecin pour qu'elle lui permette de souffler. D'ailleurs, il a dit l'autre jour « si j'ai une secrétaire qui fait tout mon travail (administratif, accueil) de 2.000 patients je peux passer à 2.500 ». C'est quand même beaucoup, tout cela fait partie des pistes.* » (A.7, 8.7, p. 114-115)

« *Si on veut libérer du temps au médecin, il faut le délivrer de la paperasse.* » (A.2, p. 32)

> Permettre aux médecins de ne plus être surchargés, réduire les charges administratives, quelles qu'elles soient.

> Mutualiser les moyens et subventions entre communes ou collectivités pour rémunérer des secrétaires à des médecins, leur permettant d'augmenter leur clientèle.

> Face à la pression bureaucratique, pour le délivrer de « la paperasse », une aide administrative devrait être possible, une aide financière pourrait être destinée à l'embauche d'un(e) Assistant(e) médical(e) à temps partiel.

1.5. Délester les médecins

« *Les médecins, ils n'en peuvent plus, ils saturent. Quand vous voyez 50 patients dans la journée, il y a de quoi, vous n'avez pas le temps de souffler.* » (A.6, p. 65)

Alléger leurs tâches :

« *Il y a certaines fois où on a pu leur proposer de se dégager de certaines missions. Je pense notamment aux vaccins. Ça a pu être attribué aux pharmaciens. Et on se rend compte qu'une certaine génération de médecins n'accepte pas d'être déchargée. Alors que c'est pour leur permettre justement de faire mieux le reste de leur travail. Mais ils ne sont pas prêts aussi à lâcher. Ils y sont très attachés.* » (A.7, p. 119)

> Transférer la responsabilité de la vaccination aux médecins vers de nouveaux professionnels.

« *La prochaine idée, c'est des assistants médicaux pour soulager les médecins des tâches, mais est-ce qu'une infirmière aura envie d'ouvrir des dossiers pour son médecin et de prendre 10 tensions ? A priori, ça fait partie du métier d'infirmier, mais quelles infirmières auraient envie de ça ? Je ne sais pas. Leur attribuer des assistants médicaux pour soulager des tâches aux médecins.* » (8.1, p.9)

> Attribuer des assistants médicaux aux médecins.

> Les infirmières en pratique avancée pourront faire des diagnostics plus poussés et donc décharger des médecins de certaines tâches.

Fonctionnement idéal d'une garde médicale de nuit :

« *J'ai un garçon de 20 ans, asthmatique. Jusqu'à l'âge de 12 ans, on a couru les médecins de garde de notre secteur géographique. On allait aux Landes-Génusson, à Chauché en pleine nuit ou en week-end. Ensuite, il fallait aller à la pharmacie de garde de ce secteur-là parce que l'on n'arrive pas à obtenir la pharmacie de garde qui serait pourtant plus près de notre domicile. Mais par rapport au secteur, il n'y a que ce nom de pharmacie à nous donner. Ça été comme ça pendant de longues années jusqu'au jour où sur le secteur de Montaigu, il y a une Maison médicale de garde, les médecins du secteur s'organisent et y font des permanences. Le Cabinet est à l'hôpital. On appelle et on tombe sur le médecin qui nous demande de nous déplacer ou qui se déplace si vraiment il n'y a pas d'autres moyens. C'est la panacée par rapport à avant où l'on ne savait pas où aller et où il fallait prendre la voiture pour aller dans un autre secteur. Voilà. Chez le médecin de garde, là où tout est centralisé, il y a une vraie réorganisation, comme une organisation de journée chez un médecin. C'est super positif et ça fonctionne super bien. C'est vraiment une avancée d'organisation.* » (2.3, p. 39-40)

1.6. Des Spécialistes manquent aussi, de longs délais pour un RV

Constats :

« *Comment ça va évoluer au niveau des spécialistes parce que ça devient de plus en plus compliqué pour avoir des rendez-vous, que ce soit au niveau ophtalmologiste, dermatologue, tout ce qu'on voudra, il faut prévoir des rendez-vous six mois d'avance.* » (6.1)

« *L'ophtalmo passe 10 patients à l'heure… vous payez, vous le voyez trois minutes… (je voudrais juste) discuter avec mon ophtalmologiste.* » (8.1)

« *J'ai une myopie très forte, à -12. Je trouve qu'à un moment donné, j'aimerais bien voir quelqu'un d'autre qu'un orthoptiste, (sinon) pour me faire faire un verre, je peux aller voir un opticien.* » (8.1)

« *Dans le handicap mental, on a vraiment la question de l'accès aux soins qui se pose. Tous les jours on recherche des médecins traitants, des dentistes qui ont un cabinet accessible, des infirmières, des orthophonistes, des kinés.* » (11.1 ; 12.1)

« *La Roche, ça devient sinistré, Challans, n'en parlons pas, Luçon, ça fait longtemps… il y a plein de gens qui n'ont pas de médecin traitant, on suit des gens avec des pathologies lourdes où il y a vraiment un besoin de consultation avec les spécialistes : des neurologues, qui ne sont pas tous en Vendée, il y en a beaucoup qui sont à Nantes, en Vendée ce n'est pas suffisant. (…) Les soins dentaires, je n'en parle même pas ! On est sur un délai de 2 ans par exemple, pour les personnes handicapées, pour avoir accès à une consultation dentaire spécialisée. Quand quelqu'un a mal à une dent, on attend deux ans.* » (12.1)

« *J'ai quatre enfants, 7 petits-enfants. La première chose qui m'a frappée quand on est arrivé définitivement en Vendée, il y a quatre ans, c'est pour trouver des spécialistes. Pour les yeux, pour le cœur, l'urologue, le dentiste. (…) on me demande « est-ce que vous êtes déjà venus ? » Alors on répond « non, c'est la première fois ». « Mais alors Monsieur, vous savez qu'on ne prend pas en rendez-vous avant six mois. » J'espère qu'on ne sera pas mort d'ici là. Les réponses sont variables. C'est terrible, si on n'a pas une petite recommandation, d'un copain, ou autre… après on tombe à 2 mois de délais, à*

peu près. Puis, le choix d'un spécialiste, on a toujours un voisin qui dit « je suis allé chez untel ». Ici, on a commencé par les Pages Jaunes, j'avais choisi un médecin par les pages jaunes, il y avait urgence, on ne peut pas vraiment aller voir un deuxième spécialiste. Alors ça, c'est vraiment une drôle d'histoire, le choix d'un spécialiste. » (1.4)

« *Si vous voulez aller voir un spécialiste, c'est à vous d'appeler. Ils en passent 4 ou 5 à l'heure. Alors, il ne faut pas trainer.* » (4.7, p. 108)

« *Si vous venez pour une angine et que vous avez mal au genou tout d'un coup, on va vous dire de revenir pour le genou parce que vous avez pris RV pour l'angine. C'est une situation qui est dramatique.* » (3.7, p. 108)

> Mettre davantage de Spécialistes à disposition, en fonction des besoins, à recenser.

1.7. Attentes générales

> Que les Spécialistes soient attentifs au besoin particulier de certains patients, de l'état de leur santé qui les préoccupe et de l'aspect relationnel.

> Souhait d'obtenir un suivi dans la durée, pour installer une continuité dans le suivi familial, avec une connaissance des antécédents du patient de la part des médecins.

2. Urgences *(21 préconisations, p. 17-21)*

2.1. En amont, des motifs d'engorgements

« *On a tous des personnes qui n'ont pas de médecin traitant. Où là, on n'a pas de solutions, si ce n'est de leur dire d'aller aux Urgences.* » (3.7, p. 108)

« *Il y avait aussi, un couple qui était là depuis le début de l'après-midi et qui disait « la prochaine fois, on viendra le matin. » Mais nous, la prochaine fois, on ne choisit pas quand il y a une crise. C'était des gens qui étaient là parce qu'ils n'avaient pas de médecin ou bien je ne sais quoi, ils voulaient voir plusieurs médecins. Quand on a besoin d'Urgence, on en n'est pas à se demander si on va venir le matin ou venir l'après-midi, on prend ce qu'il y a.* » (3.4, p. 159)

> Informer les médecins et les usagers de ne pas utiliser les Urgences pour des examens courants.

« *Certains en abusent aussi des Urgences. Notamment les majeurs protégés, car ils ne sont pas capables de se raisonner et de se dire « est-ce que c'est grave ou pas ? » Et de reporter. Donc, ils engorgent les Urgences. Du coup, quand ils ont vraiment quelque chose, c'est compliqué de les prendre en charge, car ils ne sont plus forcément pris au sérieux. – Ce qu'il y a, c'est que quand il y a une vraie crise, c'est déjà un peu tard, il y a déjà de la casse, dans différents sens du terme. – Oui, de la casse, au sens matériel et au sens psychique, avec les familles. – Il y a même du danger pour les personnes ? – Oui, pour les tiers, pour tout l'environnement.* » (3.7, A.7 p. 107)

« *Les CMP, au niveau de l'attente, pour avoir des RV, le délai c'est très long. Pendant ce temps-là, les personnes, il suffit qu'elles n'aient pas de médecin traitant et pas encore de suivi au CMP, cela veut dire que l'on arrive à des situations difficiles avec des incuries.* » (3.7, p. 107)

> Prendre en compte les particularités des personnes souffrant de troubles psychiques et personnes déficientes mentales. Renforcer leur suivi en prenant en compte la manifestation irrégulière de leurs troubles.

> Déclencher des prises en charges CHS (Centre hospitalier spécialisé) hors logiques d'Urgence.

« *La sortie d'une maison de retraite pour envoyer en Urgence à l'hôpital, pourquoi pas ? C'est sûrement nécessaire. Mais, l'infirmière doit être le pivot de cette décision.* » (1.1)

« *Il y aussi les spécialistes. On parle des personnes âgées, s'il faut les faire admettre dans les Urgences, il vaut peut-être mieux les laisser chez elles. Certaines, ce n'est même pas la peine de les transporter aux Urgences. Parce que si c'est pour les faire attendre dans le couloir, entre 6 et 8 heures d'attente, ce n'est pas la peine. – Je ne vais rien vous apprendre, mais quand c'est la bourre aux Urgences, les personnes âgées sont les personnes que l'on passe en dernier. C'est pour cela que ça ne sert pas à grand-chose de les amener non plus.* » (7.7, A.7, p. 112)

> Réserver un accueil spécifique et plus rapide aux personnes âgées, moins susceptibles d'attendre longtemps ; de même pour les publics vulnérables : enfants, personnes handicapées, personnes en détresse morale.

« *Par rapport à l'engorgement des Urgences sur la ville de la Roche. Les médecins généralistes envoient très facilement des patients aux Urgences pour passer des examens non-urgents : radiologiques, cardiologiques. C'est arrivé, il n'y a pas longtemps, à ma maman, le médecin voulait absolument qu'elle passe un examen cardiologique sans l'affoler sur l'Urgence des choses, mais il lui a dit clairement que ce n'était pas la peine qu'elle appelle un cabinet de cardio. Que lui n'interviendrait pas non plus et que*

le seul moyen d'avoir un examen cardiologique, c'était d'aller aux Urgences. Donc, elle y est allée sans a priori. En fait, elle y a passé la journée sans qu'on s'occupe d'elle, puisque ce n'était pas une Urgence. Elle avait simplement besoin d'un électrocardiogramme. Et quand elle est ressortie sept heures après, elle a compris qu'elle n'y avait pas sa place. Voilà. » (2.3, p. 39)

> Faire cesser l'engorgement des Urgences à La Roche du fait d'examens non-urgents réalisés à la demande de médecins.

> Faire en sorte que les spécialistes (cabinets de cardiologie, radiologie) gardent des créneaux pour des patients qui ont besoin d'examens urgents, sans Urgence vitale.

« *Les Urgences, à l'hôpital du Mans, c'est une catastrophe. Ils sont complètement noyés par les Urgences. Il y a 82 infirmières aux Urgences, je ne sais pas si vous imaginez, c'est colossal. Ils sont noyés, noyés, noyés, ils battent des records tous les mois. Pourquoi ? Eh bien, parce que les Urgences aujourd'hui, le sondage est un peu difficile à exprimer : c'est de la bobologie. C'est-à-dire qu'il y a des gens qui n'ont rien à faire aux Urgences. Ils viennent là, parce qu'ils n'ont pas la possibilité d'avoir un médecin.* » (2.8, p. 123)

> Ouvrir des consultations de « bobologie » en complément des Urgences.

« *Il y a un grand besoin d'informations entre le Centre d'accueil et de permanence des soins des médecins (CAPS), les Urgences, le 15, le médecin traitant, les médecins de ville qui sont de plus en plus difficiles à joindre, qui sont de plus en plus surbookés et fatigués, et différents dispositifs. En tant qu'usagers, on ne s'y retrouve pas toujours.* » (3.5, p. 73)

« *Il faut des médecins autour (de chez soi) pour éviter d'aller aux Urgences. Il y a un numéro maintenant que l'on peut appeler pour les Urgences, un numéro vert 0800, qui peut vous diriger. – Ce n'est pas le 15 ? Je compose le 15 la nuit. – Non, c'est un autre centre. Le 15 c'est les Urgences. Il faut bien dissocier un service renseignements, pur, renseignements pour les RV, renseignements médicaux pour les gens qui veulent s'auto-médiquer et urgences, vraies urgences, parce que j'imagine que ceux qui sont en urgence vitale, ils doivent attendre. Il faudrait qu'il y ait 2 numéros, que les gens distinguent bien, qu'ils puissent décider d'aller pour les Urgences (qui n'en sont pas) et un numéro vraiment vital pour les gens, entre la vie et la mort. Et comme tout le monde est dans la file d'attente, ce n'est pas hiérarchisé, il y aurait des personnes qui auraient besoin tout de suite…* » (12.6, A.6, p. 98-99)

> Permettre la bonne orientation vers les Urgences et favoriser leur recentrage sur les problèmes vitaux ; conjointement, permettre la prise en charge ailleurs de ce qui ne relève pas des Urgences. Par ex. 1 échelle de graduation de l'Urgence : *pas Urgence, semi Urgence, aggravation rapide*.

> Aider à bien distinguer : besoin d'informations et Urgences. Proposer 2 services distincts.

> Faire distinguer à l'usager le besoin d'informations et les Urgences en créant 2 numéros d'appel, et le sensibiliser aux 2 niveaux pour pouvoir donner priorité aux cas vitaux.

> Éduquer-former le citoyen au bon usage des Urgences médicales et des Secours (Pompiers), trouver des manières d'informer sur la vocation des Urgences et de leurs priorités par rapport à un mésusage.

« *On est dans une contradiction qui est absolument incroyable, c'est que pour aller aux Urgences, il faut passer par le 15, c'est la loi. Théoriquement, vous ne pouvez pas aller aux Urgences tout seul. Il faut passer par l'appel au n°15. Sauf qu'il y a une loi qui dit aussi que si une personne se présente aux Urgences, on ne peut pas la refuser. Donc, vous voyez, on est dans une dichotomie complètement folle… et, il n'y a personne, à un moment donné, qui tranche.* » (8.7, p. 114)

> Réduire ou supprimer une contradiction propre au système.

« *Quand vous allez aux Urgences, vous ne payez pas. Quand vous allez à la maison médicale de garde, vous êtes obligés de payer. Les gens ne vont pas à la maison médicale de garde, parce qu'il faut payer. Et les maisons médicales de garde aujourd'hui sont sous-employées parce que les gens n'y vont pas. Et comme on ne peut pas les refuser aux Urgences, ils préfèrent faire la queue ou attendre cinq heures aux Urgences.* » (2.8, p. 124)

> Offrir la gratuité d'accès aux maisons médicales de garde.

2.2. L'accueil et l'attente aux Urgences

« *On m'a rapporté le cas de personnes qui attendent des temps infinis et qu'on n'informe pas s'ils vont être pris en charge ou pas ; ils attendent, ils attendent, ils attendent… Quand on s'en va aux Urgences, normalement, c'est que c'est urgent* ». (3.3, p. 40)

> Informer les personnes concernant leur attente aux Urgences, créer et maintenir un contact avec elles pour les aider à supporter une attente parfois très longue.

« *J'étais aux Urgences à Montaigu, un matin de bonne heure. J'étais tombé la veille sur un bras. J'avais grand mal. Au bout de 2 heures, j'entendais le personnel qui rigolait dans les salles. On disait toujours qu'on allait venir s'occuper de moi, mais l'on ne s'occupait pas de moi. J'ai pris la décision de quitter les Urgences… mais j'avais trouvé ça un peu raide (car) il n'y avait personne aux Urgences. J'étais arrivé le premier*. » (1.3, p. 39)

« *Donc, le WE, que vous ayez des enfants ou autre et bien, ce sont les Urgences. Et les Urgences, il faut compter 5-6 heures d'attente, si ce n'est pas plus. Selon ce que vous avez. Et en plus, aux Urgences, lorsque vous arrivez, ce sont eux qui déterminent si vous êtes prioritaires ou pas. Ça m'est arrivée une fois de me retrouver aux Urgences, il y avait un enfant d'une dizaine d'années qui était là, qui souffrait, qui devait avoir l'appendicite ; il y avait une dame qui venait d'arriver, qui était enceinte et qui avait une hémorragie ; et bien, ils n'étaient pas prioritaires, il y avait encore des cas plus graves avant eux. Ils étaient là à attendre, je ne sais pas combien de temps ils ont attendu. Ils sont obligés de faire un tri, c'est compliqué.* » (2.7, p. 106)

> Améliorer le partage d'informations entre les différents acteurs du soin avec le souci d'apporter des explications claires au patient lui permettant de supporter son attente.

« *Quand un autiste attend cinq heures aux Urgences, c'est une catastrophe. Ça se termine très mal. Ce qui m'étonne, c'est qu'il n'y a pas eu de mort. Au bout de 45 minutes, l'autiste va partir en vrille. Et ces gens-là ont vraiment besoin, mais, il faut travailler en amont. Il ne faut pas attendre que tout le monde aille aux Urgences. Il faut voir comment, en amont, il faut mettre des choses en place pour éviter d'aller aux Urgences*. » (2.8, p. 124)

> Donner les moyens et garantir un accueil décent aux personnes malades, blessées et aux patients qui attendent, et leurs accompagnants : pas de cris, informations rassurantes, délais acceptables, chaleur humaine et traitement urgent de la souffrance.

Cour des miracles :

« *J'étais aux Urgences et à côté de moi, il y avait une dame qui s'était ouverte une arcade sourcilière, une dame d'un certain âge que les Pompiers avaient amenée. Elle avait besoin de 3 points de suture. Quand je suis partie à 4h du matin, on ne l'avait toujours pas recousue. Elle aurait eu besoin d'être autre part que sur ce brancard. Elle n'était pas soignée.* » (A.4, p. 68)

Gens de la rue :

« *Pour les gens de la rue, tout ce qui est précarité (…) il y a toutes les aides que l'on veut, mais enfin, on a déjà du mal pour nous d'avoir un rendez-vous, alors pour eux, c'est encore plus difficile. Eux se retrouvent aujourd'hui dans des Urgences saturées. Et ce sont peut-être des personnes qui n'ont pas besoin d'aide aux Urgences qui se retrouvent à l'hôpital.* » (2.2, p. 21)

Élèves :

« *Pour les élèves en journée, on ne cherche plus de médecin, ce n'est même plus la peine, c'est impossible. Les Urgences de l'hôpital sont très vites engorgées. Ça nous est arrivés d'y aller, c'est accueillant, mais il y a tellement de monde qu'on est tous sur des brancards, à la vue de tout le monde, c'est tout sauf intimiste. Ça nous est arrivés d'avoir recourt aux Urgences : un blessé côtoie un gars qui a mal à la tête. On a des accidents de sport, alors on gère. Mais, autrement, quand on peut avoir les parents qui ne sont pas trop loin, on fait avec les parents au maximum.* » (2.4, p. 58)

Infirmières sur le pont :

« *Au point de vue hôpital, Urgences, on a connu ça. Ce n'est pas toujours drôle. Et là, justement, c'est là que l'on voit que les gens… et ils sont dévoués dans les Urgences, parce qu'ils ne savent pas vraiment où donner de la tête, les pauvres filles, infirmières. C'est terrible de voir le boulot qu'elles ont à faire.* » (3.4, p. 59)

Violence et impuissance :

« *Une des infirmières était toute rouge alors je lui ai demandé ce qu'elle avait, elle m'a répondu : « c'est difficile Monsieur vous savez, ce qui vient de se passer ». Il y a un gars qui avait été amené aux Urgences par les Pompiers ou par les Gendarmes, je ne sais plus trop, qui s'était débattu et tapait sur tout le monde. Y compris sur les infirmières qui étaient trois ou quatre. Elles s'étaient mises à trois ou quatre pour essayer de le contenir et, par chance, il y avait un homme, un Pompier de service, le seul homme dans l'établissement pour le maîtriser et faire en sorte que l'on lui fasse une piqûre pour le calmer. Et pendant ce temps-là, aux Urgences, il y avait sept ou huit brancards les uns à côté des autres, dont le mien. Quoi dire ?* » (5.4, p. 63)

> Permettre aux soignants de travailler dans des conditions dignes et acceptables.

« *Ma maman a fait un AVC. À l'hôpital des Sables d'Olonne, l'interne (a dit) : « bon, vous avez 80 ans, ben oui, c'est normal, c'est l'âge. Ce n'est pas urgent ». Il y a eu une prise en charge au bout de 3 heures. Elle s'en est sortie, mais l'interne qui lui parle de ses 80 ans, c'est inadmissible. Qu'on le pense, il y a la surcharge de travail, bon d'accord, mais on ne le dit pas devant les gens ! Parce que moi, ce soir-là, je crois que j'aurais pu rentrer dans la personne, je l'aurais fait. Donc, après, c'est vrai, il y a eu une bonne prise en charge. Il ne faut pas dénigrer le personnel qui essaie de faire bien, mais il y a des fois où il y a des paroles qui ne se disent pas.* » (4.3, p. 42)

> Bannir les propos blessants envers les usagers.

2.3. Globalement

« *Comment cette inégalité est-elle possible entre des territoires qui se donnent des capacités à avoir 2 maisons de santé, ce qui veut dire 6 médecins, à 5 kms d'écart et d'autres territoires où c'est vraiment compliqué, où il n'y a que les Urgences qui peuvent répondre à des besoins ? La question de l'urgence est donc à définir. Car, il y a des gens qui vont aux Urgences et qui n'ont pas vraiment le choix d'aller aux Urgences, mais c'est le seul endroit où aller. En même temps, lorsque l'on parle d'urgence, peut-être qu'il y a aussi d'autres lieux qui pourraient accueillir ce genre de personnes ?* » (A.5, p. 79)

> Les Urgences doivent assurer un service qui correspond à une durée courte ou bien elles doivent changer de nom. Les attentes sont excessives pour des urgences (jusqu'à 8 h).

> Réduire considérablement les délais d'attente aux Urgences.

> Équilibrer l'offre de soin sur les territoires, faire en sorte que les Urgences ne soient pas la seule modalité de réponse médicale de santé, mais aussi l'offre de médecins.

3. Alternatives de soins, domicile, préventions *(23 préconisations, p. 22-27)*

« *Il pourrait y avoir de la complémentarité avec d'autres pratiques qui mériteraient d'être reconnues, pour faire palliatifs avant ce rendez-vous long à venir. Je ne pense pas que ce soit sectaire comme discours, je pense à l'autohypnose par exemple.* » (8.2)

« *Il existe beaucoup de choses pour prendre soin du corps. Mais finalement, ce sont des soins que l'on paie. Il y a des centres, par ex. au Mans, il y a « Bien-être » (association, soins alternatifs). C'est merveilleux tout ce qui est proposé, mais ça oblige les gens. C'est une sélection par l'argent. Les gens qui peuvent se payer ça, tant mieux pour eux. Mais ceux qui ne peuvent pas, ils font comment ? Ils n'ont pas accès à la Sophrologie, au Yoga, à la thérapie et pourtant tout ce qui est paramédical est bienvenu : la prévention, l'aide ou l'accompagnement. – Et ça fait gagner de l'argent, parce que les gens ne tombent pas malades.* » (9.6, A.6, p. 99)

« *Dans les Centre sociaux, ça commence à venir. Il y a des sophrologues, on peut avoir des séances pour 1,50 €, ça se démocratise. Au Mans et à Coulaines, au Centre social, il y a des séances de Sophrologie, au Centre social Roncerays-Glonnières, ça existe aussi. Évidemment, il y a beaucoup de monde qui suit cela, ça commence. À Coulaines, si on est inscrit, on paye 1,50 € la séance. Il faut être abonné, adhérent. Aux Roncerays, je ne sais pas. Je fais d'autres activités, c'est selon les ressources. On paie selon ses ressources. C'est bienvenu. C'est une bonne chose.* » (9.6, p. 99-100)

> Favoriser et financer pour tous l'accès aux formes préventives reconnues de santé : Sophrologie, Yoga, thérapies, paramédical en termes de prévention, d'aide ou d'accompagnement.

Visites médicale à l'école :

« *Dans les écoles (publiques et privées sous contrat) il n'y a plus de visites médicales scolaires. Avant, en grande section, c'était systématique en maternelle. Maintenant, on demande aux enseignants de faire faire des petits tests aux enfants, d'écrits, et après c'est envoyé.* » (9.6, p. 93)

« *Dans l'enseignement public, ce sont les mêmes démarches. Il y a une infirmière qui vient et qui va faire les pré-tests. Après, le médecin scolaire va analyser quel enfant mériterait d'être vu par le médecin scolaire. Alors qu'avant, c'était systématiquement tous les enfants. C'était bien vu. Donc ça, c'est ennuyeux. Il y a trois ans, on a reçu un courrier du Médecin scolaire pour dire qu'il ne viendrait plus, sauf en cas d'urgence extrême. C'est dans le secteur privé. Mais, même dans les autres écoles, le médecin n'a plus le temps de passer tous les élèves, c'est l'infirmière qui fait les pré-tests*. » (9.6, p. 94)

> Remettre en place dans les Établissements scolaires, pour tous les élèves, les programmes de prévention et de détection d'éventuels problèmes de santé avec des professionnels de la santé (et non des enseignants) : médecin scolaire, infirmier scolaire et divers spécialistes, etc.

Soins « hors les murs » :

« *Il y a quelques années, pour se soigner au niveau dentaire, ça ne pouvait s'imaginer qu'en allant chez le dentiste. Si des dentistes avec toute cette technologie ont pu réussir à aller hors les murs… » (8.2) les autres soignants le pourraient peut-être ?* » (8.2, p. 27)

> Réfléchir un nouvel angle d'approche, une nouvelle conception des soins hors les murs, en mobilité vers les publics, au domicile.

Télémédecine :

« *J'avais ma petite fille de 2 ans à la maison, elle était assise, puis je la prends par le bras pour la soulever. Je lui ai détaché l'épaule. J'appelle le 15 et l'on m'a fait une consultation à distance. Et voilà, vous pliez, vous lui donnez un Doliprane, elle va dormir. Si quand elle se réveille, elle ne se rappelle plus, c'est que tout va bien. Il y a de belles choses qui se font.* » (Py. A.3, p. 48)

« *La télémédecine, c'est compliqué pour des personnes, il y a des limites. En maison de retraite ça va, car ils sont accompagnés, il y a des infirmières qui sont là. Mais après, au domicile, je pense que c'est une chose. Déjà, la technologie, ça ne va pas être dans toutes les maisons. Alors, s'il faut transporter les personnes dans un lieu où c'est connecté, ce ne sera pas la solution. À la marge peut-être. Ça peut être une amélioration dans certains domaines. – Peut-être pour consulter un spécialiste à distance, quelqu'un à Nantes ? – Et éviter de transporter la personne pour pas grand-chose. – Avoir des images et les transférer à un autre spécialiste pour avoir un avis médical. On ne va pas soigner des grippes comme ça.* » (A.7, p. 119)

« *Je disais à un ami dentiste que la télémédecine c'était très inquiétant, que la personne soit face à un écran. Quand on pense à ce qu'est une consultation médicale, ce que je repère c'est que : je dis au médecin ce que j'ai, après il me palpe, il y a une auscultation, puis il en tire son diagnostic. Si c'est de la télémédecine, ça veut dire qu'il y aura quelqu'un à côté, alors quid de cette personne ? Et comment sera-t-elle formée ? Qu'est-ce que ce sera ? Alors, les médecins n'auront plus que le déclaratif ? Dans ce que je ressens, il n'aura pas les moyens de vérifier. Donc, la personne qui va être à côté de moi lors de cette consultation en télémédecine, ça sera qui ? Une infirmière ? Est-ce qu'elle sera compétente ? Quelle sera sa rémunération par rapport à des actes qui doivent peut-être excéder sa formation ? Le médecin, de l'autre côté, comment s'emparera-t-il des choses ? Est-ce que ça ne coupe pas du médecin ? Est-ce que ça ne le met pas simplement entre le déclaratif et puis l'image, ou la radio qu'il aura devant les yeux. Du coup, il perdra la dimension humaine.* » (A.2, p. 38)

« *Dans la consultation, il y a un aspect humain qui est absolument irremplaçable. Quelqu'un qui vient pour un problème de santé et qui au bout d'un moment, on va le voir se décomposer et fondre en larmes, on ne va pas le faire devant une caméra quand même !?* » (Px. A.2, p.38)

« *Toute nouvelle solution amène de nouveaux problèmes. Les solutions, les diagnostics ne sont pas forcément aboutis. Il y a aussi l'abord technique, il ne faut pas oublier que des évolutions forcément amènent des questionnements nouveaux.* » (A.2, p. 38)

> Expérimenter la médecine à distance ou télémédecine prudemment et pour des actes simples. Rester attentif à l'aspect éminemment humain de la consultation de médecine.

Habitats adaptés, habitats « inclusifs » :

« *L'intérêt qu'il pourrait y avoir, c'est un plateau de services qui faciliterait la mobilisation professionnelle. Le soignant ne viendrait pas pour une personne, mais pourrait circuler. Avec une salle commune qui regrouperait plusieurs logements et mettre certaines choses en commun.* » (A.5, p. 75)

« *À l'UDAF, nous avons lancé un programme d'habitat inclusif qui s'appelle « famille gouvernante ». C'est réservé aux malades psychiques, avec un lourd handicap psychique, qui ne peuvent pas rester à domicile, font un stage chez eux, à l'hôpital psychiatrique et que l'on retrouve après dans la rue, parce qu'ils n'arrivent pas à se stabiliser, parce qu'ils ne prennent pas leur traitement. Donc, dans le logement partagé, il y a une gouvernante, maîtresse de maison, issue d'une association d'aides à domicile et elles sont plusieurs à se relayer 24 heures sur 24, tous les jours de la semaine. Et puis, on a aussi plusieurs infirmiers (infirmiers psy) qui se relaient, qui viennent pour assurer les traitements et suivre les traitements. On a deux logements, ça concerne six personnes. Mais, quand ils se déplacent, c'est pour six personnes, ce n'est pas pour une personne. Donc, il y a mutualisation. Au niveau coût, pour ces deux logements sociaux, ça nous coûte (à l'UDAF) la coordination, car il y a une coordinatrice qui gère tout ça : le personnel, l'organisation et s'il y a un problème avec un habitant. Mais après, les personnes qui sont handicapées, si elles perçoivent l'allocation handicapée, peuvent financer une partie de leur logement social.* » (A.5, p. 75-76)

« *L'habitat adapté ou regroupé pour personnes âgées. Il y a un moment, ce qui était à la mode pour les personnes âgées, c'était les foyers-logement, il y en avait surtout à Pouancé. Parce qu'à un moment donné, les personnes âgées ont besoin de se retrouver entre elles. De ne pas se sentir toutes seules, à regarder les véhicules passer sur la route, à longueur de journée. Des petits logements qui soient adaptés,*

de plain-pied. Et en centre-ville, il devrait y avoir des choses plus adaptées, si cela pouvait être créé, ce serait bien. Et pas trop onéreux, car des fois les résidences services sont à 800 € ou 900 € par mois, et encore ! Des petits logements sociaux, personnalisés, adaptés dans des petites communes rurales, qui permettent aux personnes d'aller chez la voisine prendre le café, de faire un peu plus de liens. » (5.5, p. 75)

« *Le CHS de Blin sollicite l'Association les Eaux-Vives pour un habitat de ce type, sur Chateaubriand, pour une quinzaine de places. Cela a commencé en 2014 et l'autorisation a juste abouti fin 2018. Pour vous dire le temps que cela prend. Il y a un nombre très important de personnes du CHS de Blin qui auraient vocation à aller dans ces logements-là, qui coûtent quand même beaucoup moins cher qu'un séjour complet au CHS.* » (A.5, p. 76)

« *Il y a plein de choses qui existent. Après, peut-être qu'il faut les faire connaître, que ce soit porté par une association et monétisé.* » (5.5, p. 76)

> Développer des appartements de soins résidentiels avec une salle commune où les gens peuvent venir manger, regarder la télévision pour avoir un vrai contact, ainsi que la présence d'une infirmière et d'une maîtresse de maison.

> Des logements adaptés, permettant une externalisation des soins, qui couteraient moins cher qu'un séjour complet au CHS.

> Étendre les types d'habitats inclusifs et dispositifs coordonnés destinés aux personnes âgées et publics vulnérables. Faire connaître ces dispositions et les faire promouvoir par les Pouvoirs publics.

Médicalisation à domicile :

« *Il faut que la médicalisation, dans ce cas précis d'enfants, soit mise en place au domicile. Comme il y a l'hospitalisation à domicile, on en revient à ça. Tu peux avoir aussi une hospitalisation à domicile pour des enfants qui ont besoin de soins, même les tout-petits. Même les plus grands, quand tu peux accueillir à la maison.* » (A.3, p. 41)

> Favoriser la mise en place de la médicalisation à domicile des enfants et jeunes enfants.

« *Pour la sortie d'EHPAD, c'est l'HAD (hospitalisation à domicile) qui gère tout ça. C'est programmé, mais ça ne se fait pas systématiquement. Parce que s'il n'y a pas de personnel derrière, ça ne se fait pas.* » (10.1, p. 11)

« *L'ARS peut avoir du poids (…) Tous les acteurs du secteur vont se mettre autour d'une table et on ne part pas tant qu'on n'a pas trouvé une solution, des fois un peu bancales, mais un minimum de solutions. Mais pour les (soignants) libéraux, ça n'existe pas. On ne peut pas obliger un libéral à prendre quelqu'un, en disant on a besoin de tel ou tel soin.* » (11.1, p. 14)

> Favoriser la mise en place de la médicalisation à domicile des personnes âgées.

« *J'ai été Conseiller général pendant un moment et on avait inventé, à l'époque c'était une invention, des MARPA (Maison d'accueil rural pour personnes âgées). Ça a été une invention à mon sens qui a été extraordinaire, parce que ça permettait d'avoir des logements particulièrement adaptés pour des personnes en difficulté.* » (A.1, p. 18)

> Pour les personnes âgées en milieu rural, développer des Maisons d'accueils de type MARPA (Maison d'accueil rural pour personnes âgées) équipées, ergonomiques et domotisées.

Centres et/ou Maisons de santé :

« *Le secteur 1, ce sont les médecins qui sont conventionnés, qui se réfèrent au tarif de la Sécurité sociale, et le secteur 2, c'est le secteur au tarif honoraires libres. Qui font payer ce qu'ils veulent, qui peuvent être en dépassements d'honoraires.* » (A.2, p. 22)

« *J'ai trouvé qu'il y avait un développement sans frein, comme jamais il n'y a eu, aux dépassements d'honoraires. Il y a de plus en plus de médecins qui étaient en secteur 1 et qui sont passés en secteur 2, notamment à travers la notion de « pratique tarifaire maitrisée » qui a remplacé les « Contrats d'accès au soin » créés à l'origine par Marisol Touraine et qui, reliés sous un autre nom, permettent prétendument de maîtriser les dépassements d'honoraires. En fait, ça a alléché des médecins qui étaient en secteur 1, qui sont passés en secteur 2.* » (7.2, p. 25)

« Il y a beaucoup, beaucoup de gens qui ne s'informent pas. Je vais dans un cabinet d'ophtalmo et il n'y en a que deux qui sont en secteur 1. Au début, on a voulu y aller et par téléphone, il faut le demander. Mais si tu ne demandes pas, le secrétariat va automatiquement te donner quelqu'un au secteur 2. On m'a posé la question : « *pourquoi vous ne voulez pas ?* » J'ai répondu « *ce n'est pas du tout les compétences de la personne que je mets en cause, absolument pas, mais je veux quelqu'un du secteur 1* ». (A.2, p. 26)

> Les Maisons de santé qui marchent bien, sont celles qui sont préparées avec les médecins, avec les infirmières, les gens.

> Informer clairement la population de la distinction qui existe entre « maison de santé » et « centres de santé » d'une part et entre « secteur 1 » et « secteur 2 » d'autre part :

. Les « maisons de santé » et le « secteur 2 » relèvent du secteur lucratif, les médecins y ont un statut libéral et pratiquent des dépassements d'honoraires, non pris en charge par la sécurité sociale.

. Les « centres de santé » et le « secteur 1 », procèdent d'une logique de Service public où les actes de soins pratiqués le sont par des médecins conventionnés Sécurité sociale, éventuellement sous statut salarié et ne pratiquant pas de dépassements d'honoraires.

> Modifier l'utilisation du terme de « maison » lorsqu'elle relève du secteur libéral et marchand, secteur 2, qui induit de la confusion, alors que l'usage du mot fait référence par ailleurs à la dimension domestique et désigne dans certains cas un service public : maison du handicap, maison du citoyen, de la recherche, etc.

« *Il y a des maisons médicales dans chaque commune maintenant. Il y en a une à Maillé et à L'Hermenault. – Mais il n'y a pas de médecin dans les deux ! – Du point de vue du territoire, il faudrait en mettre une tous les 10-20 kms. Il faudrait que les personnes soient à une distance de 10-15 mn au maximum. – Pourquoi est-ce que les médecins ne viennent pas y faire des permanences de semaine ? pour éviter que les personnes se déplacent.* » (A 7, p. 118)

« *Le sentiment que l'on est un peu abandonnés, qu'on n'a pas de solutions. – Non, on n'en n'a pas et personne n'a de solutions miracle, à sortir du tiroir.* » (A.7, p. 120)

Histoire brève :

« *Il faut innover. On parle de maison médicale. J'ai connu ça quand j'étais jeune, on appelait ça des dispensaires. À un moment, il y avait des dispensaires partout. Là où il y avait des regroupements, on pouvait se faire soigner les dents, il y avait des médecins, des spécialistes, etc. Et, à un moment donné, on a dit : « on va fermer tous les dispensaires, il y a la médecine libérale. » Or, on est en train de les recréer. Car, qu'est-ce que c'est qu'aujourd'hui une maison de santé pluridisciplinaire si ce n'est pas une sorte de dispensaires ? On n'a pas su changer de logiciel.* » (2.8, p. 122)

> Mettre un Centre de santé tous les 10-20 kms, à une distance de 10-15 mn au maximum des usagers.

> Instituer des permanences de médecins en semaine dans les Maisons médicales où il n'y en a pas.

Maintien à domicile, recenser les besoins :

« *Je suis Administrateur de l'HAD (hospitalisation à domicile). L'HAD, ça se développe. Ce que les gens veulent le plus souvent, c'est un accompagnement famille. Si les gens veulent mourir chez eux, c'est un service qui accompagne au domicile. C'est lourd, parce qu'il y a beaucoup d'intervenants. L'HAD n'a pas son propre personnel qui intervient chez le patient. Il y a un personnel pour organiser, mais pour intervenir. Les intervenants, c'est le SSIAD, avec l'infirmière libérale, le médecin. Et il faut que tous ces intervenants acceptent de participer. Si le médecin ne veut pas, il n'y en aura pas. Si on ne trouve pas d'infirmière, il n'y en n'aura pas non plus. On doit trouver tout ce personnel sur place pour pouvoir accompagner au domicile. – Tout ce travail est fait avant la sortie d'EHPAD. – C'est l'HAD qui gère tout ça. C'est programmé, mais ça ne se fait pas systématiquement, parce que s'il n'y a pas de personnel derrière, ça ne se fait pas. Le problème à l'heure actuelle est d'assurer le nombre de places que l'on a, parce qu'on manque de personnel. Je sais qu'il y a des SSIAD où il y a des tournées qui ne se font pas, car ils n'ont pas le personnel. C'est inquiétant, c'est très inquiétant.* » (10.1, p. 10)

> Établir une veille et un recensement des besoins en personnels au niveau des SSIAD et des HAD pour assister les personnes les plus vulnérables à leur domicile.

« *Même cas chez les personnes âgées, même problématique. On a donc une place pour les SSIAD, pour les personnes en attente de SSIAD. On leur dit « voilà, il y a une liste d'attente avec 15 personnes devant vous ». Alors, pour des situations, ça retombe sur les Auxiliaires de vie qui ne sont pas formées pour. On a remarqué que les services, que ce soit ADMR et autres services sur le territoire, ils n'ont pas forcément des Auxiliaires de vie. Ils nous disent : « on n'a pas suffisamment de personnel pour pouvoir assurer les soins ». Par exemple, pour une personne handicapée qui aurait besoin d'aller aux toilettes le matin, le midi, le soir et journée, et bien, en fait, elle n'y va que trois fois par jour, donc à des horaires bien précises, il faut que ça tombe bien dans le créneau !*

« *Il y a un manque d'Auxiliaires de vie. Le travail est fatigant, c'est sûr. Ce n'est pas simple, elles ne sont pas forcément bien payées par rapport à ce qu'elles font. La reconnaissance… On soulage un peu sur le terrain, mais il n'y a pas forcément d'accompagnement. Dans le handicap, c'est assez complexe, il y a du matériel, il y a pas mal de passages. Sur une journée, il peut y avoir le passage d'une dizaine de professionnels chez la personne. Il faut coordonner tout ça.*

« *Nous, on fait cette coordination, c'est un vrai défi. On gère de 15 à une trentaine d'Auxiliaires de vie par mois chez une personne. Le problème des services d'aide à domicile, c'est qu'il y a des auxiliaires de vie et des aides ménagères. Les ménagères vont pouvoir faire cinq passages en semaine, hors planning des week-end, mais le handicap, c'est sept jours sur sept. Le dimanche, il ne va pas arrêter !*

« *On a du mal à le faire comprendre, même au financeur. Par exemple, une personne bénéficie d'une aide de la MDPH et nous dit « non, je ne suis pas financée », les jours fériés ne sont pas financés. Ça reste à charge des personnes et la politique actuelle fait que les tarifs de tous les services ont augmenté, il n'y en a pas beaucoup de conventionnés (…) disons que le montant donné par la MDPH correspond aux montants que pratique ce service, sinon tous les autres font des dépassements, justifiés pour payer le personnel, payer les déplacements des personnes, les dimanches, qui sont, bien entendu, majorés.* » (12.1, p. 12)

> Repérer et lister les zones et territoires les plus sinistrés, en manque de professionnels du soin et d'accompagnement au domicile afin, en priorité, de les pourvoir en postes, avant d'étendre la mesure à l'ensemble des territoires où sont signalés des besoins.

« *Les décisions sont prises, on n'écoute pas forcément les gens du terrain.* » (8.7, p. 117)

> L'écoute des besoins est importante en la matière pour orienter et arbitrer les décisions.

« *Même dans un secteur comme celui de Fontenay, avec une communauté de Communes telle qu'elle est actuellement, il devrait y avoir un recensement dans chaque secteur pour pouvoir dire « voilà, il y a un besoin important, il faudrait intervenir un peu là » et essayer de répartir les choses. Que ce soit Foussais-Payré ou L'Hermenault ou Fontenay, ce n'est pas la même chose. Tout le monde est citoyen à part entière et on a tous droit au même accès aux soins. Alors, on fait des grandes communautés de Communes, étendues, il faut qu'elles soient grandes pour qu'elles y arrivent financièrement. Puis, en fait, plus on agrandit et plus ça réduit les budgets... Et la périphérie est mal servie.* » (8.7, p. 115)

> Faire procéder à une analyse des besoins sur les territoires et veiller à la répartition proportionnée des moyens en matière de soin.

Coordinations territoriales :

« *La politique actuelle c'est le maintien à domicile parce que ça coûte moins cher, pour autant, il faudrait qu'il y ait des moyens au domicile. Nous, on est comme l'HAD, on s'appuie sur les intervenants du domicile, il n'y a pas de salariés dans nos services qui font les soins ; on a un secteur bien trop grand géographiquement. On ne pourrait pas faire, même si on avait une équipe d'aides-soignantes, d'aller à l'Ile Dieu le matin et puis à l'île d'Elbe, et puis à Challans, parce que ce serait ingérable. Donc, on s'appuie vraiment sur les équipes du domicile, mais il n'y a pas assez de professionnels de santé. Il y a vraiment des zones de plus en plus sinistrées.* » (12.1, p. 13)

« *Le recensement des besoins est important, car il apporterait un arbitrage pour que les décisions puissent s'orienter quand même ? – Oui, il faudrait qu'il y ait quelqu'un qui centralise toutes ces données pour pouvoir les redistribuer après, auprès de tous. – Encadrer les décisions, qu'elles ne soient pas prises au gré des humeurs… – Ou du bon vouloir des élus, ou de ceux qui sont un peu plus fort les uns que les autres. Il y a tout cela.* » (8.7, p. 116)

> Instituer une fonction ou une instance, avec des postes, qui centralise et redistribue les données liées au recensement des besoins et permette la coordination de dispositifs.

Politiques locales :

« *Je vais parler un peu politique, mais il faut dire que l'on prend des décisions à Paris qui ne sont pas du tout adaptées au terrain. Et, localement, au niveau Communes et communauté de Communes, on est coincés par les décisions qui sont prises. On nous dit « ça, ce n'est pas votre domaine, ceci pas votre domaine, ça pas votre domaine ». Après, qu'est-ce que l'on fait ? Alors que l'on a les solutions. On est capable de mettre en place les solutions. Pour peu qu'on nous aide un peu.* » (5.7, p. 110)

« *C'est le transfert des compétences. Il y a des compétences communales qui sont passées aux communautés de Communes. Et puis le Département a perdu un nombre de compétences qui sont passées au niveau régional. Je crois qu'aujourd'hui le transport scolaire est régional. C'est d'une incohérence.* » (5.7, p. 110)

> Laisser plus de marge de manœuvre aux politiques locales sur les domaines où ils ont les solutions et les réponses aux problèmes, tout en leur apportant quelques aides.

Adapter les réponses aux besoins :

« *Avec les personnes âgées dépendantes, ce n'est pas forcément les maintenir absolument et contre tout à domicile. Ou alors, en y mettant les moyens qu'il faut. Pour certains, c'est possible, mais pour d'autres, ça n'est pas possible. En fait, il n'y a pas de règle absolue. Pour moi, le maître mot c'est*

adapter la réponse à la réalité des besoins des personnes quelles qu'elles soient : personnes handicapées, personnes âgées et personnes du droit commun. Adapter la réponse à la réalité de leurs besoins et ne pas vouloir les faire absolument rentrer dans des cases pour des considérations économiques. Parce qu'on n'en est là aujourd'hui : il y a des cases et on veut absolument faire rentrer les gens dans des cases pour des considérations économiques. Parce que les considérations économiques priment. » (2.8, p. 133)

« *Il y a aussi l'éloignement par rapport aux hôpitaux locaux ou ailleurs, au-delà de 15-20 kms, ça pose quand même question.* » (A7, 120)

Pharmacies de gardes :

« *On a quand même 5 pharmacies à Chateaubriand. Il y a des personnes qui arrivent d'une autre commune, car leur pharmacie est fermée, alors ils font le tour des pharmacies de garde pour aller chercher leur médicament. 5 pharmacies, mais elles ne sont pas ouvertes tout le temps. C'est un tour de garde. Donc, de temps en temps, il faut aller aux alentours pour aller chercher des médicaments. Ce n'est pas normal ça non plus.* » (8.5, p. 83)

« *On ne sait pas à qui demander. – Sur Internet ? Faut téléphoner au 36 je-ne-sais-pas combien… ou sur le journal. Normalement, c'est indiqué aussi sur les vitrines, mais il faut déjà se déplacer à une pharmacie. – En théorie, car à Nort-sur-Erdre, à Carquefou et…* » (A.5, p. 84)

« *On pourrait imaginer, dans la mesure où on se déplace au CAPS (Centre d'accueil et de permanence des soins des médecins) un jour férié, sur un temps où, normalement, il n'y a pas de médecin traitant, qu'ils aient accès au minimum à une pharmacie ou à un minimum de médicaments, à portée de main, pour les donner directement à la personne. Du type, une armoire à pharmacie ou la pharmacie de l'hôpital. Même si ce ne sont pas les mêmes organisations. – À Nantes, c'est pareil, aux Urgences on vous donne une ordonnance, derrière ils ne vous donnent pas les médicaments, vous allez à la pharmacie. Sauf si vous avez été opéré et que vous restez à l'hôpital. Mais vous ne partirez pas de l'hôpital avec les médicaments.* » (A.5, p. 84)

« *J'ai le cas d'un fils qui est dans le Maine et Loire, près de Pouancé, il est venu au CAPS près de Chateaubriand (30 kms) et après il a fallu qu'il vienne à Moisdon (13 kms) pour chercher les médicaments parce qu'il n'y avait pas de pharmacie ouverte aux alentours. Ensuite, il rentrait chez lui (25 kms) (= 70 kms AR). C'est impensable. Il faudrait que les médecins du CAPS aient des médicaments en réserve pour pallier à ce problème.* » (A.5, p. 84)

> Coordonner un planning unique des pharmacies de garde sur le territoire et en assurer la diffusion auprès des services de soins : afficher dans les pharmacies, vers l'extérieur, le planning de toutes les gardes.

> Envisager un dépôt-relai de médicaments dans un service hospitalier.

4. Handicaps, Inégalités *(psychologiques, économiques, géographiques, âge)* et Mobilités *(16 préconisations, p. 29-32)*

4.1. Inégalités psychologiques, économiques et sociales

« *Depuis leur âge de 2 ans, j'ai signalé qu'ils ne parlaient pas. Ils disaient juste « maman, papa ». Cela a mis beaucoup de temps avant que je puisse faire reconnaître cela. À l'école, on me disait : « ça va venir, ça va venir ». Puis finalement, la maîtresse en moyenne section a mis tout de suite le holà en disant qu'il fallait voir la MDPH parce qu'il y avait un gros problème. Cela a accéléré et on a mis des choses en place. Mais après, ça s'est ralenti parce que la MDPH qu'il fallait diagnostiquer ce que c'était. C'est à moi de chercher, c'est à moi de trouver les spécialistes, c'est à moi de téléphoner, etc. Et à côté de cela, la MDPH me dit juste : « On ne peut pas vous aider, nous on reconnaît le handicap et c'est tout ». Suite à cela, il y a eu pas mal d'examens administratifs qui prennent beaucoup de temps, ce qui retarde toutes les démarches. Ou bien, l'on ne prend qu'un des enfants au lieu des deux, parce qu'ils ont la même date de naissance. Du coup, une AVS a été choisie mais pas deux ! Donc, il faut repasser en commission, refaire accélérer les choses pour que mes deux enfants puissent avoir une AVS.* » (5.3, p. 42-43)

« *Ma fille a 36 ans. Elle a bien évolué, mais à l'époque, elle était malentendante. On a fait diagnostiquer sa surdité qui était due à des otites. Il fallait un suivi autrement. Et déjà, pour avoir un RV avec le psychologue de l'école, c'était compliqué. Puis après, l'orthophoniste, c'était compliqué aussi. « Ils ont toujours le temps » nous disait-on, mais ils en perdent du temps, les enfants. Alors, nous, on se dit « ce n'est pas vrai, elle pourrait (faire quelque chose) ». Ça va à contresens de ce que nous dit l'éducation des enfants, comme quoi il ne faut pas perdre de temps. Et, les dossiers, ils les ont vu, mais ils n'en ont jamais parlé avec mes enfants. Ils nous laissent parler pendant une heure, puis après on voit si on a compris ce qu'ils ont dit. Et bien moi, je peux dire que non, je n'ai rien compris.* » (6.3, p. 44-45)

> Ne pas laisser de familles seules ou sans solutions pour la prise en charge de handicaps.

> Apporter davantage de soutien et d'accompagnements spécialisés pour les situations plus délicates (déficiences).

« *En allant chez les personnes, on se rend compte des difficultés qu'elles ont pour avoir un médecin, puisque ce sont des personnes qui n'ont pas de moyens de locomotion. De moins en moins les médecins se déplacent. Ces personnes sont parfois isolées parce que la famille n'est pas forcément à proximité donc, souci : comment fait-on pour aller chez le médecin ? C'est une question récurrente.* » (4.5, p. 73)

« *On ferme les hôpitaux de proximité, on les élimine, on en fait plus que des EHPAD, car on en est arrivé là aujourd'hui. Et on met tout le monde au Mans. Quand j'ai dit à l'ARS, à un moment donné, qu'une personne lourdement handicapée et dépendante qui habite à 1h30 du Mans, à l'autre bout du Département, il faut : la transporter, immobiliser un véhicule, mobiliser deux personnes, vous vous rendez compte ! ? C'est une matinée de perdue. Tout ça pour une visite.* » (2.8, p. 126)

> Faire des propositions de prises en charge spécialisées à proximité, au minimum dans le même département.

« *Mes enfants vont avoir 7 ans, ils ne vont pas pouvoir rester en grande section. Un CP normal, je ne sais pas si cela va être bon pour eux. Ils auront toujours des AVS, mais la barrière du langage reste et si des écoles ou des instits ne sont pas formés pour… L'AVS qu'ils ont actuellement est très bien. Elle va essayer de voir pour les suivre, s'ils ne vont pas en ULIS l'année prochaine. Elle est très bien et cela fait 2 ans qu'elle les connaît. Elle sait donc très bien comment travailler avec eux. Et si ce n'est pas elle, mais quelqu'un d'autre, il faudra donc repartir à zéro.* » (5.3, p. 43)

> Faciliter la reconduction des suivis d'enfants avec les mêmes AVS lorsque le suivi est pertinent.

« *Une action concrète menée par l'UDAF pour aider des jeunes patients atteints de pathologies mentales et que les dentistes n'arrivaient pas à soigner, parce qu'il faut être extrêmement patient pour arriver à les calmer. On a donc réussi à mettre en place un service à l'hôpital pour que ces jeunes patients puissent se faire soigner et accompagner par des spécialistes spécialisés sur le champ du handicap psychique. Il faut prendre le temps de soigner ces gens-là, ça demande un soin sur-mesure et on ne peut pas faire ça en l'imposant. Un médecin ne peut pas soigner alors qu'il prend par ailleurs six patients à l'heure. On ne peut pas appliquer cette procédure à tout le monde. Il faudrait une médecine sur-mesure. – C'est la définition de la médecine : le cas clinique, le cas par cas où aucun patient ne ressemble à un autre. – Oui, et déontologiquement, on ne peut pas imposer à un praticien, un temps restreint (de consultation). C'est dans le code de la santé, à l'article 91.* » (1.2, A.2, p. 31)

> Dédier des permanences de dentiste pour soigner les publics à besoins particuliers.

« *Tout ce qui est soins psychiatrique, psychologique, c'est une catastrophe ! Parce qu'il y a un temps d'attente encore pire, car il peut s'agir de personnes qui vont être prêtes à avoir un suivi, qui se décident à se faire soigner et on va leur demander d'attendre un délai d'attente terrible, du coup elles ne vont plus être décidées. Et tout s'effondre, c'est vraiment dramatique. Dans le cadre professionnel, j'ai vu des gens qui auraient eu besoin d'un suivi auprès de l'hôpital psychiatrique et bien il n'y a pas. Alors, elles retournent chez elles et se retrouver de nouveau confrontées à la même problématique. Souvent, c'était : l'hôpital psychiatrique, la prison, la rue, c'est un cercle infernal. On trouve des tas de gens en détresse à la rue qui n'ont pas de soins. Des fois, il y a 1 mois, 1 mois et demi d'attente. Mais quand on sait que la personne est en souffrance, il peut y avoir des dégâts irréversibles.* » (8.6, p. 92)

« *C'est-à-dire qu'il y a des moments où il y a une urgence. Et si on ne répond pas à cette urgence, c'est fichu, on rate le coche. Ça prend des proportions terribles. – Ça ne prend pas acte non plus de l'énergie mobilisée pour accompagner ces personnes, c'est un gâchis. Tout retombe, avec le travail qui a été fait d'amener la personne à demander, ce n'est pas rien quand même.* » (A.6, p. 92)

« *Par rapport à des démarches de santé, au moment où on les rencontre, les familles sont insufflées de cet élan et disent « ah oui ! » Et on sent une énergie parce qu'elles en comprennent le sens, le bien-fondé et elles font confiance. Mais le délai d'attente fait que ça retombe. Et après, ça ne se fait pas. Non pas parce qu'elles ne veulent pas, mais parce que c'est décourageant.* » (9.6, p. 92)

> Ne pas observer de délais lorsque des patients en grandes difficultés sont compliants et prêts à entrer dans un dispositif de soins.

« *J'exerce depuis 7 ans. J'ai travaillé aux Herbiers, à La Chataigneraie et maintenant à Fontenay. J'accompagne des personnes qui peuvent être en rupture de soins de par leur pathologie et aussi de par leur isolement social. C'est surtout pour ces personnes-là que c'est le plus compliqué. Parce qu'ils sont isolés, ils n'ont pas de famille. Cela donne beaucoup de pathologies psychiatriques pas prises en charge. Et aussi, des personnes avec des déficiences mentales qui ne peuvent pas forcément comprendre les consignes, prendre des RV, des choses comme ça. L'informatique pour elles, ce n'est pas du tout envisageable.* » (3.7 p. 106)

> Faciliter l'accès aux soins pour les personnes isolées ou en rupture.

« *Pour accéder au CMPP, c'est difficile et il est trop loin des Sablons. Ça oblige que les gens aillent avenue Bollée, rue Erpell. On est face au phénomène d'immigration, j'ai répertoriés 33 nationalités différentes dans mon école, en Primaire. Demander aux gens qui n'ont pas de voiture de se déplacer, d'aller rue Erpell. Déjà, certains disent « je ne peux pas m'acheter de tickets de bus » de plus, rue Erpell, ce sont des quartiers qui ne ressemblent pas du tout aux Sablons et même, cela ça fait peur.* » (9.6, p. 93)

> Rendre accessible géographiquement aux familles en situation de pauvreté, de précarité ou issues de l'immigration, les lieux de soin (CMPP, etc.) préconisés lors de la scolarité de leurs enfants, dans une proximité géographique des quartiers populaires.

Voir aussi **2.1** Préconisation « Prendre en compte les particularités des personnes souffrant de troubles psychiques », p. 17.

> Former et s'informer quant aux risques que représente (pour tous) l'insuffisance de soins apportés aux personnes en souffrance psychologique.

« *Une personne âgée en famille d'accueil, vu de son état de santé, nécessite pour ses déplacements d'un fauteuil spécifique, mais la famille d'accueil n'a pas le véhicule adapté. Dans ce cas, si le médecin ne se déplace pas, il n'y a pas de solution. De plus, les médecins sont réticents maintenant pour faire des bons de transport. Il y avait des abus, mais ce serait quand même vraiment utile pour certains cas. Les personnes en campagne par exemple, qui n'ont pas de moyens de locomotion.* » (3.7 p. 107)

> L'accessibilité, c'est aussi signer des bons de transports quand c'est nécessaire.

« *Les CMP, au niveau de l'attente, c'est pareil. Pour avoir des RV, le délai c'est très long. Pendant ce temps-là, les personnes, il suffit qu'elles n'aient pas de médecin traitant et pas encore de suivi au CMP, cela veut dire que l'on arrive à des situations difficiles avec des incuries. Et, il faut vraiment attendre que les gens pètent les plombs on va dire, pour qu'ils soient hospitalisés. C'est les urgences et puis après, c'est une prise en charge. Une fois qu'il y a eu le passage par les urgences, le CHS à la Roche, après cela suit à peu près son cours. Mais tant qu'il n'y a pas ce premier pas de fait…* » (3.7 p. 107)

> Donner plus de moyens aux CMP en général et dans le Sud-Vendée, en particulier, pour éviter les files d'attentes pouvant conduire à des situations critiques.

4.2. Inégalités géographiques

« *Les communes rurales sont sous-représentées dans les Assemblées départementales, on ne les écoute pas. – Il y a une fracture de la représentation sur le territoire, produisant des inégalités.* » (A.5, p. 85)

Inégalités constatées dans les Ateliers, dans différents secteurs géographiques :

- 5.4 (p. 60-61 « Grand littoral », Cantons de Talmont et Moutiers-les-Mauxfaits réunis
- 4.4 (p. 60-61), Les Herbiers
- 6.4 (p. 64-65-66), Jard-sur-Mer, Avrillé, Talmont
- 8.3 (p. 46), Cholet : « pas d'intervention, pas d'ambulance ! »
- 7.5 (p. 79), La Meilleraye-de-Bretagne, peu de Maisons de santé, Urgences saturées
- 8.5 (p. 82-83), Alentours de Nantes, Transport solidaire, État défaillant
- 9.5 (p. 84), La Meilleraye-de-Bretagne, Ligne de car n°40 supprimée
- 2.7 (p. 104-105), Fontenay-Le-Comte, Médecins non remplacés, orientation aux Urgences
- 2.7 (p. 105), Personnes âgées sans moyen de se déplacer, prises « en otage »
- 5.7 (p. 109-110), La Chataigneraie, dispositif de Transport solidaire
- 7.7 (p. 112), Ste Hermine, risque de concentration de Médecins du Conseil départemental ?
- 8.7 (p. 115), Fontenay-le-Comte, communauté de Communes, mutualisation de moyens
- 1.8 (p. 122), Fresnay-sur-Sarthe, Maison de santé
- 2.8 (p. 122), Côte d'Azur, nombreuses implantations de médecins

« *Dans la Commune du Bernard, il n'y a pas un car qui passe par jour. Donc, il faut aller chercher un car à 2,5 kms à pied, ce n'est pas possible. Veuve, le problème s'est trouvé lorsqu'il y avait besoin, soit pour une opération ou une hospitalisation. Si bien qu'il y a toujours des difficultés, de plus en plus, avec la Sécurité sociale pour avoir une ambulance. On me demande « vous êtes sûre qu'il n'y a pas quelqu'un qui peut vous emmener ? » Il a fallu que je tape du poing sur la table. Il y a un problème de pression sur les malades pour se faire accompagner pour des soins.* » (2.1, p. 3)

« *Une personne est à la CMU, avec un revenu de solidarité. Il va voir une rhumatologue en taxi, parce qu'il est dans un fauteuil, incapable de bouger. Entré dans la salle d'attente, la Rhumatologue arrive et lui dit devant tout le monde « voilà un Monsieur à la CMU qui se permet de prendre un taxi pour venir me voir » ! Alors, un peu de respect pour les gens à la CMU. Qui plus est une personne dans un fauteuil, tu ne peux plus bouger. – Oui, une ambulance, il est en fauteuil, il ne va pas venir sur la route en fauteuil !* » (7.5, p. 79)

> Faire cesser la pression de la Sécurité sociale sur les patients pour se faire accompagner afin d'économiser des déplacements par taxi-ambulance, financer ces déplacements lorsque les transports en commun n'assurent pas les liaisons.

« *Si on fait le tour de la Vendée, il n'y aucun système d'ambulances taxis avec un véhicule en TPMR (Transport pour personnes à mobilité réduite). Ça n'existe pas.* » (12.1, p. 12)

> Développer les transports en commun et transports adaptés.

« *Pour en revenir aux assurances, l'État devrait prendre en compte toutes ces Associations avec des chauffeurs solidaires et dire « s'il y a un pépin, on vient payer », ce système existe pour les appartements, c'est l'État qui est garant. Pourquoi l'État ne serait-il pas garant pour des associations comme cela ?* » (8.5, p. 83)

> Faire que l'État se porte garant d'Associations de transport solidaire.

« *Ils font du transport adapté, sauf que la personne doit être en capacité d'ouvrir sa porte, de descendre sur le trottoir et de prendre le véhicule. L'accompagnant d'Handion ne va pas chercher la personne chez elle. Or, nous avons des personnes à mobilités réduites qui ne sont pas en capacité d'ouvrir la porte, parce qu'elles ne sont pas dans des logements équipés avec une domotique suffisante. Le taxi va s'y rendre, mais Handion ne va pas y aller. Pareil pour le retour, Handion laisse la personne sur le trottoir alors qu'elle n'est pas capable d'ouvrir la porte d'entrée. Des fois, la porte de son appartement est domotisée, mais pas celle de l'immeuble. Des fois, c'est l'inverse, la porte de l'immeuble est domotisée, mais pas celle de l'entrée. Ou bien alors, ils ne peuvent appuyer sur le bouton et en même temps tenir la porte* ». (11.1, p. 12)

> Proposer des prestations complètes et cohérentes par rapport à chaque handicap.

« *L'ambulance, souvent, n'est pas remboursée. On va vous faire un bon de transport, mais souvent, elle n'est pas remboursée. C'est-à-dire que c'est très mal expliqué. Les gens pensent que parce qu'ils ont un bon de transport, ils seront remboursés, mais c'est totalement faux.* » (2.5, p. 72)

« *J'accompagne des personnes étrangères et ces questions (sur l'accès aux soins) reviennent à chaque fois. Ils posent des questions, mais on ne sait pas trop quoi répondre, ni où les orienter. Il y a des questionnements sur le sujet. On pourrait ainsi souhaiter que des réunions d'informations de ce type (Ateliers URAF) soient organisées.* » (2.6, p. 87)

> Apporter des informations claires et fiables sur les transports et l'accès aux soins.

5. (Mal) remboursements, dépassements d'honoraires *(13 préconisations, p. 33-36)*

5.1. Mal-remboursements

Complexité des systèmes et des démarches :

« *Et puis, qu'on nous dise que les mutuelles remboursent, tout le monde n'a pas une mutuelle, déjà. C'est choquant de dire « la mutuelle va rembourser », car ceux qui n'ont pas de mutuelle, comment est-ce qu'ils font ? Ils ne se font pas soigner. Les cotisations des mutuelles, ça augmente, ça augmente. – Et les cotisations n'ont jamais été aussi fortes. – Elles sont par morceaux. On choisit des options dans les mutuelles. Quand on dit que « votre mutuelle va rembourser », ça peut tout à fait être faux. Parce qu'on peut ne pas avoir l'option qui rembourse le dépassement. – Donc, les mutuelles sont moins justes que la sécu.* » (7.2, A.2, p. 26-27)

« *C'est vrai qu'en France on peut se soigner. C'est quand-même pas mal par rapport à certains pays. Mais moi, je vois, je connais le cas d'une personne qui n'a pas le droit à la CMU. Elle est seule, elle a le minimum vieillesse. Donc elle paie une mutuelle, mais la plus basse, parce qu'elle n'a pas trop d'argent. Elle a un mal fou pour se faire mettre des couronnes, des soins. Parce que là, elle ne rentre pas… disons que quand on est entre-deux, comme ça, ce n'est pas évident.* » (11.6, p. 97)

> Interdire la complexité des systèmes de remboursement par option des Mutuelles, qui ont pour effet de favoriser et d'entretenir une certaine opacité.

« *Aujourd'hui, je m'interroge beaucoup sur les tarifications des soins dentaires et des opticiens. Ça m'interroge, parce que je me rends compte qu'il y a une catégorie de gens qui sont en limite de pouvoir se faire soigner du fait de la tarification trop élevée, de remboursements qui ne sont pas assez importants par rapport à ces tarifications.* » (5.1, p. 4)

« *Ce qui est ennuyeux aussi, ce sont les étudiants qui n'ont pas d'argent pour avoir des soins. L'autre jour, j'ai lu un article dans le journal, une jeune fille a dit : « maintenant, les études, il faut les prolonger quatre, cinq, six-sept ans après le bac. C'est long, on n'a pas d'argent, les parents ne peuvent pas toujours aider. Et même pour m'acheter des serviettes hygiéniques et bien non, je n'ai pas l'argent, ça coûte cher ». Le soin, ça concerne son propre corps. Et puis, j'ai le cas de ma propre fille, étudiante mais qui travaille en même temps pour arriver à vivre, à survivre. Et du coup, elle s'est empêchée de se faire soigner certaines choses comme par exemple les dents, des choses comme ça parce que ça coûtait trop cher par rapport à ses revenus.* » (9.6, p. 94)

« *Je suis allée à Niort, mais Inkermann, c'est une clinique, c'est privé et il y a des dépassements d'honoraires. Donc, c'est toujours pareil, les personnes qui n'ont pas de mutuelle ou qui n'ont pas les moyens, ce sont encore des frais supplémentaires. Également, je suis passée par l'ORL, j'ai dû avoir une petite intervention, là aussi : dépassement d'honoraires, supplément ! Alors, il faut se renseigner au niveau de la mutuelle, si on a une prise en charge, mais tout le monde n'en a pas la possibilité.* » (2.7 p. 105)

« *Et là, quand vous avez des dépassements d'honoraires, il faut retéléphoner à votre mutuelle, se renseigner. C'est vrai que tout le monde ne le fait pas ou n'a pas la possibilité de pouvoir le faire. Je pense aux personnes âgées.* » (2.7 p. 105)

« *Les personnes qui ne peuvent pas se déplacer à cause de leur état de santé, c'est compliqué, parce que même s'il y a un transport solidaire, ça ne règle pas le problème. Pour la plupart, des personnes qui ont des moyens financiers limités, elles se retrouvent avec des problèmes de dépassements d'honoraires. Il y a le tiers payant aussi qui n'est pas appliqué chez beaucoup de médecins, car ils ne sont pas équipés du système pour passer les cartes vitales. Ce n'est pas énorme, mais pour certains, avancer quelques euros, ce n'est pas possible.* » (3.7 p. 107)

> Pallier aux inégalités de moyens et aux logiques de tarifications-remboursements à 2 vitesses.

« *À Fontenay, maintenant, en radiologie, il y a une borne où il faut s'enregistrer et toutes les personnes ne savent pas comment ça marche et n'y arrivent pas. Les personnes âgées ne comprennent pas. Il y en a beaucoup qui s'en vont, car elles ne savent pas comment ça fonctionne. C'est trop compliqué pour elles.* » (2.7, p.106)

> Permettre et renforcer l'accessibilité des bornes d'enregistrement, notamment pour les personnes âgées non familiarisées avec ces procédés.

« *Souvent, quand on va voir notre médecin, il peste contre la carte vitale, contre le machin électronique qu'on lui impose de payer tous les mois et qui coûte une blinde. Qu'il devait acheter, mais qui dysfonctionne régulièrement.* » (A.2 Px., p. 34)

> Équiper tous les médecins du dispositif carte vitales pour le tiers payant.

Sur Internet et sur papier :

« *Ne plaisantez pas trop, c'est un vrai problème. Car on a des personnes, dans un tas de structures qui n'ont pas Internet. La majorité des gens aujourd'hui qui ont besoin de soins, sont des gens qui ont plus de 70 ans et qui n'ont pas Internet. Vous faites quoi ? Alors, vous allez demander à votre voisin ? Votre voisin, il est honnête, il n'est pas honnête ? Les mots de passe, vous les mettez où ? Vous vous en rappelez, vous ne vous en rappelez plus. Il faut avoir une connexion Internet. Ça va être une véritable catastrophe.* » (7.5, p. 77)

« *Je n'ai pas Internet. Il y a beaucoup de démarches maintenant qui se font par Internet. Il y en a beaucoup qui recherchent parce que c'est là que les médecins traitant mettent s'ils ont des places disponibles. Celui qui n'a pas Internet, je ne sais pas comment il peut être renseigné. Les pages jaunes ?* » (3.6, p. 87)

> Réinstaurer l'envoi papiers de la part des Caisses de retraite, en particulier pour les personnes âgées susceptibles d'être dépendantes et aidées dans leurs démarches administratives ; dans ce cas, il importe de fournir des versions papiers des relevés de situation de retraite.

> Obliger à simplifier l'information et l'apporter en support papier, pas uniquement par Internet ; les procédures administratives par Internet sont accablantes pour beaucoup, sans compter les dysfonctionnements techniques.

Information et délais :

> Informer des lieux et services ressources concernant les droits : - Centres sociaux, liste des Associations et Services d'aide au consommateur. - Rôle du CICAS, Centre d'information, de conseil et d'accueil des salariés, etc. - Informer par affichages, dans la presse, la radio.

Retour aux fondamentaux :

« *Le principe de la Sécurité sociale, défini après la guerre, c'est que chacun paye selon ses moyens et soit remboursé selon les besoins qu'il a. On n'a pas tous les mêmes problèmes de santé. Certains n'en ont pas et certains en ont beaucoup. Et donc, au fil des années, ça s'est complètement détérioré et la Sécurité sociale, certains pensent que c'est tombé du ciel, que c'est venu comme ça mystérieusement. Mais ils ne se rendent pas compte que ce sont quand même des gens qui se sont battus après la guerre et qui ont fait ça.* » (7.2, p. 26)

> Maintenir le système de protection sociale à la française, notamment pour les personnes qui n'en ont pas les moyens.

> Rappeler le principe de la Sécurité sociale défini après la guerre selon lequel chacun paye suivant ses moyens et est remboursé selon ses besoins.

5.2. Dépassements d'honoraires, restes à charge, prix des soins

« *Je voudrais parler des dépassements d'honoraires. Là, c'est pareil, il y a beaucoup de médecins qui sont en secteur 2, et donc qui prennent des dépassements importants. Il y en a même qui sont très, très importants. Et les personnes qui veulent être opérées sont en désarroi. Et alors, par contre, il y a certains chirurgiens qui vous disent : « est-ce que votre mutuelle va vous rembourser ? » Ou bien : « quelle mutuelle vous avez ? » pour savoir quels dépassements d'honoraires il va y avoir et si la mutuelle peut nous rembourser. Alors, on demande à la mutuelle s'il y a remboursement, on retourne voir le chirurgien en lui disant : « non, la mutuelle ne rembourse pas ». Et, on nous répond : « alors on ne vous fera pas de dépassement* ». (8.5, p. 80)

« *Il y a aussi le cas d'anesthésistes. Pour un rendez-vous d'anesthésiste, normalement, si vous avez vu l'anesthésiste six mois avant, le même, vous n'avez pas besoin de reprendre un RV. Bizarrement, à Chateaubriand, il opère de la cataracte des personnes âgées, alors qu'au CHU, il n'y a pas besoin d'anesthésiste. Or, à Chateaubriand, il faut un anesthésiste. Mais le pire, c'est qu'il faut un anesthésiste pour les deux yeux ! Et vous allez voir deux fois l'anesthésiste à 15 jours d'intervalle, pour chacun de vos yeux. C'est vraiment du vol à la Sécurité sociale. Alors nous, on a eu une dame qui est allée voir l'anesthésiste. Heureusement, quelqu'un lui avait dit « s'il te demande un dépassement d'honoraires, tu réponds : non ». Alors, quand il lui a demandé un dépassement d'honoraires, elle a répondu « non, je m'en vais ». Il a répondu « eh bien non, restez Madame, je vais vous opérer quand même ». Il l'a quand même fait venir deux fois. C'est absolument inacceptable. Le même anesthésiste pour les deux yeux, deux rendez-vous. Et encore, aller voir un anesthésiste pour la cataracte, ce n'est pas justifié. Sauf si vous endormez la personne âgée totalement, dans ce cas c'est normal.* » (8.5, p. 81)

« *Par rapport aux surplus d'honoraires : est-ce que le Gouvernement ne pourrait pas mettre un plafond ou quelque chose ? C'est dingue, car on connait une personne qui devait se faire opérer du dos, un médecin du Mans lui demandait 1.000 €. Mon mari est allé se faire opérer de la cataracte et, je crois que c'est pour tous à peu près pareil, c'est 180 € de surcoût, par œil ! – Plus l'anesthésiste, 50 € de dépassement d'honoraires, pour une opération où il n'y a pas d'anesthésie totale. Ça dure 5 mn.*

« *– Le Gouvernement devrait interdire ces surplus d'honoraires. Partout on en paye maintenant. – Ce que je trouve choquant par rapport à la cataracte, c'est que les ophtalmos disent « si vous voulez que je vous opère, il faut payer ». Ils nous font payer le papier avant d'ailleurs (rires). Est-ce qu'il y en a, y a-t-il des ophtalmos qui acceptent d'opérer sans dépassement d'honoraires ? Et bien, j'en doute. Ça coûte 250 € à peu près.* » (11.6, A.6, p. 97-98)

> Exclure les dépassements d'honoraires pour les personnes en situation de pauvreté.

> Interdire les surplus d'honoraires ou les plafonner.

« *J'ai eu un dentiste, j'étais dans un épisode où j'avais la CMU, ça a duré une année. La secrétaire me disait « vous avez la CMU ? » Et bien, il n'a pas voulu me consulter tout le temps où j'avais la CMU. – C'est honteux, ils devraient être pénalisés ces gens-là. Ce n'est pas normal. – Moi, j'ai CMU ou mutuelle. Voilà, il faudrait qu'ils s'arrangent avec toutes les mutuelles. Ça sert à rien d'embêter les gens pour avoir une mutuelle et une CMU s'ils rejettent les gens. Si les gens paient une mutuelle, pourquoi ?* » (12.6, p. 98)

> Pénaliser les refus de soins et d'accès aux soins pour les personnes en couverture CMU. (12.6)

« *Comme cas particulier, je peux parler de la psychiatrie. Par exemple, il y a des gens qui font la séance à 75 € et d'autres à 43 €.* » (6.1, p. 5)

« *On a des restes à charges de 500 € par mois, à peu près, qui peuvent arriver sur des personnes avec une allocation d'adulte handicapé, ce qui n'est pas suffisant. Donc, les gens en arrivent à dire « je ne veux plus de personne le midi, je ne mangerai plus, car je ne veux pas manger tout seul, mais tant pis, je ne mange pas, car je ne peux pas payer ». On arrive à des situations vraiment glauques, très glauques. On a beaucoup de personnes qui vivent seules au domicile et qui n'ont pas forcément de famille, mais ça rejaillit sur les familles. Celles qui ont encore des familles, je dirais, où il y a une certaine solidarité, mais les autres sont vraiment isolées.* » (12.1, p. 13)

« *Les gens très très modestes (pauvres) et qui ont très peu de moyens financiers ne se soignent pas. Ils se soignent tardivement parce que, comme ils n'ont pas d'argent, ils repoussent et repoussent. Sauf qu'il y a un moment où il faut y aller. C'est aussi bien pour les dents, pour les yeux que pour des maladies. Quelque fois ça aboutit à des maladies graves.* » (Px, A.2)

« *Je ne paye pas le docteur, mais avec les 50 centimes ou 1 euro de dépassements, tu te retrouves en fin d'année à avoir 100 € à reverser à l'aide sociale. Alors je suis allé sur le site. Tu peux payer par virement, par la carte, mais ça ne marche pas. Alors, j'ai fait le chèque et je l'ai emmené à Chateaubriand. Ce sont des choses inadmissibles. Et puis t'accumules. Quand vous êtes remboursés à 100%, on ne devrait pas pouvoir vous reprendre sur les 100%. Alors on va attendre d'avoir des chemins autres, pour pouvoir récupérer les fameux 50 €, c'est maximum 50 € que tu peux récupérer tous les ans. 50 €, mais en plus, tu as la prise de sang. C'est 1 € qui va se rajouter. Donc, tu arrives à la fin de l'année, tu as 100 € ou 150 € à redonner. C'est pour cela que les 50 €, c'est du baratin. Ce sont les fameux 50 centimes et 50 € qui s'additionnent, à chaque acte. Et la Sécurité sociale, comme tu ne payes rien, tu es à 100%, ça par contre on te les réclames. Pour nous réclamer, il n'y a pas à se faire de soucis.* » (A.5, p. 78)

> Instaurer un droit au refus de payer les dépassements d'honoraires et des restes à charge ainsi que l'obligation de soigner.

6. Accès à l'information *(6 préconisations, p. 37)*

Besoin d'aides spécifiques dans un quartier populaire (Zone d'éducation prioritaire) :

« *Des accompagnateurs qui sont neutres avec les gens et qu'ils puissent les aider à aller vers l'orthophoniste parce que c'est un quartier qu'ils ne connaissent pas. Aller au centre social où il y a une activité, parce qu'ils sont un peu perdus parce qu'ils ne savent pas où c'est, ou bien parce que ça leur fait peur aussi de rencontrer d'autres gens. Les gens sont plein de bonne volonté, mais il y a une peur d'aller vers des lieux inconnus. Je ne sais pas comment cela pourrait s'appeler, mais il y a des médiateurs, non pas des médiateurs, oui cela pourrait être des accompagnateurs* ». (9.6)

> Créer des Maisons de Service public qui serviraient de correspondants avec les différents services, eux-mêmes en contact avec la CAF, la Sécurité sociale et qui seraient aptes à réaliser des accompagnements pour prendre rendez-vous.

Besoin d'accompagnement technique et administratif concernant l'accessibilité d'Internet et les procédures en ligne :

« *La CMU c'est quelque chose de très compliqué aussi. Il y a beaucoup de gens autour de nous qui n'ont pas forcément la capacité de se payer une mutuelle et qui, faute de facilitation ou même d'information, car il faut premièrement avoir l'information. Une fois qu'on a l'information, il faut aller sur Internet et c'est un document illisible. Ce n'est pas forcément facilitant et donc je suppose qu'il y a un bon pourcentage de personnes qui doivent s'arrêter au milieu de la démarche en se disant « bon, voilà, tant pis, je n'aurai pas de mutuelle, il y aura peut-être d'autres solutions qui vont peut-être m'être proposées ». Donc, c'est vraiment la question de cette mutuelle pour séniors, pour jeunes. C'est une problématique la CMU* ». (7.5, p. 78)

> Instaurer une alternative à la dématérialisation via la numérisation des démarches, l'informatique montre des limites qui accablent des usagers dans le besoin.

> Rendre les documents administratifs et procédures à suivre plus accessibles en ligne et hors ligne, suivant des formules simplifiées et compréhensibles par tous : langage accessible (en Français), logiques simples, formats aérés, formules préalablement testées auprès de différents publics.

> Disposer d'informations plus complètes sur les droits CMU (couverture maladie universelle) pour lesquels les démarches actuelles sont « décourageantes ».

> Un bus qui se déplace. Dans le bus, il y a Internet et les accompagnants aident et cherchent pour les personnes qui viennent. Pour les gens qui n'ont pas Internet, ils ont un contact.

Voir ***4. Handicaps, inégalités et mobilités***.

> Apporter des informations claires et fiables sur les transports et l'accès aux soins.

7. Organisation de l'hôpital *(6 préconisations, p. 38-39)*

Constats et témoignages :

« *Le médecin doit avoir un contact permanent et direct avec l'hôpital pour savoir où en est son client.* » (1.1, p. 2)

« *Des infirmières diplômées d'État, je ne les aurais pas nommés super chef, car ce ne sont pas les supers chefs qui règlent les problèmes. Malheureusement, quand on est super chef, j'ai appris ça dans ma carrière, on est super administratif. Les infirmières générales qui ont été nommées dans les hôpitaux n'ont pas amélioré le système des hôpitaux parce qu'elles sont plus administratives, elles sont déviées de leur formation de base.* » (1.1, p. 2)

« *L'hôpital fait ce qu'il peut dans le marasme de la santé qui est-ce qu'il est actuellement.* » (8.1, p. 8)

Prévention, en amont d'une hospitalisation :

« *(À domicile) Une infirmière qui intervient trois fois par semaine au lieu de sept jours sur sept. Donc, on fait des soins a minima, ce qui implique après, derrière, des hospitalisations, parce que les soins à domicile ne sont pas (assurés). (…) L'hôpital, ça demande la continuité de ce soin tous les jours au domicile, et bien on ne trouve pas un infirmier qui le fait !* » (12.1, p. 13)

« *Le problème, est malheureusement très basique pour les personnes handicapées, il concerne des problèmes urinaires et de constipations. Mais, s'il n'y a pas les soins au quotidien derrière, ça ne marche pas. Et ça, c'est vraiment de plus en plus fréquent. On hospitalise de plus en plus des gens pour ces problèmes-là. Donc, ils vont à l'hôpital.* » (12.1, p. 13)

Voir aussi **2.2.** Préconisation « Améliorer le partage d'informations entre acteurs du soin… », p. 19.

« *Après le travail ou en pleine nuit et après, le lendemain matin, retravailler, c'était un peu dur quand même… Parce c'est un vieil hôpital et parce que là, nous, on ne vous le propose pas, j'avais les 2 enfants en même temps. Ils étaient couchés dans un lit et moi assise sur une chaise, même pas dans un fauteuil. Et puis... on les entend rire, prendre le café et toi, tu te dis « j'ai besoin d'aller prendre un café ou d'aller au petit coin », tout bêtement. Tu cherches quelqu'un dans le couloir, tu aimerais bien demander : « je m'absente 5 mn, est-ce que vous pouvez surveiller mes enfants ? ».* » (4.3, p. 41)

« *On est allé aux Urgences de la Roche et on est passé tout de suite, il n'y avait personne. À minuit, il n'y avait personne. On nous a mis dans une salle, on nous a dit : « on va le perfuser ».* » (5.3, p. 51)

« *Au moment de quitter les Urgences, j'ai vu l'interne de nuit et lui ai dit « écoutez, ce n'est pas possible, il est 4h du matin et je suis là depuis 16h hier, ce n'est pas possible ». Il n'y avait aucune relation humaine.* » (A.4, p. 67)

> Une organisation pyramidale de l'hôpital aurait l'avantage de faire communiquer l'ensemble des acteurs.

> Adresser les documents d'évaluation directement au Médiateur et non pas à la Direction de l'hôpital comme cela se pratique actuellement, se prêtant au conflit d'intérêt.

> Améliorer, lorsque nécessaire, les conditions matérielles et humaines de l'accueil et de la veille des parents d'enfants hospitalisés. Soutenir les parents présents la nuit, leur parler, les mettre à l'aise dans les lieux.

Fiches navettes, transmissions ciblées :

« *Par exemple, on a des personnes handicapées pour qui il y a des points de vigilance à avoir. Et bien, ce n'est pas lu. On ne tient pas compte de ces fiches-là, qui sont faites sur chaque patient, qui existent et qui servent de lien entre l'hôpital et le domicile pour qu'ils aient des dossiers et que le diagnostic-patient soit complet.* » (12.1, p. 16)

« *Ces créations de papiers d'information dans tous les sens, alors qu'il devrait y avoir quelque chose de beaucoup plus simple. Je ne comprends pas ces espèces de guerres de clochers entre « je viens de tel établissement, information de telle manière, on va pouvoir le gérer de telle sorte.* » (10.2)

Constats et préconisations :

« *Il y a des gens qui restent hospitalisés des semaines parce qu'il n'y a pas de place en SSR (soins de suite et de réadaptation), pas de place en EHPAD.* » (12.1)

> Utiliser et lire les fiches navettes.

Globalement :

« *L'hôpital est un supermarché ! C'est ce que ça devient, c'est ce que les Tutelles souhaitent, ils veulent que ça rapporte. Mais un hôpital ça ne peut pas rapporter, la santé ne peut pas rapporter. Il faut arrêter, il faut autoriser un hôpital à être en déficit. On s'en fout. Il faut que les gens soient soignés.* » (A.1, p. 17)

> Créer des places en SSR et en EHPAD.

> Ne pas exiger de productivité de l'hôpital dans un sens marchand ; ne pas confondre avec le fait d'éviter le gaspillage.

8. Professionnels du soin *(23 préconisations, p. 40-46)*

Constats de difficultés :

« *J'ai deux filles qui sont dans le domaine médical, elles travaillent toutes les deux dans les hôpitaux. Une en tant qu'Infirmière, l'autre en tant que Cadre infirmier et ça devient la catastrophe, pour ne pas employer d'autres termes. Les conditions de travail. (…) Ça devient du travail à l'usine. On en arrive à des évolutions de carrière, c'est à peine supportable.* » (6.1, p. 5-6)

« *Si des infirmiers veulent devenir Cadre de santé, c'est aussi pour s'éloigner des soins, parce qu'ils n'en peuvent plus. C'est souvent une carrière qui a évolué. Les infirmières, après 10 ans, elles en ont marre. Elles deviennent cadres, car elles en ont marre.* » (8.1, p. 9)

« *Beaucoup de SSIAD sont en difficultés pour trouver des aides-soignantes.* » (10.1, p. 10)

« *Les gens désertent ces professions, mais je peux aussi comprendre pourquoi, car il y a des professions beaucoup plus intéressantes, avec des horaires beaucoup moins contraignants et on y gagne mieux sa vie.* » (12.1, p. 14)

« *S'il faut passer 20 minutes chez un patient, pour une douche ou une toilette, ça devenait comme à l'hôpital : c'est l'usine ! On n'a pas le temps de parler, il faut se dépêcher, alors qu'on a affaire à des personnes handicapées, des personnes vieillissantes qui vont à un rythme lent.* » (A.1, p. 15)

« *Le cas d'une personne qui a subi une intervention chirurgicale. Ça se passait mal parce qu'elle avait une sciatique conséquente et donc, impossible, sur 4 kinés au Mans qui vont à domicile, aucun n'a voulu lui faire des soins à domicile.* » (10.6, p. 96)

Manque de visibilité des Communes rurales dans les Assemblées départementales :

« *Pour le Conseil départemental, il faut savoir que la majorité du CD, ce sont des gens de l'agglomération de Nantes et de St Nazaire. Les Conseillers des mairies rurales sont très minoritaires. Donc, en fait, les Conseillers départementaux sont très axés Nantes et St Nazaire. Le reste… ils s'en occupent quand ils peuvent. Les communes rurales sont sous-représentées. Je ne veux pas défendre Le Maire, mais on ne les écoute pas.* » (A.5, p. 85)

Des « galères » :

« *C'est la galère pour avoir rendez-vous, je parle de généralistes, je ne parle même pas pour les spécialistes.* » (2.2, p. 21)

« *Tout ce qui est précarité, là aussi c'est la galère pour les associations de faire soigner.* » (2.2, p. 21)

« *Pour trouver des dentistes sur Montaigu, c'est la galère. Donc, on monte à Nantes. Pareil, là, il faut la voiture, donc ça a un coût.* » (A3, p. 45)

« *En Vendée, pour trouver des spécialistes (…) c'est une vraie galère. On est pris de très haut.* » (1.4, p. 57)

« *Tout ce qui est soins médicaux, c'est la galère.* » (A.6, p. 87)

« *J'ai voulu prendre un RV en radiologie pour passer une échographie à Fontenay, il y avait 6 radiologues jusqu'à présent, 3 sont partis à la retraite, ils n'ont pas été remplacés, ils ne sont donc plus que 3. Il y avait 3 semaines d'attente pour avoir un RV ! Et donc, mon médecin m'a dit « il ne faut pas que vous attendiez, allez à Niort » et j'y suis allée parce que, comme vous dites, c'est très, très long.* » (2.7 p. 104-105)

> Besoin de plus praticiens kinés pour désengorger leur clientèle, leur permettre de faire des tournées à domicile, suivant une dimension de Service public, dans une logique de maintien à domicile.

Besoins en personnels soignants :

« *À Bazoge (-en-Pareds) et à L'Hermenault, c'est compliqué parce que pour ces personnes-là, il n'y a pas de médecin remplaçant qui intervient. Donc, on remet aux majeurs protégés leur dossier médical, mais ils ne savent pas forcément quoi en faire. Ni même expliquer ce qu'ils ont. Après, on peut se tourner vers des Cabinets des différents secteurs. Mais, on nous répond soit qu'il n'y a plus de place, soit que ce n'est pas le secteur d'intervention, que c'est trop éloigné géographiquement. On est vite bloqués. Certaines personnes aussi ne peuvent pas se déplacer à cause de leur état de santé. C'est compliqué, parce que même s'il y a un transport solidaire, ça ne règle pas le problème. Pour la plupart, ce sont des personnes qui ont des moyens financiers limités qui se retrouvent avec des problèmes de dépassements d'honoraires.* » (3.7, p. 106-107)

« *Ces personnes âgées, comment on les soigne ? Si, un jour, il y a une difficulté, comment on fait ? On les envoie aux Urgences, mais les Urgences vont faire venir une ambulance, mais qui s'en occupe ? Ces personnes n'ont pas de possibilité de communiquer beaucoup. Cette problématique n'est pas prise en compte et cela devient très, très grave.* » (7.7, p. 110-111)

> Augmenter la dotation en personnel sur les secteurs en difficultés pour accueillir notamment prioritairement des publics fragiles et exposés.

8.1. + de moyens (matériel, humain, formatif), renforcement des métiers (salaire, statut) + d'autonomie et – de pressions

« *Le maintien à domicile, c'est oui, mais avec quels moyens ? On n'a pas assez de professionnels de santé en face. (…) On s'appuie sur les professionnels disponibles et il n'y en a pas assez. Alors sûrement, il y a les conditions de travail, les salaires. Je suis infirmière, je travaillais dans les hôpitaux, dans les cliniques, je suis désolée, mais le point (de calcul du salaire) est gelé depuis 2010, il n'y a pas d'augmentation de salaire, si ce n'est par l'ancienneté. Au bout d'un moment, la vie augmente pour tout le monde. Les gens désertent ces professions, mais je peux aussi comprendre pourquoi, car il y a des professions beaucoup plus intéressantes, avec des horaires beaucoup moins contraignants et on y gagne mieux sa vie.* » (12.1, p. 14)

« *Aide-soignant, c'est un métier qui me tient à cœur, j'ai travaillé dans une École d'aide-soignante. Cet après-midi, j'étais dans le Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) de Nantes et le gros problème c'est qu'ils ne trouvent plus d'aides-soignantes. Je peux vous dire que le service est rempli à 80 % de ce qu'il devrait être et que l'on est en train de diminuer le nombre de passages chez les personnes dépendantes. Or, l'Aide-soignante est au cœur du soin, c'est quelqu'un de très proche des malades, de leurs confidences, qui entrent dans leur intimité. Avec les SSIAD on avait de bons services et maintenant on va arriver à une pénurie de professionnels parce que les écoles d'aide-soignante n'ont plus assez de candidats à l'entrée. Comme il y a de la pénibilité, elles ne durent pas dans le métier. Il va falloir que l'on reconnaisse plus la profession d'aide-soignante et qu'on les rémunère sans doute davantage. Actuellement, à Nantes, il y a 90 jours d'attentes avant que le SSIAD ne passe.* » (4.2, p. 22-23)

« *L'institut de formation à la Roche-sur-Yon, c'est une des premières années où la promotion d'aides-soignantes ne sera pas complète. C'est quand même un métier difficile, comme pour les infirmières. J'ai des témoignages où des personnes s'emballent pour le métier et une fois qu'elles sont entrées, ça ne correspond pas du tout ce à quoi qu'elles s'attendaient. Et c'est pour cela qu'après, elles ne poursuivent pas leurs études.* » (A.1, p. 11)

« *Concernant les Aides-soignantes, c'est quand même un manque de considération de la profession, avec des horaires compliqués et un salaire qui n'est pas adapté non plus. (Exemple) Il y a des métiers qui sont complètement dévalorisés. Et, on ne tient pas compte de l'engagement humain, de l'empathie qu'il faut. Ce n'est quand même pas évident d'être aide-soignant ou infirmière auprès des personnes. – Il y a effectivement le manque de salaire, le manque de considération, le manque de personnel.* » (5.2, A.2, p. 23)

> Globalement :

- Reconnaître le haut degré de technicité et d'expertise mobilisés pour certains problèmes de santé, soumis au jeu de la contradiction des points de vue et des expertises.
- Apporter des supports formatifs et de régulation : groupe de parole, analyse de la pratique, aux intervenants de tous âges exposés régulièrement à des situations très difficiles : démence, fin de vie, souffrance d'autrui.

> Revaloriser les salaires en dégelant les points de calcul des salaires des personnels soignants et des aidants.

> Organiser, financer et promouvoir les filières des métiers de l'aide aux personnes et leur redessiner des perspectives évolutives de carrières qui permettent une réelle reconnaissance.

> Reconnaître davantage la profession d'aide-soignante et la rémunérer davantage.

> Revaloriser fortement les métiers de l'humain et du soin, notamment les personnes intervenant directement et régulièrement auprès des personnes vulnérables ou en difficultés : revalorisations salariales, conditions de travail, aménagements en fonction de la pénibilité.

8.2. Financer les postes, prestations, salaires et allocations

Aide à domicile :

> Pourvoir à un apport conséquent et durable de moyens humains, donc financiers et matériels pour les services d'aide à domicile.

> Financer l'ensemble des prestations mises en place pour le maintien de la personne à domicile :

. Aide-ménagères, Auxiliaires de vie, Soignants, Coordination dont les transports et accompagnements en extérieur, tous les jours de l'année.

. Prendre en compte le financement des jours fériés et WE travaillés, majorés, dans le calcul des allocations, subventions et autres sources de financement de tous les intervenants à domicile.

> Compte tenu des besoins durables (et en développement) dû à la généralisation du vieillissement de la population : valoriser les filières des métiers de l'aide aux personnes les plus dépendantes et démunies ainsi que revaloriser leurs métiers.

HAD en Territoires ruraux :

« (*Le travail avant la sortie d'EHPAD) c'est l'HAD qui gère tout ça. C'est programmé, mais ça ne se fait pas systématiquement parce que s'il n'y a pas de personnel derrière, ça ne se fait pas. Et quand on sait que les SSIAD, c'est comme si on avait un nombre de lits à assurer... Le problème à l'heure actuelle n'est pas vraiment là, il est plutôt d'assurer le nombre de places que l'on a, parce qu'on manque de personnel. Je sais qu'il y a des SSIAD où il y a des tournées qui ne se font pas, car ils n'ont pas le personnel. C'est inquiétant, c'est très inquiétant.* » (10.1, p. 11)

> Pourvoir aux besoins de postes pour réaliser les HAD permettant de programmer des sorties d'EHPAD et afin de répondre aux besoins et demandes des personnes concernées et de leur famille.

« *À Nantes, l'HAD a des professionnels salariés, ils peuvent mettre des choses en place, ça fonctionne, mais en Vendée, on fait souvent appel à l'HAD pour d'autres raisons. Par exemple l'HAD a une permanence 24 heures sur 24 pour des gens qui peuvent appeler pour avoir une réponse médicale. Mais au niveau des professionnels du domicile, qui viennent derrière nous, ils n'ont pas plus de solutions et plus de moyens. Ils sont confrontés aux mêmes problématiques que nous, on s'appuie sur les professionnels disponibles et il n'y en a pas assez.* » (12.1, p. 14)

> Dans des territoires ruraux et différents départements qui le nécessitent :

. Augmenter les moyens et subventions des HAD pour permettre de recruter et d'encadrer leurs propres équipes de soins et d'intervenants à domicile, comme cela se pratique dans les grandes villes.

Économiser :

> Faire cesser la pénurie de même que le gaspillage, faire des économies substantielles des ressources publiques :

. En sécurisant économiquement et professionnellement l'ensemble du circuit du maintien à domicile, coordonné aux soins ;

. En lui permettant d'assurer pleinement son rôle préventif d'hospitalisation pour des problèmes bénins relevant du quotidien.

Usagers :

« *À la CMU, il a un revenu de solidarité, ce qui n'est rien, la mutuelle est toute petite. Il va voir une Rhumatologue et il y va un taxi, parce qu'il est dans un fauteuil et qu'il est incapable de bouger. On l'entre dans la salle d'attente et la Rhumatologue arrive. Elle lui dit, devant tout le monde, 8 personnes : « voilà un Monsieur qui est à la CMU et qui se permet de prendre un taxi pour venir me voir » ! Alors, ces gens-là, de la santé, qu'ils aient un peu de respect pour les gens qui sont à la CMU. En plus, dans un fauteuil, tu ne peux plus bouger.* » (7.5, p. 79)

> Pour le personnel soignant et spécialistes, redoubler d'attention sur les paroles prononcées devant les patients et leur famille ; se former à la dimension symbolique du langage et à sa réception par l'usager en situation de vulnérabilité, car les positions sont asymétriques.

Voir aussi **2.2.** Préconisation « Bannir les propos blessants envers les usagers », p. 20).

« *Ils ont instauré le délai de carence pour les enseignants, je suis totalement contre. Je connais mes collègues, jamais elles n'auront envie de s'arrêter parce qu'elles ont mal à la tête ou des symptômes. Elles vont au bout du bout et c'est l'horreur. J'ai plusieurs collègues qui ont des maladies et elles travaillent. Mais avec le jour de carence, elles s'empêchent de s'arrêter si elles en ont besoin. Une collègue a été obligée, car elle a des problèmes pulmonaires graves. Avec le jour de carence, elle reprend le travail, le médecin constate que ça ne va pas bien, elle se fait arrêter et ils refont un jour de carence. Elle vit toute seule avec son enfant, comme elle n'a pas trop d'argent, elle dit que ce n'est pas possible.* » (9.6, p. 95)

> Supprimer le jour de carence.

Conditions de travail déplorables, manques de personnels :

« *Une des raisons qui répond au « pourquoi on ne trouve pas d'aides-soignantes ? ». Mon épouse était Aide-soignante à domicile. La réponse est très simple : on ne leur propose que des temps partiels avec des bas salaires, donc les jeunes ne peuvent pas rester. C'est la raison. Il y a des gens qui aiment ce métier et qui, économiquement, ne peuvent pas le faire.* » (A.1, p. 11)

« *Je sais qu'il y a des SSIAD où il y a des tournées qui ne se font pas, car ils n'ont pas le personnel. C'est inquiétant, c'est très inquiétant.* » (10.1, p. 11)

« *On a remarqué que les services sur le territoire n'ont pas forcément des Auxiliaires de vie* » (12.1, p. 12), voir **3.** Préconisation « Repérer et lister les zones et territoires les plus sinistrés… », p. 26.

« *Nous, dans le handicap, c'est assez complexe, il y a du matériel, il y a pas mal de passages. Sur une journée, il peut y avoir le passage d'une dizaine de professionnels chez la personne, la porte est toujours*

ouverte : kinés, orthophonistes, etc. Il faut coordonner tout ça. On gère de 15 à une trentaine d'Auxiliaires de vie par mois chez une personne. » (12.1, p. 12)

« *Les jours fériés ne sont pas financés par la MDPH. Ça reste à charge des personnes et la politique actuelle fait que les tarifs de tous les services ont augmenté.* » (12.1, p. 12)

« *Actuellement à Nantes, il y a 90 jours d'attentes avant que le SSIAD (Service de soins infirmiers à domicile) ne passe.* » (4.2, p. 23)

« *Les écoles d'Aides-soignantes n'ont plus assez de candidats à l'entrée. Et comme il y a de la pénibilité, elles ne durent pas dans le métier. Il va falloir que l'on reconnaisse plus la profession d'aide-soignante et qu'on les rémunère sans doute davantage.* » (4.2, p. 22-23)

« *Concernant les aides-soignantes, c'est quand même un manque de considération de la profession, avec des horaires compliqués et un salaire qui n'est pas adapté non plus.* » (5.2, p. 23)

« *Par rapport à l'inclusion des enfants porteurs de handicap. Je suis tout à fait ouverte à cela, mais cela crée des aberrations. C'est-à-dire qu'à l'inverse d'aider certains enfants, on ne les aide pas du tout, on bouche la question du handicap. Et cela, c'est compliqué, car ils n'ont pas forcément des soins adaptés ou les aides adaptées en classe. Parce que, être spécialiste de certaines pathologies, ce n'est pas le cas parce que les AVS (Aides à la vie scolaire) ne sont pas formées et en plus elles sont payées rien du tout. C'est vraiment écœurant pour les AVS de n'être rien payées alors qu'elles font du travail (spécialisé).* » (9.6, p. 94)

> Donner + de moyens : matériel, humain, formatif

> Renforcer des métiers : salaire, statut, formation initiale et continue, reconnaissance

> Donner + d'autonomie et – de pressions

Souffrances de professionnels :

« *Il y a des aides-soignantes aussi qui arrivent en fin de carrière avec des problèmes d'épaules, de dos.* » (10.1, p. 10)

« *Aide-soignante à plein temps ça peut être usant. Aide-soignante quand tu fais de la manutention à longueur de jours, c'est difficile* ». (A.1, p. 11)

« *Le travail est fatigant, c'est sûr. Ce n'est pas simple, elles ne sont pas forcément bien payées par rapport à ce qu'elles font* ». (12.1, p. 12)

« *Il y a également la pression économique. On s'aperçoit que le temps imparti à une toilette est extrêmement court, parce qu'il faut que la personne soit rentable pour l'organisme qui l'emploie. (…) À partir du moment où on limite le temps d'action du personnel, on le met sous pression et on l'empêche de réaliser son travail dans de bonnes conditions.* » (A.2, p. 23)

« *Le secteur hospitalier au CHU de Nantes, le secteur obstétrique, les médecins sont en sous-nombre, ils sont pressurés parce qu'ils sont en auto-remplacement. Et malheureusement, il n'y a plus de soupapes. C'est vrai aussi pour les infirmières.* » (A.2, p. 29)

« *Sur la question du stress et l'aspect psychologique : je confirme complètement, ce sont des cas que nous rencontrons. On a eu un cas, il n'y a pas très longtemps, qui nous posait vraiment beaucoup de soucis à la Maison familiale qui a été prise en charge deux mois après, à Mazurelle (hôpital psychiatrique). Elle était de Challans, mais n'a pas pu être prise en charge à Challans (hôpital Riansac). Sur les Sables d'Olonne, à part le « Café famille » il y a le Centre Jean Itard pour les sourds et malentendants.* » (4.4, p. 61)

« *On s'est croisé, on est de la même génération, cette médecin m'a dit « je n'en peux plus ». Elle a eu des gros soucis de santé et n'a trouvé un remplaçant que pour une seule semaine. Elle a été absente trois semaines. Elle me dit « je vais péter un câble ». On se connaît bien et elle a ajouté « on a un*

problème, on n'arrive pas à trouver de remplaçant pour une semaine ou deux jours par semaine pour cet été ». Elle me dit qu'avec son propre médecin, elle est suivie pour ses problèmes de santé et elle veut qu'elle arrête cet été. Elle se demande comment elle va faire. Elle me dit que tous les jours, l'été, devant sa porte, c'est l'enfer parce qu'il n'y a pas de médecin sur notre commune de toute la côte. » (6.4, p. 64)

« *Concernant la souffrance des soignants, on a parlé des infirmières, des médecins, concernant la question du stress, c'est une souffrance. Aux urgences, la solitude, la fatigue. Par ex. les infirmières des urgences, elles sont en sous-effectif, elles ne rechignent pas à la tâche. Les médecins à la campagne sont en burn-out (usure physique et mentale), c'est nouveau, ils sont trop seuls.* » (A.4, p. 69)

« *Ce n'est pas le Personnel soignant qui est en cause, pas du tout. Ils manquent de personnel, ils sont débordés et pourtant ils sont hyper gentils. Ils ont de la bonne volonté, mais qu'est-ce que vous voulez qu'ils fassent ?* » (7.5, p. 80)

« *J'imagine les soignants qui se retrouvent à fonctionner à deux, au lieu d'être cinq, les médecins doivent avoir des grands sentiments de solitude. Il y a des gens qui ont mal, qui se plaignent. Qui vivent des grandes souffrances. – On tombe aussi sur des médecins qui sont à bout de souffle. Ça arrive qu'ils ne soient plus du tout bienveillants. On ne peut même plus leur en vouloir. – Oui, en particulier un qui m'a appelé, c'était des propos, il insultait en fait. Il était hors de lui parce qu'il n'avait pas été payé d'une consultation, il était en colère contre le système, contre tout. Alors que c'était quelque chose qui pouvait être réglé très simplement. Je pense qu'il en avait marre. On sentait qu'il se plaignait de l'administratif qui représentait une part trop importante de son travail.* » (A7 p. 118-119)

Maltraitances institutionnelles :

« *Ce qu'expriment les grèves dans les EHPAD des aides-soignantes, et cela a fait beaucoup de tort à la profession. Mais les conditions de travail dans les EHPAD des aides-soignantes ne sont pas fantastiques non plus. – Les suicides.* » (A.1, p. 20)

« *À Nantes, dans un hôpital qui soigne en gériatrie, des personnes Alzheimer attachées toute la journée, parce qu'elles veulent fuguer. Ce n'est pas tolérable à l'heure actuelle. Je ne juge pas, c'est un fait. Parce qu'ils ne savent pas faire autrement et qu'ils n'ont pas de personnel pour faire autrement.* » (10.2, p. 30)

« *Le cas d'une personne qui est arrivée pour un problème de… on n'arrivait pas à savoir. L'EHPAD nous renvoyait à l'hôpital, aux spécialistes en gériatrie, mais cette personne-là ne pouvait pas expliquer où elle avait mal. Et comme elle était agitée, et que l'on n'arrivait pas à lui faire des radios, parce qu'elle était agitée, elle en est arrivée à être violente. Elle a refusé de se soigner et finalement en est morte* ». (10.2, p. 30-31)

« *On a un vrai problème au niveau des chirurgiens et des intervenants d'hôpital. On a vraiment des soucis, on a des qualifications qui ne sont pas terribles. On a beaucoup de gens qui ont des soucis après une opération et peu acceptent de porter plainte. D'abord, ce n'est pas facile et il y a beaucoup de gens qui se plaignent. Je suis quand même assez étonné que là-bas, il y ait des professionnels qui continuent à opérer alors qu'il y a pas mal de soucis derrière. Les gens voudraient bien se plaindre, mais ils ne disent rien. Je prends l'exemple de La Meilleraye. On a eu, il y a quelques temps, trois femmes qui ont fait des coloscopies, elles ont été renvoyées dans leurs foyers et le lendemain elles ont eu chacune un problème de perforation de l'intestin.* » (2.5, p. 72)

« *La deuxième chose, qui concerne tous les hôpitaux. C'est la sortie d'hôpital. Les gens, on les renvoie de plus en plus rapidement, parce qu'il ne faut pas rester longtemps l'hôpital, mais il n'y a pas d'organisation du soin derrière. C'est-à-dire que, l'on ne se préoccupe pas… on vous dit « vous allez voir votre infirmier, vous irez voir votre kinésithérapeute » sauf que personne n'organise derrière. Alors, on se retrouve avec des infirmiers surbookés comme sur La Meilleraye, les infirmiers ne peuvent pas être partout en même temps. C'est absolument impossible. Puis le kiné, c'est pareil. Alors, le kiné, il est*

surbooké à La Meilleraye. Et pour les infirmières à domicile, c'est extrêmement compliqué, c'est pratiquement impossible. » (2.5, p. 72)

« *Sur les soins dentaires. Une personne en situation de handicap lourd, on ne peut pas lui soigner les dents, pour différentes raisons. Donc, à un moment donné, pour les soins buccodentaires, comme on ne va pas soigner les dents, on va les arracher. Au foyer médicalisé où est mon fils, sur 24 résidents, quand vous en avez une quinzaine pour qui, à 35 ans, il leur manque 15- 20 ou 25 dents, qu'est-ce que ça donne à la sortie ? Ce sont les spécialistes qui le disent : affections de longue durée, cardiaque, rénales, hépatiques et une espérance de vie diminuée de 20 % à la sortie.* « *On est dans la maltraitance institutionnelle.* » (2.8, p. 132-133)

Divers :

« *Normalement, concernant la situation de tout à l'heure, l'Ambulancier ou les Pompiers font une fiche d'évacuation qui est transmise, à l'hôpital. Elle comporte le numéro de téléphone du référent, le nom, un petit historique, etc. au niveau administratif, l'état civil de la personne.* » (A.2, p. 33)

> Faire respecter les protocoles de fiches d'évacuation et autres fiches de liaisons, former les personnels et leur donner le temps de les rédiger et de les lire pour en tenir compte.

> Lutter contre l'isolement des personnes vieillissantes, favoriser la solidarité familiale en aidant au regroupement familial, en créant des dispenses de travail pendant certaines périodes d'accompagnement d'un parent vieillissant, en créant par exemple un congé spécifique.

> Revivifier le milieu rural en redéveloppant des emplois de proximité, des circuits-courts, du local pour retisser des liens de solidarité.

> Exiger que les Pharmaciens ne délivrent que le nombre exact de médicaments prescrits par le médecin, en fonction du nombre de jours de traitement.

« *Une absurdité totale, dans le système de distribution des médicaments. On vous donne un traitement pour trois jours et on vous donne une boîte pour huit jours. Et on jette ! C'est du gaspillage. On pousse à la consommation ou bien on jette. Je ne suis pas admiratif du modèle anglo-saxon, mais vous allez chercher une boîte de médicaments aux États-Unis : si c'est un traitement pour trois jours et que ces trois pilules par jour, on vous donne trois pilules, point barre. Ils vous les mettent dans une petite boîte, un petit flacon. Chez nous, c'est une boîte de 24 !!* » (2.8, p. 132)

> Exiger que les Pharmaciens ne délivrent que le nombre exact de médicaments prescrits par le médecin, en fonction du nombre de jours de traitement.

9. Éducation du patient *(4 préconisations, p. 47)*

Causes des maladies, automédication et Cause du Service public :

« *Dans le traitement que l'on donne aux gens, on leur donne des médicaments, mais on ne cherche pas la cause de leur maladie, dans beaucoup de cas. Par ex. en Angleterre, comme le disait P., on vous soigne pour quelque chose et après on vous interdit de fumer. Je ne dis pas qu'il faut en arriver là. Mais, en France, on a le droit de manger trop et d'être complètement malade, d'aller voir un médecin qui va vous donner un médicament et après on va recommencer, on ne se préoccupe pas de la cause.* » (12.1)

« *Dans la santé, l'auto-responsabilisation, c'est aussi la prévention. Est-ce qu'aujourd'hui, les gens sont suffisamment acteurs de la prévention et sensibilisés à la prévention ? Non ! Je vous dis non. Or, la prévention, c'est la mère de tout. Si on ne fait pas de prévention, on est toujours dans le curatif. Dans ce que je fais pour le buccodentaire, dans la Sarthe, on n'avait absolument rien pour soigner les personnes handicapées et les personnes vieillissantes. Ils étaient obligés de courir à Rennes, à Nantes, avec des délais d'attente d'un à deux ans. On a réussi à mettre en place des dispositifs. Mais on est toujours dans le curatif. Les gens, on leur dit aujourd'hui : « c'est de la prévention buccodentaire, allez chez le dentiste une fois par an ! Faites de l'hygiène buccodentaire » etc. C'est très, très, très compliqué. Les gens n'arrivent pas à ça. Or, qu'est-ce qui se passe ? Les dispositifs (préventifs) que l'on a mis en place sont embolisés pour des soins qui auraient pu être évités.* » (2.8, p. 125)

« *On met toujours de plus en plus d'argent dans le curatif, mais on n'en met pas assez dans le préventif.* » (2.8)

> Développer l'éducation des patients sur les causes connues de leurs maladies.

> Développer l'automédication à travers une médication accompagnée, comme complément et non comme alternative.

> User de pédagogie pour faire distinguer aux usagers la différence entre *a)* les notions de « droit d'accès » et de remboursement des soins et de « Service public » lié à un système redistributif, mis en place dans un souci d'équité et *b)* les notions de « service payant », contractualisés, dans un cadre marchand et lucratif.

> Informer, renseigner et enseigner les citoyens de l'histoire des combats sociaux qui ont permis d'installer un système de sécurité sociale équitable.

Regroupements familiaux et mutualisation :

« *Il y a l'éloignement familial aussi, les enfants ne sont plus forcément autour comme on était il y a 20 ans. Les personnes âgées sont plus souvent seules. Les gens sont plus amenés à travailler à l'extérieur. Donc, l'accompagnement de personnes âgées de sa famille, c'est difficile. Elles sont plus isolées quand il n'y a pas de famille. Les services d'accompagnement à domicile, c'est vraiment (essentiel), mais s'il n'y pas de médecin derrière… – C'est un phénomène qui n'est pas forcément évident à identifier que celui des familles. Les personnes se déplacent en fonction des endroits où il y a du travail et comme ça suit aussi certaines logiques, du coup les familles se dispersent beaucoup, se déplacent beaucoup. Dans une vie, c'est de plus en plus vrai, l'aire géographique (couverte par chacun) a énormément augmenté, plutôt dans une dispersion que dans une concentration.* » (A.7, p. 119)

10. Système global, niveaux institutionnel et politique *(28 préconisations, p.48-54)*

Constats d'incohérences :

« *Des contextes qui évoluent, des politiques qui se mettent en place qui ne sont pas toujours suivies dans le temps, alors qu'il faut du temps pour ces choses-là. Les politiques d'urbanisme, d'habitat, de logement et de peuplement.* » (A.4, p. 70)

« *Ça fait 20 ans qu'il manque des médecins. Ce n'est pas d'aujourd'hui. Des alertes ont été données. C'est une vraie question. Surtout les gens qui s'occupent de prospective, ne prospectent pas trop… il y a quelque chose qui ne marche pas.* » (A.4, p. 70)

« *Il y a longtemps que cela dure. C'est un vrai sujet, mais qui n'a pas été pris en compte. On n'a pas pris en compte l'âge des médecins. Ça fait plus de vingt ans que le problème existe et ça fait au moins vingt ans qu'on en parle, que l'on dit « comme fera-t-on quand les médecins vont arriver à la retraite ?* » (A7, p. 113)

« *Est-ce que c'est normal ? Est-ce qu'on a le droit d'infliger la double peine, voir la triple peine à des personnes qui sont déjà très fragiles ? Non. Et on ne le fait pas pourquoi ? Parce qu'on ne fait pas de prévention, parce qu'on est incapable de mettre en place des dispositifs pour les soigner correctement. Donc, il y a quelque chose qui ne fonctionne pas quelque part. Quand on parle d'accès aux soins pour tous : utopie ou réalité ? Pour l'instant, on est encore dans l'utopie pour beaucoup de choses. Pour toutes ces populations fragiles, on est encore dans l'utopie, dans la maltraitance institutionnelle. – On sait que d'avoir moins de dents, ça fait moins de mastication, on digère moins bien les aliments et ça un impact sur l'espérance de vie. – En plus, financièrement parlant, quand on sait qu'aujourd'hui que les affections de longue durée représentent 10 % des personnes prises en charge par la Sécurité sociale, et représentent 45 % du budget de la Sécurité sociale. C'est-à-dire des dizaines de milliards. Pour ne pas mettre quelques millions d'euros en amont, au moment où on pourrait les mettre et bien on débourse des milliards et des milliards des dizaines d'années après. C'est inconséquent.* » (2.8, p. 132-133)

« *Un exemple sur l'écart des prises en charge en fonction des départements. Il y a une enquête qui a été faite par 97 Députés dans les Maisons départementales pour le handicap (MDPH). Les écarts vont de 23 à 97 % selon que vous êtes dans un département ou un autre département. Ce n'est pas normal, il y a quelque chose qui ne tourne pas rond dans notre système.* » (2.8, p. 134)

« *Or, vous voyez, pour employer un vieil adage : gouverner c'est prévoir. Le problème, c'est qu'on ne prévoit rien du tout. Parce que l'on est toujours dans le court terme. On gère le quotidien, plutôt que de se projeter à 10 ans, 15 ans et de savoir comment évolue la société aujourd'hui. Aujourd'hui, il y a un gros problème qui est d'actualité, une chose qu'on n'est toujours pas en mesure d'appréhender sérieusement : c'est le vieillissement de la population. Ce qui a un grand rapport avec la santé. Avant, à 65 ans, les retraités disparaissaient, c'était fini. Aujourd'hui, et c'est formidable, c'est bien, on vit jusqu'à 85 ans, même plus, il faut inventer la société qui va avec. Il faut inventer la santé, la prise en charge de la santé qui va avec.* » (2.8, p. 123)

> Penser les problèmes de santé et leurs solutions dans le long terme, de manière prospective.

> Agir suivant des logiques de long terme et abandonner les visions court-termistes.

Voir aussi ***10.*** Préconisation « Face au constat de citoyens d'une impuissance publique et politique… » (A.2, Px., p.36)

« *Des études en linguistique montrent des évolutions sémantiques, des transformations. Changements qui font que les gens sont perdus, car il faudrait devenir expert dans chaque domaine ; chaque partie de fonction publique est traitées différemment, c'est redoutable quand on y pense, quand on essaie de penser cette affaire-là. – Il y a un terme redoutable, c'est celui de « charge sociale » alors que l'on devrait parler de « cotisation sociale ». Actuellement, on ne pense même plus à la cotisation, puisque l'on veut les supprimer, et soi-disant augmenter les salaires de l'entreprise en supprimant les cotisations*

sociales et en remplaçant par la CSG. Donc, on passe maintenant à la fiscalisation, et la fiscalisation ça enlève toute l'essence même de la création de la Sécurité sociale. Donc là, on marche à l'envers. – Ça donne une autre vision… » (A.2, p. 37)

> Reprendre et corriger l'ensemble de la sémantique des politiques sociales, de soins et des textes juridiques suivant une philosophie de la solidarité et non pas de la privatisation du bien commun.

« *On le voit sur les services de tutelles, ce sont des logiques comptables qui sont décidées par Bercy, sans tenir compte nullement des réalités que vivent les mandataires judiciaires, les personnes protégées. C'est d'une aberration totale.* » (Px. A.2, p. 36-37)

« *Depuis les années 80, on est entré dans un projet qui est en même temps étatique et libéral. C'est-à-dire que les politiques que l'on a sont situées entre les deux. Ils sont tous partis dans la même direction en accumulant, loi après loi, tous les ans, tous les deux ans, à chaque fois, il y avait de petites modifications et tout cela s'en va vers la privatisation. Aussi bien la Sécu, le reste et tout. Ça a été très net, quand la dernière loi sur la Sécurité sociale est parue, l'année dernière, il y a eu un changement de mots. C'est-à-dire que ce n'était plus la Sécurité sociale pour la solidarité. Il y a eu un changement de mots pour permettre que le privé puisse maintenant entrer dedans. Et cette simplification dont j'entends parler depuis 25 ans, à la SIAP d'abord (service intersectoriel d'accueil psychiatrique) et puis dans différents domaines. En fait, ce n'est pas une simplification, c'est une complexification. Les gens ne s'y retrouvent plus et c'est fait exprès.* » (Px. A.2)

> Sortir le secteur du soin des logiques comptables et de la libéralisation marchande.

« *C'est bien le problème. Les choix politiques qui ont été fait depuis des années ont forcément eu des impacts sur la déstabilisation du système de soins.* » (12.2, p. 18)

« *Ma question aujourd'hui : « est-ce que nos politiques s'intéressent vraiment au système de santé ? » Je crois que le sujet il est là. – C'est à nous de dire qu'on n'est pas d'accord. – Est-ce qu'ils s'y intéressent ou est-ce que ça les intéresse ? – Je me dis qu'il y a eu des crises sociales. Les crises avec des ouvriers dans les usines, on les a réglées, à un moment donné. Mais ce sujet-là, on ne le règle pas. Pourquoi ? Parce qu'il n'y a pas d'intérêt économique ? Parce qu'il n'y a pas d'intérêt politique ? On ne règle pas ce problème.* » (A.2, p. 19)

> Devant l'impuissance politique à régler les principaux problèmes qui se posent depuis plusieurs décennies concernant la santé et le soin, notamment, il conviendrait de proposer à un Comité spécialisé et citoyen de se pencher sur le problème, de poser un état des lieux et de déterminer les marches à suivre, en tenant compte d'un accompagnement partial et éclairé scientifiquement sur le sujet.

« *Alors, quelles solutions ? Est-ce qu'il faut faire des actions ? Faire quelque chose pour que cela fasse bouger nos politiques quelque part ?* » (7.6, p. 111)

> Faire des actions pour faire bouger nos politiques.

Ressouder les maillons de la chaine citoyenne :

« *Il faudrait que cela parte du local. Quelque part, on a des Députés dans nos secteurs, on ne sait pas trop ce qu'ils font. Parce qu'en fait, on ne les voit pas souvent. Il faudrait qu'ils soient un peu plus terre-à-terre.* » (8.7, p. 116)

« *Les politiques sont trop loin. Pas les Maires, mais les Députés. Les Maires encouragent les choses. Mais dès que l'on arrive à l'échelle au-dessus… Que ce soit les Députés d'aujourd'hui ou d'avant, il y a 10-15 ans, c'est la même chose, on a toujours eu les mêmes problématiques. Un Député, il faut qu'il*

écoute. Et la fameuse réunion qu'on a eu à L'Hermenault sur le problème du Pôle santé qui ne fonctionnait pas, c'était une alerte du médecin et tous les Élus étaient là. Mais, ce jour-là, Le Député n'y était pas. Alors quand même ! Au moins, s'il ne pouvait pas, il pouvait envoyer un remplaçant. Mais il n'y avait personne. » (8.7, p. 117)

« *C'est là où le modèle parisien pêche beaucoup, parce qu'ils pensent « Paris est comme ça, et le reste c'est comme ça ». C'est décidé de là-haut. Chaque territoire a besoin de trouver son modèle de fonctionnement.* » (A.7, p. 117)

« *Et puis il faut aller au terrain, écouter ce qui se dit. Quand des réunions sont publiques, il faut au moins que des politiques s'y intéressent. Par exemple, il n'y a plus de CLIC (Centre local d'information et de coordination) sur L'Hermenault, c'est revenu sur Fontenay, c'est pareil ! Le soir de la réunion, la personne (l'Élu) est en maladie, il n'y a personne pour la remplacer et être à cette réunion importante. Alors, des infos, il n'y en a pas eues qui sont revenues… Après, on se demande pourquoi ça n'a jamais bougé. La réponse est simple. Personne n'en n'a pris acte. Ça n'a pas été transmis.* » (A.7, p. 117)

> Réduire la déconnexion des Députés, les rendre plus proches de l'écoute et du recensement des besoins, fédérer des questions sur un territoire.

> Rendre prioritaire et obligatoire la présence du Député ou de son remplaçant lors de rencontres réunissant l'ensemble des élus locaux sur des problèmes d'intérêt général, notamment en matière de soins sur le territoire et de diagnostic de besoins de la population.

> Renforcer la chaine de transmission entre l'expression de citoyens, leurs proches Élus et les Députés censés les représenter ; pourvoir à l'absence des Députés lors de réunions importantes sur le territoire. Prévoir un système de suppléance et de remplacement en cas de vacance prévue ou imprévue.

« *Qu'on lâche maintenant une partie du pouvoir au Président de la communauté de Communes. Sauf qu'il change pour six ans et la continuité des soins, je pense que ce ne sera pas possible. Parce que chacun veut innover et comme on est en crise hospitalière et de santé en général, ils voudront innover des choses nouvelles sans se satisfaire de ce qui a été fait. Sauf qu'il faut toujours se satisfaire de ce qui a été fait pour l'améliorer.* » (1.1, p. 1)

« *Vous parliez tout à l'heure des Présidents de communautés de Communes qui changent tous les six ans, mais on a aussi des Ministres qui changent beaucoup trop souvent. Ils font de nouvelles lois, mais il n'y a rien. Et les infirmières dans les hôpitaux publics, on leur tape dessus. Pour les médecins, ce n'est pas très facile non plus. Enfin, je crois qu'il y a beaucoup de choses qui viennent aussi de là-haut en termes d'hôpital public.* » (8.1, p. 9)

« *On n'a pas parlé des causes pour lesquelles les gens sont malades, par ex. le travail qui, des fois… des choses qui pourraient être changées, à la portée des politiques, il faudrait prendre des mesures vraiment politiques. (…) – Le problème c'est que, ce sont des quinquennats. On ne prend pas le temps de mettre à plat des grands champs comme la santé, le logement, la fiscalité, etc. Ils n'ont pas le temps et ils veulent marquer de leur empreinte leur quinquennat et n'ont qu'un but : c'est d'être réélu. Excusez-moi, c'est un peu brut de décoffrage. Mais, tout le temps où l'on n'aura pas une logique de long terme, visionnaire, on ne s'en sortira pas. Chacun veut défaire ce que le précédent a fait. Tant qu'il y aura des querelles d'égos, il n'y aura pas de vraie volonté d'aider, de faire une véritable politique publique de long terme et au bénéfice des gens et de tous, ce sera toujours comme ça. Tout est histoire de choix politique.* » (A.2, Px., p.36)

> Face au constat de citoyens d'une impuissance publique et politique dans le domaine de la santé publique et des soins, exiger que les mandats de Président et de membres de Gouvernements s'inscrivent dans la durée (et la réversibilité) pour mener des chantiers en profondeur, sur du long terme, afin de s'extraire d'enjeux déstabilisants de réélection

propres au carriérisme politique et à l'électoralisme, qui ne permettent pas la délibération démocratique ni de se concentrer sur le bien commun et de tous.

« *Ça peut marcher si vous avez un médecin référent. Votre médecin référent qui est censé recevoir des informations. C'est obligatoire, mais il y a quand même plein de gens qui n'arrivent pas à avoir un médecin référent parce que des médecins ne veulent pas les prendre. C'est le cas à La Roche où il y a plein de gens qui n'ont pas de médecins référents et qui ne peuvent pas être pris en charge.* » (A.4, p. 64)

> Pour garantir le droit au suivi médical, l'État doit permettre l'accès de tous au médecin référent.

« *Je m'occupe des Séniors, sur Chateaubriand. Je suis concerné au niveau professionnel et personnel. Par rapport au maintien à domicile des personnes âgées, je trouvais que ce n'était pas si simple que cela parce que ceux qui peuvent être en difficulté pour gérer, pour appeler l'aide à domicile d'un changement de traitement, pour appeler l'infirmière… toutes ces choses qu'on organise après une hospitalisation ou encore un RV de docteur, tout ce qui fait que ce n'est pas si simple que cela. Il y a des personnes âgées qui pourraient rester à domicile et qui se retrouvent obligées de rentrer en institution, car il n'y a pas une personne aidante, soutenante, quelqu'un de la famille, parce que les enfants sont loin, ça manque. Ou alors, ce sont des professionnels de certains réseaux d'aide à domicile ou des infirmières coordinatrices qui se retrouvent à gérer des choses qui normalement ne sont pas leur boulot, en relai, ou une voisine bien gentille parce qu'elle veut bien accompagner la personne chez le docteur. (…) Quand on commence à arriver dans le grand âge, on voit bien que ce n'est pas si simple que ça.* » (5.5, p. 74)

> Simplifier les dispositifs.

« *Il y a sans doute des initiatives qui mériteraient d'être dupliquées. Souvent la critique qui peut être faite, c'est de ne pas plaquer un modèle sur un autre, mais on peut toujours proposer ?* » (A.7, p. 117)

> Des initiatives positives mériteraient d'être dupliquées.

« *À mon avis, le Ministère de la santé n'est pas clair depuis les années 90. Car il fallait anticiper des décisions à ce moment-là. – Aujourd'hui, on subit. Il ne s'est rien fait depuis 20-25 ans. – Ce qui semble paradoxal, c'est que l'on parle beaucoup de participation, de concertation, de pouvoir local, ce qui est très bien. Mais ce que l'on entend ici, c'est aussi qu'il y aurait eu une vacance aux plus hauts niveaux de décision ? Parce qu'il y a quand même une concentration de moyens d'observation, de données, de cartes, des tributs d'experts qui ont fait leur travail de relevés, de recensements. Il y a eu une écoute, on a sondé et malgré tout, à l'arrivée, on aurait l'impression de subir l'indécision ? Je veux bien que l'intelligence vienne du terrain, mais pas seulement. Qu'est-ce qui fait que les deux types d'intelligences : expertise terrain et prospective scientifique, ne se soient pas rencontrées ? Vous parlez de Député, de maillons intermédiaires, mais on peut se demander ce qui s'est passé au niveau d'un Ministère qui a quand même des budgets, des politiques d'action ? On a l'impression que quelque chose a fonctionné à vide. – Effectivement, ça donne cette impression-là.* » (A.7, p. 118)

« *Dans un secteur comme celui de Fontenay, avec une communauté de Communes, telle qu'elle est actuellement, il devrait y avoir un recensement dans chaque secteur pour pouvoir dire « voilà, il y a un besoin important, il faudrait intervenir là » et essayer de répartir les choses. Que ce soit Foussais-Payré ou L'Hermenault ou Fontenay, ce n'est pas la même chose. Tout le monde est Citoyen à part entière et on a tous droit au même accès aux soins. (…) Mais ça met beaucoup de temps que les élus et que tout le monde se connaisse. Et les besoins, personne ne les connait pour le secteur de L'Hermenault. De la même manière qu'on ne connait pas plus les besoins du secteur de Foussais ou Mervent, j'en suis presque sûr aussi. On ne les a jamais prises en compte les petites communes rurales autour de Fontenay, n'ont jamais été prises en compte.* » (8.7, p. 115-116)

> Face à la perception de stagnation voire de régression de l'offre de soins, dresser un bilan objectif pour mesurer l'efficacité ou l'impuissance de la force publique en matière de prévision ou d'indécision depuis 25 ans concernant les gros problèmes de santé publique.

> Recenser les besoins dans la proximité.

« *Pour les personnes âgées, on a parlé du transport solidaire. Avec l'accompagnement à domicile, il y a des possibilités. C'est de la coordination. C'est beaucoup de coordination derrière tout ça. Et le bénévole a ses limites. Effectivement, on peut faire plein de choses, tant qu'on est en bonne santé et que l'on trouve des bénévoles pour le faire. Ils ne sont pas en augmentation. Ça se saurait.* » (A.7, p. 120)

« *C'est là un peu la difficulté, parce qu'on n'est pas des professionnels, on est des bénévoles. J'insiste beaucoup là-dessus quand on fait des réunions, parce qu'on a nos limites.* » (5.7, p. 109)

> Ne pas baser la politique de réponses uniquement sur le bénévolat de proximité, mais professionnaliser des filières : transport, renforcement d'équipes de soins, coordinations territoriales.

« *Dans la santé, l'auto-responsabilisation, c'est aussi la prévention. Est-ce qu'aujourd'hui, les gens sont suffisamment acteurs de la prévention et sensibilisés à la prévention ? Non ! Or, la prévention, c'est la mère de tout. Si on ne fait pas de prévention, on est toujours dans le curatif.* » (2.8, p. 125)

« *On est plus au courant, le problème c'est : est-ce qu'on est suffisamment sensibilisé ? C'est ça moi qui me gêne. On met toujours de plus en plus d'argent dans le curatif, mais on n'en met pas assez dans le préventif.* » (2.8, p. 126)

> Investir davantage dans le préventif.

Instances Publiques :

« *Il y a aussi un problème de l'organisation de la santé en France. Il ne faut pas se le cacher, c'est un peu compliqué. En particulier, pour les personnes âgées pour lesquelles il y a une partie financée par le Département et l'autre partie par l'ARS, mais ils ne s'entendent pas très bien. Je peux vous le dire, j'y suis confronté au quotidien. Donc, si vous voulez, à ce niveau-là, ça ne fonctionne pas. Le millefeuille français, c'est notre spécialité. Nous, à chaque fois que quelque chose ne va pas, on en remet une couche. On crée un nouveau truc, alors que le truc d'avant n'a jamais prouvé son efficacité. Au lieu de simplifier pour avoir un accès direct, on complique les choses.* » (2.8, p. 126)

« *Pour l'autisme, plutôt que de renforcer une structure d'accueil pour les autistes très sévères, parce que le personnel est insuffisant, on préfère faire faire des allers-retours à l'hôpital psychiatrique à des résidents. C'est aberrant ! Dans l'établissement, cela coûte 200 € par jour ; à l'hôpital psychiatrique, c'est entre 600 et 800 € par jour. Mais ce n'est pas la même caisse qui paye. Sur le foyer d'accueil médicalisé, le Département paye 70 % ; sur l'hôpital psychiatrique, l'ARS paye 100 %. Donc, c'est : « ce n'est pas moi, c'est l'autre ! »*. (2.8, p. 126)

« *On ferme les hôpitaux de proximité, on en fait plus que des EHPAD, on en est arrivé là aujourd'hui. On met tout le monde au Mans. Quand j'ai dit à l'ARS qu'une personne lourdement handicapée et dépendante qui habite à 1h30 du Mans, à l'autre bout du Département, il faut : la transporter, immobiliser un véhicule, mobiliser deux personnes, vous vous rendez compte ! ? C'est une matinée de perdue, tout ça pour une visite. On me répond « Le transport ce n'est pas nous, c'est le Département ». Voilà, c'est la réalité du quotidien.* » (2.8, p. 126)

> Développer l'entente et la coordination entre différentes instances : ARS, Département.

« *Les professions médicales ont aussi un problème. C'est qu'elles sont dans la toute-puissance. Ça commence à évoluer, tout doucement. Il y a des recommandations de l'ANESM (Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements sociaux, médico-sociaux), de l'HAS (Haute autorité de santé) maintenant, et de la DGOS (Direction générale de l'offre de soins) qui disent que quand il y a une personne en situation de handicap ou une personne âgée dépendante : il faut écouter l'usager quand c'est possible, sinon son représentant, son parent ou son aidant familial. Parce que, c'est la personne qui connaît le mieux le malade ou le patient, l'handicapée, c'est l'approche famille.* » (2.8, p. 131)

> Être plus rigoureux quant à l'évaluation de l'efficacité, la réussite ou pas d'un dispositif mis en place.

« *L'ARS va décider d'ouvrir telle ou telle structure, avec le Département selon le type de structure. Qui fait l'inspection pour voir si cela fonctionne bien et qu'il n'y a pas de maltraitance ? C'est le même que celui qui finance. Il est juge et partie. Et partout c'est comme ça ! Ils sont juges et partie. Ils cumulent plusieurs pouvoirs, alors que l'évaluation est faite justement pour renvoyer des éléments qu'on ne voit* ». (2.8, p. 127)

> Avoir un droit de regard citoyen sur le fonctionnement et les décisions de l'ARS.

Diagnostiquer les problèmes :

« *Nous ne sommes pas pragmatiques. Nous sommes toujours sur des notions : ah, les droits de l'homme, ah, les grandes idées de liberté, égalité, fraternité. Dans ce milieu du bucco-dentaire, j'ai repris tous les rapports qui avaient été faits et commandés par l'État depuis 2010. Tous les ans, il y avait des rapports faits par des gens compétents où tout était dit, tout était décortiqué, expliqué, pourquoi ça ne fonctionnait pas, quelle était l'alternative, ce qui allait découler de cette non prise en charge, etc. Tout était dit, comment il fallait remédier. Et tous les ans, on commande un autre rapport. Et on en n'a jamais tenu compte… – Oui, il y a un certain nombre de problèmes qu'on connaît maintenant et qui étaient déjà annoncées depuis 15 ou 20 ans. C'est dramatique. Vous parliez d'informations en circulation. Il y a effectivement des travaux importants, d'instances comme l'INRA, l'INSEE (la Cour des Comptes) qui donnent un certain nombre d'informations sur l'évolution démographique, qui alertent, et ce n'est pas pris en compte. Alors, pourquoi produire tout cela ? Voire même, c'est peut-être des fois pris en compte, mais dans un autre sens où l'on recouvre le rapport et c'est terrible ! – Ou bien, les rapports ne sont même pas publiés !* » (2.8-A.8, p. 128)

« *Dans la façon de poser le problème, il faut impliquer toutes les parties prenantes, parce qu'il n'y a pas de raisons de ne pas discerner, de ne pas faire la part entre ce qui serait un abus, ce qui serait une consommation de soins ou de recours excessifs aux soins et pour d'autres situations d'importance beaucoup plus grave qui nécessitent l'urgence. L'on pourrait souhaiter qu'il y ait des spécialistes ou des médecins qui puissent le repérer, ne serait-ce que pour permettre de comprendre pourquoi on attend aux Urgences.* » (A.3, p. 47)

> Prendre en compte sérieusement les rapports déjà réalisés et leurs préconisations. Au besoin, refaire une synthèse des travaux d'expertises déjà réalisés et s'en servir pour décider et mettre en place des lignes d'action efficace.

« *Il faudrait savoir ce qui fait que ça marche, se référer à ces modèles-là et modifier ce qui ne marche pas dans les systèmes. Il y a des interruptions, des aberrations qui émergent, qui manquent leur cible… la communication, la transmission…* » (A.3, p. 48)

« *Il faut que les structures et que les institutions réfléchissent là-dessus et augmentent leur niveau d'information et de conseil. Si l'on pointe que ça marche bien un endroit, il n'y a pas de raison que, ce qui se centralise bien, à la CARSAT par exemple, ça devrait pouvoir être modélisé pour que ça marche bien ailleurs. Il faudrait pouvoir comprendre pourquoi ça marche à certains endroits et pas à d'autres.* » (A.6, p. 91)

> Il faudrait savoir ce qui fait que ça marche et se référer à ces fonctionnements ou modèles-là, pour modifier ce qui ne marche pas dans les systèmes.

« *L'enjeu du recensement des besoins est important, car il apporterait un arbitrage pour que les décisions puissent s'orienter quand même ? – Oui, il faudrait qu'il y ait quelqu'un qui centralise toutes ces données pour pouvoir les redistribuer après, auprès de tous. – Encadrer les décisions, qu'elles ne soient pas prises au gré des humeurs… – Ou du bon vouloir des Élus. Ou de ceux qui sont un peu plus fort les uns que les autres.* » (A.7-8.7, p. 116)

« *Le problème, c'est qu'il n'y a pas de pilote dans l'avion pour les dispositifs de soins mis en place. – Voilà, il faut qu'il y ait un pilote qui centralise.* » (1.8-2.8, p. 130)

> Avoir un interlocuteur, quelqu'un qui centralise et répond des décisions prises, à l'articulation des différentes instances, en transversalité et qui fasse autorité.

Globalement :

> Préciser les problèmes, les diagnostics et les enjeux stratégiques de ce qui se passe à partir du relevé que sont à même de faire des personnes de la société civile, en position experte, qui circulent en tant qu'interlocuteurs auprès de différentes instances.

> Engager une nouvelle mentalité politique qui estime que chaque citoyen a quelque chose à dire qui mérite d'être pris en compte, en organisant des débats.

> Augmenter le nombre de personnels soignants en corrélation avec les besoins repérés et exprimés.

> « Plus de moyens mieux utilisés », soit une augmentation quantitative et qualitative.

> Faire le dépistage systématique de la violence médicale auprès des patients et de la maltraitance institutionnelle et de leurs contextes systémiques s'exerçant aussi sur les soignants.

ANNEXE 1 – PROFIL des PARTICIPANTS aux 8 ATELIERS

1. Aperçu du profil des 70 participants aux 8 Ateliers (par ordre alphabétique)

1. Adhérente Fédération régionale familles rurales
2. Administrateur UDAF, président de réseau d'accès aux soins de personnes vulnérables, cadre supérieur
3. Adhérente Intersyndicale des familles, groupe santé
4. Adjointe au CCAS, Mouilleron-St-Germain
5. Administrateur IRIS, ex directeur d'Association de soins
6. Administratrice UDAF
7. Administratrice UDAF
8. Administrateur UDAF
9. Administrateur UDAF, Hauts-de-Goulaines
10. Aide-soignante, secteur handicap
11. Aide-soignante, UDAF
12. Bénévole, donne des cours d'apprentissage langue française
13. Cadre commercial
14. Confédération syndicale familles et Association de défense des locataires et consommateurs adhérente à l'UDAF
15. Conseillère en économie sociale et familiale, Chateaubriand
16. Éducatrice spécialisée, bénéficiaires RSA, ACSF
17. Enseignant la Ferté-Bernard, habitant le Mans
18. Enseignante spécialisée
19. Ex Aide-soignante SSIAD de Nantes, membre UDAF
20. Fonctionnaire retraité de la Sécurité sociale
21. Fonctionnaire retraitée de la Sécurité sociale
22. Gestionnaire en qualité et risques
23. Habitante Chateaubriand, Confédération syndicale des familles
24. Habitante Château d'Olonne, directrice MFR
25. Habitante Chaume, retraitée
26. Habitante Fontenay, 61 ans
27. Habitant Fresnay sur Sarthe
28. Habitant Les Herbiers
29. Habitant La Meilleraye-de-Bretagne, responsable de service d'aide à domicile
30. Habitante La Meilleraye-de-Bretagne
31. Habitant Mouzeuil-St-Martin, référent UDAF, CCAS
32. Habitant Pouzauges, administrateur UDAF, ADMR
33. Habitant St Georges-Montaigu
34. Habitant St-Hilaire-de-Forest, Grand-Littoral
35. Habitant St Hilaire-de-Voust, 69 ans, père famille, UDAF 85, URAF
36. Infirmière, Centre médico-psychologique
37. Infirmière, secteur handicap
38. Journaliste
39. Maire de Commune, cadre informatique
40. Mandataire judiciaire protection des majeurs, UDAF
41. Médecin retraité du public
42. Membre UDAF commission santé
43. Membre ACSF
44. Membre ACSF, père et grand-père
45. Mère au foyer
46. Mère de famille, milieu rural
47. Mère de famille
48. Mère de famille, administrateur UDAF
49. Mère de famille, enfant handicapé
50. Mère de famille, Famille Laïque
51. Mère de famille, UDAF
52. Mme X (pas de précision apportée)
53. Mr X (personne repartie sans autre précision)
54. Mr X
55. Orthophoniste, ex directrice d'ONG
56. Ouvrière agro-alimentaire
57. Préparateur en pharmacie
58. Président service de soins ADMR
59. Présidente Intersyndicale des familles
60. Psychologue en EHPAD, UDAF
61. Responsable ADMR et SSIAD
62. Responsable formation MFR, UDAF
63. Retraité
64. Retraité
65. Retraité, Verré, père, grand-père, UDAF
66. Retraitée Éducation Nationale, habitant du Mans
67. Salariée, Inter syndicale des familles, groupe santé
68. Salarié UDAF
69. Salarié UDAF, nantais
70. Secrétaire v-président Familles laïques, Grand Littoral, ex. inspecteur EN-AIS

Remarque :

Cette liste est indicative. Elle a été construite sur la déclaration spontanée des participants, dans l'ordre des informations données et selon leurs termes, au moment de leur prise de parole en cours d'Atelier. L'objet est de présenter un aperçu du profil des personnes prenant la parole et non d'obtenir un profil exact à une fin d'échantillonnage. Par exemple, l'âge n'a été que rarement mentionné, la situation de famille est quant à elle plus souvent mentionnée. Il est possible que des informations aient été omises de leur part, volontairement ou non, ou bien précisées en cours d'échanges (voir Transcription des 8 Ateliers, Annexe 5, p. 76).

Également, l'on ne connait pas toujours la provenance de chacun ou leur profession, à supposer qu'il n'y en ait qu'une et que la personne soit en activité ou non (retraite, chômage). Même remarque pour les mandats électifs ou autres engagements (militantisme, bénévolat, etc.)

Autrement, nous avons dû parfois, mais que très rarement, retirer des précisions apportées par des participants lorsqu'elles étaient susceptibles de dévoiler leur identité.

2. Participants aux 8 ateliers :

Atelier 1 – Roche-sur-Yon (p. 1-20)	**12** personnes : 7 femmes, 5 hommes
Atelier 2 – Nantes (p. 21-38)	**12** personnes : 8 femmes, 4 hommes
Atelier 3 – Saint Fulgent (p. 39-56)	**9** personnes : 5 femmes, 4 hommes
Atelier 4 – Château d'Olonne (p. 57-71)	**6** personnes : 3 femmes, 3 hommes
Atelier 5 – La-Meilleraye-de-Bretagne (p. 72-86)	**10** personnes : 5 femmes, 5 hommes
Atelier 6 – Le Mans (p. 87-103)	**12** personnes : 9 femmes, 3 hommes
Atelier 7 – Fontenay le Comte (p. 104-120)	**7** personnes : 4 femmes, 3 hommes
Atelier 8 – Fresnay sur Sarthe (p. 121-134)	**2** personnes : 2 hommes
Total :	**70** personnes : 41 femmes, 29 hommes

ANNEXE 2 – CADRAGE des ATELIERS

Protocole suivi pour chaque Atelier, exposé oralement et affiché

Présentation de soi

En tant qu'animateur-chercheur, établissement et service de rattachement.
Remerciements des participants au Réseau d'Observation des Réalités Familiales (RORF)

Il est indiqué que la présentation des participants se fera au fur à mesure des prises de parole : prénom, âge, situation familiale, sociale, autre.

Sensibilité à la thématique, d'un point de vue familial et professionnel de l'éducation spécialisée.

Présentation de la démarche

Missionné par URAF, représentation des familles sur la Région (3 départements, 8 Ateliers).
Démarche d'enquête, avec recueil de données suivant des avis pertinents.
Séquences enregistrée, consentement des participants.

Utilisation des enregistrements audio en vue d'une mise en écriture, avec remise d'un rapport et présentation devant les autorités.

Animation en 2 temps : prise de parole individuelle et débats avec recherche de préconisations.

Rôle de l'animateur

Favoriser la parole de chacun, permettre la réflexion personnelle et collective, être à l'écoute, dans le non jugement et fidèle par la suite à ce qui aura été dit, avec un rôle de « porte-parole » lors des restitutions prévues de l'Étude.

L'orientation l'Étude prend en compte le souhait de la Région de rapporter « ce que les gens disent » « leur parole », soit des dimensions qualitative et participative dans la démarche suivie

Consignes de travail

Thématique de l'« Accès au soin pour tous, Utopie ou réalité ? »

- 1er temps : réflexion personnelle, se centrer sur ses vécus et les rédiger. Pour faire émerger des problèmes à partir de constats vécus (positifs ou négatifs) afin de mieux les comprendre.
- 2e temps : après l'exposé de chacun, réfléchir à des pistes, des préconisations, des améliorations possibles des problèmes repérés ainsi qu'a des outils d'action.

Objectifs poursuivis

Augmenter la connexion entre instances politiques et publics concernés.
Être force de proposition, faire des remontées du terrain dans le débat public.

Éthique du chercheur et de l'animateur

Neutralité dans les postures de chercheur et d'animateur.
Indépendance vis-à-vis de l'URAF
Scientificité et objectivité (ne pas sur-interpréter) concernant le traitement des paroles recueillies
Permettre un espace d'expression ouverte et constructive lors de l'Atelier
Équité de traitement des 8 Ateliers concernant l'animation et la conduite des séances.
Éthique de la participation, avec rappel de règles pour les échanges, respect et confidentialité quant à l'identité et le témoignage des participants.

ANNEXE 3 – RÉCAPITULATIF des PRÉCONISATIONS

SOMMAIRE

Convention de notation 58

Thématiques :

1. *Manques de Médecins et de Spécialistes* 59
2. *Urgences* 62
3. *Alternatives de soins, domicile, préventions* 64
4. *Handicaps, inégalités et mobilités* 66
5. *(Mal) remboursements, dépassements d'honoraires* 67
6. *Accès à l'information* 68
7. *Organisation de l'hôpital* 69
8. *Professionnels du soin* 70
9. *Éducation du patient* 72
10. *Système global, Politique et institutionnel* 73

Convention de notation

Code, symbole	***Fonction***
>	Indique une Préconisation.
1.1 1.2 1.3 2.1 *etc.*	Des intertitres numérotés sont intercalés entre les préconisations. Ils précisent des sous-thématiques pour faciliter la lecture.

1. Manque de Médecins et de Spécialistes

1.1. Constats de carences et de remplacements impossibles

Autres constats de médecins non remplacés
Quels recours ?

> Faire remonter une information à l'ARS à chaque fois qu'un patient n'a pas de médecin référent, pour les sensibiliser et faire que des décisions soient prises.

1.2. Recherche de causes et d'explications

Rythme de travail
Féminisation de la profession
Littoral Atlantique :

> L'explosion démographique estivale nécessite des renforts, sous forme de remplacements ou de stagiaires.

Répartition géographique :

> Ne pas laisser les médecins s'établir où ils le veulent.
> Obligation d'installation suivant 2 options : une option subventionnée, une option coercitive.

> Mobilité des médecins et spécialistes décidée en fonction des besoins des territoires.

> Connaitre le nombre d'habitants par région, faire l'estimation du nombre d'habitants par médecin et répartir les médecins sur le territoire, dans des maisons médicales ou créer des secteurs. Amener les médecins à pratiquer dans tous les secteurs quitte à les y obliger.

> Trouver un système équitable, sans conditions de moyens et prenant en compte des spécificités familiales, qui rende obligatoire la présence de jeunes médecins dans les déserts médicaux.
> Obliger les médecins, spécialistes et soignants à venir travailler en milieu rural.
> Instaurer pour les médecins et soignants en début de carrière, l'obligation de venir travailler 2 ou 3 ans en milieu rural ou dans des secteurs spécifiques, tel que cela se pratique par ailleurs, en contrepartie de leur formation.

> Rendre obligatoire, selon des modalités à préciser, pour certains cas particuliers (personnes à mobilité réduite) le déplacement des médecins à leur domicile.

Numerus clausus :

> Faire évoluer les critères qui sous-tendent la fixation du *numerus clausus* en tenant compte des évolutions objectives de la pratique du métier de médecin, de la démographie et de l'évolution des mentalités : partition hommes et femmes, équilibre vie au travail / vie familiale-personnelle, partitions générationnelles, etc.
> Le *Numerus clausus* devrait être lié au manque de médecins et de spécialistes.
> L'Ordre des médecins devrait imposer un changement.

Trouver un médecin :

> Dans les grandes villes et villes moyennes, tenir à jour une liste des médecins et spécialistes qui prennent des patients et assurer un « point info » à l'intention des familles qui s'installent dans ces villes.

> Informer l'ARS (Agence régionale de santé) à chaque fois qu'un patient n'a pas de médecin référent, faire remonter l'information.
> Rechercher les aspects qui permettent de développer l'attractivité des secteurs pour y faire venir des médecins. Apporter de l'aide et soutenir leur démarche.
> Instaurer un tutorat entre un ancien médecin ou un médecin qui part en retraite et un jeune pour l'inciter, par exemple, à s'installer dans son cabinet.
> Déléguer au Département ou à la Mairie l'autorisation d'installation des médecins ».

1.3. Formation des médecins

Formation initiale :

> Repérer, analyser et remédier aux causes socio-professionnelles et estudiantines qui contribuent aux *burn-out* (usure mentale et physique) plus fréquents lors des internats de médecine.
> Encourager, favoriser et ne pas décevoir les vocations de médecin.
> Trouver un ratio de médecin pour une population de X individus.

> Privilégier les stages de fin de formation en milieu rural et en cabinet médical ; parallèlement, soutenir les médecins de milieu rural à prendre des internes ou stagiaires en formation et faciliter leur mobilité sur le territoire en milieu rural.
> Il faudrait que dans leur cursus d'études de médecine, les étudiants fassent de la médecine en ville et en milieu rural.
> Diversifier les modalités de l'alternance en modifiant les études ; faire que les étudiants de médecine ne fassent pas uniquement des stages hospitaliers, ce qui est le cas actuellement. Inscrire aux cursus un stage en médecine de ville et en milieu rural.
> Inclure dans la formation professionnelle ou continue des pharmaciens, un module pour savoir faire un diagnostic.

> Inclure des modules de formation concernant les handicaps et les troubles du comportement.

> Faire procéder à la formation de davantage de psychiatres.

Formation continue :

> Ne pas laisser les médecins seuls, les inciter à travailler en équipe.

> Rendre incontournable le travail en équipe des médecins et la formation de leur expertise tout au long de leur pratique professionnelle.

> Dans les maladies chroniques ou problèmes récurrents de santé qui conduisent aux renouvellements de traitement, faire en sorte de croiser les diagnostics, pour éviter les points aveugles et permettre aux médecins d'éviter la routinisation.

> Encourager et favoriser l'association volontaire de médecins qui s'installent, leur permettant de travailler ensemble les situations mais aussi, sur le plan de l'organisation, de couvrir tous les créneaux horaires de la semaine sans grandes amplitudes de travail et de mutualiser des moyens.

> Développer des espaces de travail d'élaboration de cas cliniques rencontrés, entre professionnels de la santé, favoriser les croisements de pratiques, la mutualisation de pratiques et la capitalisation de connaissances ainsi que développer l'appartenance concrète et concertée à un réseau de soins.

> Dresser un répertoire des cas limites pouvant être rencontrés dans la pratique médicale, permettant de faire progresser la connaissance de cas particulier et problématiques, pouvant apporter un éclairage susceptible d'orienter les prises de décisions, par ex. lorsqu'une dimension vitale est engagée.

> Réintroduire la « bobologie » dans les formations.

1.4. Pressions sur les médecins

> Supprimer voire interdire les consignes de la Sécurité sociale enjoignant de mener une politique du chiffre, se traduisant par une pression exercée sur les médecins et personnels soignants.
> Tenir compte de l'article 91 de la santé donnant toute latitude au médecin d'exercer son art sans la contrainte comptable de son temps, lui permettant de traiter chaque patient comme un patient unique, en particulier auprès des personnes malades psychiques et mentales.

> Faire cesser les incursions et entraves à l'exercice des médecins, à travers des dispositifs de contrôles inhumains et dont l'inefficacité est visible à travers différents cas.

> Permettre aux médecins de ne plus être surchargés, réduire les charges administratives, quelles qu'elles soient.
> Mutualiser les moyens et subventions entre communes ou collectivités pour rémunérer des secrétaires à des médecins, leur permettant d'augmenter leur clientèle.
> Face à la pression bureaucratique, pour le délivrer de « la paperasse », une aide administrative devrait être possible, une aide financière pourrait être destinée à l'embauche d'un(e) Assistant(e) médicale à temps partiel.

1.5. Délester les médecins

Alléger leurs tâches :

> Transférer la responsabilité de la vaccination aux médecins vers de nouveaux professionnels.

> Attribuer des assistants médicaux aux médecins.
> Les infirmières en pratique avancée pourront faire des diagnostics plus poussés et donc décharger des médecins de certaines tâches.

1.6. Des Spécialistes manquent aussi, de longs délais pour un RV

> Mettre davantage de spécialistes à disposition, en fonction des besoins, à recenser.

Constats

1.7. Attentes générales

> Que les spécialistes soient attentifs au besoin particulier de certains patients, de l'état de leur santé qui les préoccupe et de l'aspect relationnel.
> Souhait d'obtenir un suivi dans la durée, pour installer une continuité dans le suivi familial, avec une connaissance des antécédents du patient de la part des médecins.

2. Urgences

2.1. En amont, des motifs d'engorgements

> Informer les médecins et les usagers de ne pas utiliser les Urgences pour des examens courants.

> Prendre en compte les particularités des personnes souffrant de troubles psychiques et personnes déficientes mentales. Renforcer leur suivi en prenant en compte la manifestation irrégulière de leurs troubles.
> Déclencher des prises en charges CHS (Centre hospitalier spécialisé) hors logiques d'Urgence.

> Réserver un accueil spécifique et plus rapide aux personnes âgées, moins susceptibles d'attendre longtemps ; de même pour les publics vulnérables : enfants, personnes handicapées, personnes en détresse morale.

> Faire cesser l'engorgement des Urgences à La Roche du fait d'examens non-urgents réalisés à la demande de médecins.
> Faire en sorte que les spécialistes (cabinets de cardiologie, radiologie) gardent des créneaux pour des patients qui ont besoin d'examens urgents, sans Urgence vitale.

> Ouvrir des consultations de « bobologie » en complément des Urgences.

> Permettre la bonne orientation vers les Urgences et favoriser leur recentrage sur les problèmes vitaux ; conjointement, permettre la prise en charge ailleurs de ce qui ne relève pas des Urgences. Par ex. 1 échelle de graduation de l'Urgence : *pas Urgence, semi Urgence, aggravation rapide*.
> Aider à bien distinguer : besoin d'informations et Urgences. Proposer 2 services distincts.
> Faire distinguer à l'usager le besoin d'informations et les Urgences en créant 2 numéros d'appel, et le sensibiliser aux 2 niveaux pour pouvoir donner priorité aux cas vitaux.
> Éduquer-former le citoyen au bon usage des Urgences médicales et des Secours (Pompiers), trouver des manières d'informer sur la vocation des Urgences et de leurs priorités par rapport à un mésusage.

> Réduire ou supprimer une contradiction propre au système.

> Offrir la gratuité d'accès aux maisons médicales de garde

2.2. L'accueil et l'attente aux Urgences

> Informer les personnes concernant leur attente aux Urgences, créer et maintenir un contact avec elles pour les aider à supporter une attente parfois très longue.

> Améliorer le partage d'informations entre les différents acteurs du soin avec le souci d'apporter des explications claires au patient lui permettant de supporter son attente.

> Donner les moyens et garantir un accueil décent aux personnes malades, blessées et aux patients qui attendent, et leurs accompagnants : pas de cris, informations rassurantes, délais acceptables, chaleur humaine et traitement urgent de la souffrance.

Cour des miracles
Gens de la rue
Élèves

> Permettre aux soignants de travailler dans des conditions dignes et acceptables.

Infirmières sur le pont
Violence et impuissance

> Bannir les propos blessants envers les usagers.

2.3. Globalement

> Les Urgences doivent assurer un service qui correspond à une durée courte ou bien elles doivent changer de nom. Les attentes sont excessives pour des urgences (jusqu'à 8 h).
> Réduire considérablement les délais d'attente aux Urgences.
> Équilibrer l'offre de soin sur les territoires, faire en sorte que les Urgences ne soient pas la seule modalité de réponse médicale de santé, mais aussi l'offre de médecins.

3. Alternatives de soins, domicile, préventions

> Favoriser et financer pour tous l'accès aux formes préventives reconnues de santé : Sophrologie, Yoga, thérapies, paramédical en termes de prévention, d'aide ou d'accompagnement.

Visites médicale à l'école :

> Remettre en place dans les Établissements scolaires, pour tous les élèves, les programmes de prévention et de détection d'éventuels problèmes de santé avec des professionnels de la santé (et non des enseignants) : médecin scolaire, infirmier scolaire et divers spécialistes, etc.

Soins « hors les murs » :

> Réfléchir un nouvel angle d'approche, une nouvelle conception des soins hors les murs, en mobilité vers les publics, au domicile.

Télémédecine :

> Expérimenter la médecine à distance ou télémédecine prudemment et pour des actes simples. Rester attentif à l'aspect éminemment humain de la consultation de médecine.

Habitats adaptés, habitats « inclusifs » :

> Développer des appartements de soins résidentiels avec une salle commune où les gens peuvent venir manger, regarder la télévision pour avoir un vrai contact, ainsi que la présence d'une infirmière et d'une maîtresse de maison.
> Des logements adaptés, permettant une externalisation des soins, qui couteraient moins cher qu'un séjour complet au CHS.
> Étendre les types d'habitats inclusifs et dispositifs coordonnés destinés aux personnes âgées et publics vulnérables. Faire connaitre ces dispositions et les faire promouvoir par les Pouvoirs publics.

Médicalisation à domicile :

> Favoriser la mise en place de la médicalisation à domicile des enfants et jeunes enfants.

> Favoriser la mise en place de la médicalisation à domicile des personnes âgées.

> Pour les personnes âgées en milieu rural, développer des Maisons d'accueils de type MARPA (Maison d'accueil rural pour personnes âgées) équipées, ergonomiques et domotisées.

Centres et/ou Maisons de santé :

> Les Maisons de santé qui marchent bien, sont celles qui sont préparées avec les médecins, avec les infirmières, les gens.

> Informer clairement la population de la distinction qui existe entre « maison de santé » et « centres de santé » d'une part et entre « secteur 1 » et « secteur 2 » d'autre part :
. Les « maisons de santé » et le « secteur 2 » relèvent du secteur lucratif, les médecins y ont un statut libéral et pratiquent des dépassements d'honoraires, non pris en charge par la sécurité sociale.
. Les « centres de santé » et le « secteur 1 », procèdent d'une logique de Service public où les actes de soins pratiqués le sont par des médecins conventionnés Sécurité sociale, éventuellement sous statut salarié et ne pratiquant pas de dépassements d'honoraires.
> Modifier l'utilisation du terme de « maison » lorsqu'elle relève du secteur libéral et marchand, secteur 2, qui induit de la confusion, alors que l'usage du mot fait référence par ailleurs à la dimension domestique et désigne dans certains cas un service public : maison du handicap, maison du citoyen, de la recherche, etc.

> Mettre un Centre de santé tous les 10-20 kms, à une distance de 10-15 mn au maximum des usagers.
> Instituer des permanences de médecins en semaine dans les Maisons médicales où il n'y en a pas.

Histoire brève
Maintien à domicile, recenser les besoins :

> Établir une veille et un recensement des besoins en personnels au niveau des SSIAD et des HAD pour assister les personnes les plus vulnérables à leur domicile.

> Repérer et lister les zones et territoires les plus sinistrés, en manque de professionnels du soin et d'accompagnement au domicile afin, en priorité, de les pourvoir en postes, avant d'étendre la mesure à l'ensemble des territoires où sont signalés des besoins.

> L'écoute des besoins est important en la matière pour orienter et arbitrer les décisions.

> Faire procéder à une analyse des besoins sur les territoires et veiller à la répartition proportionnée des moyens en matière de soin.

Coordinations territoriales

> Instituer une fonction ou une instance, avec des postes, qui centralise et redistribue les données liées au recensement des besoins et permette la coordination de dispositifs.

Politiques locales :

> Laisser plus de marge de manœuvre aux politiques locales sur les domaines où ils ont les solutions et les réponses aux problèmes, tout en leur apportant quelques aides.

Adapter les réponses aux besoins
Pharmacies de gardes :

> Coordonner un planning unique des pharmacies de garde sur le territoire et en assurer la diffusion auprès des services de soins : afficher dans les pharmacies, vers l'extérieur, le planning de toutes les gardes.
> Envisager un dépôt-relai de médicaments dans un service hospitalier.

4. Handicaps, inégalités (psychologiques, économiques, géographiques, âge) et mobilités

4.1. Inégalités psychologiques, économiques et sociales

> Ne pas laisser de familles seules ou sans solutions pour la prise en charge de handicaps.
> Apporter davantage de soutien et d'accompagnements spécialisés pour les situations plus délicates (déficiences).

> Faire des propositions de prises en charge spécialisées à proximité, au minimum dans le même département.

> Faciliter la reconduction des suivis d'enfants avec les mêmes AVS lorsque le suivi est pertinent.

> Dédier des permanences de dentiste pour soigner les publics à besoins particuliers.

> Ne pas observer de délais lorsque des patients en grandes difficultés sont compliants.

> Faciliter l'accès aux soins pour les personnes isolées ou en rupture

> Rendre accessible géographiquement aux familles en situation de pauvreté, de précarité ou issues de l'immigration, les lieux de soin (CMPP, etc.) préconisés lors de la scolarité de leurs enfants, dans une proximité géographique des quartiers populaires.

> Former et s'informer quant aux risques que représente (pour tous) l'insuffisance de soins apportés aux personnes en souffrance psychologique.

> L'accessibilité, c'est aussi signer des bons de transports quand c'est nécessaire.

> Donner plus de moyens aux CMP en général et dans le Sud-Vendée, en particulier, pour éviter les files d'attentes pouvant conduire à des situations critiques.

4.2. Inégalités géographiques

> Faire cesser la pression de la Sécurité sociale sur les patients pour se faire accompagner afin d'économiser des déplacements par taxi-ambulance, financer ces déplacements lorsque les transports en commun n'assurent pas les liaisons.

> Développer les transports en commun et transports adaptés.

> Faire que l'État se porte garant d'Associations de transport solidaire

> Proposer des prestations complètes et cohérentes par rapport à chaque handicap.

5. (Mal) remboursements, dépassements d'honoraires

5.1. Mal-remboursements

Complexité des systèmes et des démarches :

> Interdire la complexité des systèmes de remboursement par option des Mutuelles, qui ont pour effet de favoriser et d'entretenir une certaine opacité.

> Pallier aux inégalités de moyens et aux logiques de tarifications-remboursements à 2 vitesses.

> Permettre et renforcer l'accessibilité des bornes d'enregistrement, notamment pour les personnes âgées non familiarisées avec ces procédés.

> Équiper tous les médecins du dispositif carte vitales pour le tiers payant.

Sur Internet et sur papier :

> Réinstaurer l'envoi papiers de la part des Caisses de retraite, en particulier pour les personnes âgées susceptibles d'être dépendantes et aidées dans leurs démarches administratives ; dans ce cas, il importe de fournir des versions papiers des relevés de situation de retraite.
> Obliger à simplifier l'information et l'apporter en support papier, pas uniquement par Internet ; les procédures administratives par Internet sont accablantes pour beaucoup, sans compter les dysfonctionnements techniques.

Information et délais :

> Informer des lieux et services ressources concernant les droits : - Centres sociaux, liste des Associations et Services d'aide au consommateur. - Rôle du CICAS, Centre d'information, de conseil et d'accueil des salariés, etc. - Informer par affichages, dans la presse, la radio.

> Supprimer les délais d'attente pour une prise en charge concernant les personnes en souffrance (psychique ou morale) et prêtes à entrer dans un dispositif de soin.

Retour aux fondamentaux :

> Maintenir le système de protection sociale à la française, notamment pour les personnes qui n'en ont pas les moyens.
> Rappeler le principe de la Sécurité sociale défini après la guerre selon lequel chacun paye suivant ses moyens et est remboursé selon ses besoins.

5.2. Dépassements d'honoraires, restes à charge, prix des soins

> Exclure les dépassements d'honoraires pour les personnes en situation de pauvreté.

> Interdire les surplus d'honoraires ou les plafonner.

> Pénaliser les refus de soins et d'accès aux soins pour les personnes en couverture CMU.

> Instaurer un droit au refus de payer les dépassements d'honoraires et des restes à charge ainsi que l'obligation de soigner.

6. Accès à l'information

Besoin d'aide spécifiques dans un quartier populaire (Zone d'éducation prioritaire) :

> Créer des Maisons de Service public qui serviraient de correspondants avec les différents services, eux-mêmes en contact avec la CAF, la Sécurité sociale et qui seraient aptes à réaliser des accompagnements pour prendre rendez-vous.

Besoin d'accompagnement technique et administratif concernant l'accessibilité d'Internet et les procédures en ligne :

> Instaurer une alternative à la dématérialisation via la numérisation des démarches, l'informatique montre des limites qui accablent des usagers dans le besoin.
> Rendre les documents administratifs et procédures à suivre plus accessibles en ligne et hors ligne, suivant des formules simplifiées et compréhensibles par tous : langage accessible (en Français), logiques simples, formats aérés, formules préalablement testées auprès de différents publics.
> Disposer d'informations plus complètes sur les droits CMU (couverture maladie universelle) pour lesquels les démarches actuelles sont « décourageantes ».
> Un bus qui se déplace. Dans le bus, il y a Internet et les accompagnants aident et cherchent pour les personnes qui viennent. Pour les gens qui n'ont pas Internet, ils ont un contact.

> Apporter des informations claires et fiables sur les transports et l'accès aux soins.

Voir Préconisations Handicaps.

7. Organisation de l'hôpital

Constats et témoignages

> Une organisation pyramidale de l'hôpital aurait l'avantage de faire communiquer l'ensemble des acteurs.
> Adresser les documents d'évaluation directement au Médiateur et non pas à la Direction de l'hôpital comme cela se pratique actuellement, se prêtant au conflit d'intérêt.
> Améliorer, lorsque nécessaire, les conditions matérielles et humaines de l'accueil et de la veille des parents d'enfants hospitalisés. Soutenir les parents présents la nuit, leur parler, les mettre à l'aise dans les lieux.

Prévention, en amont d'une hospitalisation
Fiches navettes, transmissions ciblées

> Utiliser et lire les fiches navettes.

Constats et préconisations

> Créer des places en SSR et en EHPAD.

Globalement

> Ne pas exiger de productivité de l'hôpital dans un sens marchand ; ne pas confondre avec le fait d'éviter le gaspillage.

8. Professionnels du soin

Constats de difficultés

> Besoin de plus praticiens kinés pour désengorger leur clientèle, leur permettre de faire des tournées à domicile, suivant une dimension de Service public, dans une logique de maintien à domicile.

Manque de visibilité des Communes rurales dans les Assemblées départementales
Des « galères » :
Besoins en personnels soignants :

> Augmenter la dotation en personnel sur les secteurs en difficultés pour accueillir notamment prioritairement des publics fragiles et exposés.

8.1. + de moyens (matériel, humain, formatif), renforcement des métiers (salaire, statut) + d'autonomie et – de pressions

> Globalement :
- Reconnaitre le haut degré de technicité et d'expertise mobilisés pour certains problèmes de santé, soumis au jeu de la contradiction des points de vue et des expertises.
- Apporter des supports formatifs et de régulation : groupe de parole, analyse de la pratique, aux intervenants de tous âges exposés régulièrement à des situations très difficiles : démence, fin de vie, souffrance d'autrui.

> Revaloriser les salaires en dégelant les points de calcul des salaires des personnels soignants et des aidants.
> Organiser, financer et promouvoir les filières des métiers de l'aide aux personnes et leur redessiner des perspectives évolutives de carrières qui permettent une réelle reconnaissance.
> Reconnaitre davantage la profession d'aide-soignante et la rémunérer davantage.
> Revaloriser fortement les métiers de l'humain et du soin, notamment les personnes intervenant directement et régulièrement auprès des personnes vulnérables ou en difficultés : revalorisations salariales, conditions de travail, aménagements en fonction de la pénibilité.

8.2. Financer les postes, prestations, salaires et allocations

Aide à domicile :

> Pourvoir à un apport conséquent et durable de moyens humains, donc financiers et matériels pour les services d'aide à domicile.
> Financer l'ensemble des prestations mises en place pour le maintien de la personne à domicile :
. Aide-ménagères, Auxiliaires de vie, Soignants, Coordination dont les transports et accompagnements en extérieur, tous les jours de l'année.
. Prendre en compte le financement des jours fériés et WE travaillés, majorés, dans le calcul des allocations, subventions et autres sources de financement de tous les intervenants à domicile.
> Compte tenu des besoins durables (et en développement) dû à la généralisation du vieillissement de la population : valoriser les filières des métiers de l'aide aux personnes les plus dépendantes et démunies ainsi que revaloriser leurs métiers.

HAD en Territoires ruraux :

> Pourvoir aux besoins de postes pour réaliser les HAD permettant de programmer des sorties d'EHPAD et afin de répondre aux besoins et demandes des personnes concernées et de leur famille.

> Dans des territoires ruraux et différents départements qui le nécessitent :

. Augmenter les moyens et subventions des HAD pour permettre de recruter et d'encadrer leurs propres équipes de soins et d'intervenants à domicile, comme cela se pratique dans les grandes villes.

Économiser :

> Faire cesser la pénurie de même que le gaspillage, faire des économies substantielles des ressources publiques :
. En sécurisant économiquement et professionnellement l'ensemble du circuit du maintien à domicile, coordonné aux soins ;
. En lui permettant d'assurer pleinement son rôle préventif d'hospitalisation pour des problèmes bénins relevant du quotidien.

Usagers :

> Pour le personnel soignant et spécialistes, redoubler d'attention sur les paroles prononcées devant les patients et leur famille ; se former à la dimension symbolique du langage et à sa réception par l'usager en situation de vulnérabilité, car les positions sont asymétriques.

> Supprimer le jour de carence.

> Donner + de moyens : matériel, humain, formatif.
> Renforcer des métiers : salaire, statut, formation initiale et continue, reconnaissance.
> Donner + d'autonomie et moins de pressions.

Conditions de travail déplorables, manques de personnels
Souffrances de professionnels
Maltraitances institutionnelles
Divers :

> Faire respecter les protocoles de fiches d'évacuation et autres fiches de liaisons, former les personnels et leur donner le temps de les rédiger et de les lire pour en tenir compte.

> Lutter contre l'isolement des personnes vieillissantes, favoriser la solidarité familiale en aidant au regroupement familial, en créant des dispenses de travail pendant certaines périodes d'accompagnement d'un parent vieillissant, en créant par exemple un congé spécifique.
> Revivifier le milieu rural en redéveloppant des emplois de proximité, des circuits-courts, du local pour retisser des liens de solidarité.

> Exiger que les Pharmaciens ne délivrent que le nombre exact de médicaments prescrits par le médecin, en fonction du nombre de jours de traitement.

9. Éducation du patient

Causes des maladies, automédication et Cause du Service public

> Développer l'éducation des patients sur les causes connues de leurs maladies.
> Développer l'automédication à travers une médication accompagnée, comme complément et non comme alternative.
> User de pédagogie pour faire distinguer aux usagers la différence entre a) les notions de « droit d'accès » et de remboursement des soins et de « Service public » lié à un système redistributif, mis en place dans un souci d'équité et b) les notions de « service payant », contractualisés, dans un cadre marchand et lucratif.
> Informer, renseigner et enseigner les citoyens de l'histoire des combats sociaux qui ont permis d'installer un système de sécurité sociale équitable.

Regroupements familiaux et mutualisation

10. Système global, niveaux institutionnel et politique

Constats d'incohérences :

> Penser les problèmes de santé et leurs solutions dans le long terme, de manière prospective.

> Agir suivant des logiques de long terme et abandonner les visions court-termistes.

> Reprendre et corriger l'ensemble de la sémantique des politiques sociales, de soins et des textes juridiques suivant une philosophie de la solidarité et non pas de la privatisation du bien commun.

> Sortir le secteur du soin des logiques comptables et de la libéralisation marchande.

> Devant l'impuissance politique à régler les principaux problèmes qui se posent depuis plusieurs décennies concernant la santé et le soin, notamment, il conviendrait de proposer à un Comité spécialisé et citoyen de se pencher sur le problème, de poser un état des lieux et de déterminer les marches à suivre, en tenant compte d'un accompagnement partial et éclairé scientifiquement sur le sujet.

> Faire des actions pour faire bouger nos politiques.

> Réduire la déconnexion des Députés, les rendre plus proches de l'écoute et du recensement des besoins, fédérer des questions sur un territoire.
> Rendre prioritaire et obligatoire la présence du Député ou de son remplaçant lors de rencontres réunissant l'ensemble des élus locaux sur des problèmes d'intérêt général, notamment en matière de soins sur le territoire et de diagnostic de besoins de la population.
> Renforcer la chaine de transmission entre l'expression de citoyens, leurs proches Élus et les Députés censés les représenter ; pourvoir à l'absence des Députés lors de réunions importantes sur le territoire. Prévoir un système de suppléance et de remplacement en cas de vacance prévue ou imprévue.

> Face au constat de citoyens d'une impuissance publique et politique dans le domaine de la santé publique et des soins, exiger que les mandats de Président et de membres de Gouvernements s'inscrivent dans la durée (et la réversibilité) pour mener des chantiers en profondeur, sur du long terme, afin de s'extraire d'enjeux déstabilisants de réélection propres au carriérisme politique et à l'électoralisme, qui ne permettent pas la délibération démocratique ni de se concentrer sur le bien commun et de tous.

> Pour garantir le droit au suivi médical, l'État doit permettre l'accès de tous au médecin référent.

> Simplifier les dispositifs.

> Des initiatives positives mériteraient d'être dupliquées.

> Face à la perception de stagnation voire de régression de l'offre de soins, dresser un bilan objectif pour mesurer l'efficacité ou l'impuissance de la force publique en matière de prévision ou d'indécision depuis 25 ans concernant les gros problèmes de santé publique.
> Recenser les besoins dans la proximité.

> Ne pas baser la politique de réponses uniquement sur le bénévolat de proximité, mais professionnaliser des filières : transport, renforcement d'équipes de soins, coordinations territoriales.

> Investir davantage dans le préventif.

Instances Publiques :

> Développer l'entente et la coordination entre différentes instances : ARS, Département.

> Être plus rigoureux quant à l'évaluation de l'efficacité, la réussite ou pas d'un dispositif mis en place.

> Avoir un droit de regard citoyen sur le fonctionnement et les décisions de l'ARS.

Diagnostiquer les problèmes :

> Prendre en compte sérieusement les rapports déjà réalisés et leurs préconisations. Au besoin, refaire une synthèse des travaux d'expertises déjà réalisés et s'en servir pour décider et mettre en place des lignes d'action efficace.

> Il faudrait savoir ce qui fait que ça marche et se référer à ces fonctionnements ou modèles-là, pour modifier ce qui ne marche pas dans les systèmes.

> Avoir un interlocuteur, quelqu'un qui centralise et répond des décisions prises, à l'articulation des différentes instances, en transversalité et qui fasse autorité.

Globalement :

> Préciser les problèmes, les diagnostics et les enjeux stratégiques de ce qui se passe à partir du relevé que sont à même de faire des personnes de la société civile, en position experte, qui circulent en tant qu'interlocuteurs auprès de différentes instances.
> Engager une nouvelle mentalité politique qui estime que chaque citoyen a quelque chose à dire qui mérite d'être pris en compte, en organisant des débats.
> Augmenter le nombre de personnels soignants en corrélation avec les besoins repérés et exprimés.
> « Plus de moyens mieux utilisés », soit une augmentation quantitative et qualitative.
> Faire le dépistage systématique de la violence médicale auprès des patients et de la maltraitance institutionnelle et de leurs contextes systémiques s'exerçant aussi sur les soignants.

ANNEXE 4 – SIGLES & ACRONYMES

ADAPEI, Association départementale des amis et parents de personnes handicapées mentales

AFBPL, Autisme fédération Bretagne-Pays de Loire

ANESM, Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements sociaux, médico-sociaux

ARS, Agence régionale de santé

AVS, Aides à la vie scolaire

CAMSP, Centre d'action médico-sociale précoce

CCAS, Centre communal d'action sociale

CHS, Centre hospitalier spécialisé

CHU, Centre hospitalier universitaire

CMPP, Centre médico-psycho-pédagogique

CNAESEA, Centre national pour l'aménagement des structures des exploitations agricoles

COTOREP, Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel

COSIA, Collectif santé associations 72

CNR, Conseil national de la résistance

CSF, Confédération syndicale des familles

DGOS, Direction générale de l'offre de soins

EHPAD, Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EPSM, Établissement public de santé mentale

HAD, Hospitalisation à domicile

HAS, Haute autorité de santé

IRM, Imagerie par résonance magnétique

OPTAM-CO, Option de pratique tarifaire maitrisée, Chirurgie et obstétrique

MARPA, Maison d'accueil rural pour les personnes âgées

SSIAD, Service de soins infirmiers à domicile

TPMR, Transport pour personnes à mobilité réduite

T2A, Tarification à l'activité

ULIS, Unité localisée pour l'inclusion scolaire

ANNEXE 5 – TRANSCRIPTION des 8 ATELIERS RORF

Sommaire

Atelier 1 – Roche-sur-Yon (p. 1-20) ---------- **1**
Atelier 2 – Nantes (p. 21-38) ---------- **21**
Atelier 3 – Saint Fulgent (p. 39-56) ---------- **39**
Atelier 4 – Château d'Olonne (p. 57-71) ---------- **57**
Atelier 5 – La-Meilleraye-de-Bretagne (p. 72-86) ---------- **72**
Atelier 6 – Le Mans (p. 87-103) ---------- **87**
Atelier 7 – Fontenay le Comte (p. 104-120) ---------- **104**
Atelier 8 – Fresnay sur Sarthe (p. 121-134) ---------- **121**

Convention de notation

Des codes de notation sont utilisés pour, à la fois, respecter l'anonymat des participants et faciliter la lecture du texte des prises de paroles et des échanges (denses la plupart du temps) :

Code, symbole	***Fonction***
P.1 ; **P.2** ; etc.	Pour Participant 1, Participant 2, suivant l'ordre chronologique de la première prise de parole. Lorsque la personne parle pour la première fois, le code est en retrait dans la marge ; ensuite, il est simplement signalé en début de ligne à chaque nouveau paragraphe.
P.1.1 ; **P.2.1** ; **P.1.2** ; etc.	Le second chiffre renvoie au numéro de l'Atelier. Par ex. P.6.7 correspond au 6e participant ayant pris la parole, à l'Atelier 7.
8.1.1 **1.** ; **2.** ; **3.** ; etc.	Lorsqu'un participant aborde plusieurs sujets, pour faciliter la lecture, nous avons numéroté des paragraphes.
P.	Pour un Participant qui s'exprime lors d'un échange ou d'un débat. Lors des débats qui n'ont pas manqué de surgir, il n'a pas toujours été possible, ni utile, d'identifier chaque personne qui parlait.
Px. ; **Py.**	Signale qu'il s'agit d'une même personne ayant eu des interventions fréquentes à un moment de débat, avec une suite dans son propos au cours de l'échange. Ne concerne que quelques participants.
« … »	Lorsqu'un Participant prête des propos à quelqu'un d'autre.

ATELIER 1 – La Roche-sur-Yon, 04 mars 2019 (p. 1-20)

P.1.1 **1.** Pour moi ce sujet semble essentiel. Pour la première fois, j'ai cru comprendre que la Ministre a commencé à l'aborder, certes avec quelques défauts, mais de manière assez riche et nouvelle. Ma fonction m'a amené à réfléchir sur la façon dont on prenait les gens charge. Pour tous les secteurs. La grande innovation a été le transport des Pompiers. Ça été un grand moment, car les Pompiers rapprochaient l'hôpital du domicile en ayant des contacts permanents avec l'hôpital, ce qui leur permettait d'avoir des actions et d'entreprendre des positionnements de soins ou tout au moins d'expertise qui pouvait être pleinement retenue pour le centre hospitalier qui accueillait après ces personnes. Ça me paraissait indispensable.

2. J'ai travaillé en psychiatrie. Il y avait des secteurs en psychiatrie et ça m'a amené à réfléchir sur la façon dont on prenait les gens charge. Quand je suis arrivé à Fontenay, la durée moyenne d'hospitalisation à l'hôpital départemental était de 60 jours. Voire plus. Nous, on l'a descendu à 15 jours. Eux avaient 60 lits et nous on en avait 25. On était rarement plein et eux étaient souvent trop plein. Donc, ça ne veut pas dire que quand on a des moyens, l'accumulation des moyens permet une bonne réponse à l'ensemble des gens. Mais, on avait organisé un Service de soins à domicile qui était important et qui était mené par des infirmiers qui avaient, tous les matins, une rencontre avec le médecin qui suivait le patient. Ils rencontraient régulièrement les médecins parce qu'avec les médecins, il faut faire très attention. Les médecins privés voyaient ça, au départ, d'un mauvais œil, en disant « *ils vont faire de la clientèle* » mais ils ont vite compris que c'était tout à leur avantage, parce que ça leur enlevait des tâches qui étaient difficiles et complexes dans les familles, pour les emmener à des tâches, disons, grâce à des intermédiaires, à moins souffrir de la souffrance globale du milieu. D'une part. D'autre part, des infirmières intervenaient aussi sur la famille. Ils géraient une partie des relations entre la famille et le patient, ça marchait très bien.

3. On a eu un seul suicide pendant tout le temps où j'étais cadre et cadre supérieur et à l'hôpital Sud, ils avaient des résultats moins bons que les nôtres. Donc, c'était efficace. Cela m'a amené à me poser la question de savoir pourquoi, aujourd'hui, on en est rendu au point de se plaindre de ne pas avoir assez de médecins ? Par contre, on ne se plaint pas de leur donner un tas d'autres charges : charges administratives, charges organisationnelles de leur cabinet, charges de gestion du personnel, bref ! Alors que dans les hôpitaux, quand un patient est pris en charge, il est d'abord pris en charge par des infirmiers, qui l'accueillent, qui font un bilan, qui préparent des choses. Et quand le médecin arrive, on a déjà quasiment diagnostiqué ce qui pouvait se passer. Ou ce qui devrait se passer. Et, éventuellement, on met en œuvre les moyens pour les éviter (les complications). Donc, tout ça, c'est possible.

4. Par contre, où il y a une petite déviance, j'étais Président de communauté de Communes, c'est qu'on lâche, maintenant, une partie du pouvoir au Président de la communauté de Communes. Sauf qu'il change pour six ans, et la continuité des soins, je pense que ce ne sera pas possible. Parce que chacun veut innover et comme on est en crise hospitalière et de santé en général, ils voudront innover des choses nouvelles, sans se satisfaire de ce qui a été fait. Sauf qu'il faut toujours se satisfaire de ce qui a été fait pour l'améliorer. Ça me paraît être une base essentielle.

5. Alors, organisation sur le territoire. Oui, l'organisation de la santé peut se faire sur le territoire. Les EHPAD sont plus ou moins médicalisés. Les médecins y font des visites régulières. Sauf que, l'intérêt d'une visite en EHPAD, c'est de prendre des tensions et de faire le tour des chambres. À la fin, on a une calculette et ça marche bien. Donc, ça ne me paraît pas bon. Ce n'est pas bon. Une tension peut être prise par une aide-soignante, prise par une infirmière, elle peut même être prise par le patient lui-même. Donc, il y a une éducation du patient, dans certains cas ce n'est pas possible en EHPAD, une éducation du patient est nécessaire.

Alors, je crois très sincèrement que si on raye, de ce qui fait partie de leur métier maintenant, parce qu'ils se sont habitués à ce genre de prise en charge, si on raye ça de la mission des médecins et qu'on leur en donne de nouvelles (missions) on trouvera des économies importantes. D'une part.

6. D'autre part, la sortie d'une maison de retraite pour envoyer en Urgence à l'hôpital, pourquoi pas ? C'est sûrement nécessaire. Mais, l'infirmière doit être le pivot de cette décision. Parce que, il est important d'avoir l'information de ce qui se passe : pourquoi on en est arrivé là, pourquoi ça n'a pas marché, etc. Et puis, ce lien avec l'hôpital est nécessaire et intéressant si le médecin, alors là, on retrouve la place du médecin, a communiqué en permanence en disant « *vous savez, j'ai telle cliente, elle a tel âge, sa tension se balade, elle a des tachycardies, elle a si, elle ça, que pensez-vous de ça ? Peut-être qu'un bilan serait nécessaire ?* »

Et, à ce moment-là, un simple bilan, un électrocardiogramme et puis des visites un peu plus régulières pourraient régler le problème. Sinon, c'est l'hôpital. Si elle va à l'hôpital, le médecin doit avoir un contact permanent et direct avec l'hôpital pour savoir où en est son client. Donc, cette chaîne successive de prise en charge amène à une diminution de la charge hospitalière, une diminution de la charge médicale et une amélioration plus que sensible (du suivi) des gens qui n'ont pas de médecin, par exemple. Parce que le médecin n'a pas le temps.

7. Alors, on a trouvé « *10 minutes par malade* ». C'est bien des fonctionnaires ça ! C'est vrai que si le patient est examiné, enfin, pas examiné, mais écouté sur ses symptômes, sur sa famille, on écoute tout ça. Et si on peut le noter sur un document, et aujourd'hui l'informatique représente un document (support) très bien. Alors, dans les hôpitaux, quand le médecin arrive dans une chambre, il n'arrive pas tout neuf : il connaît le nom du client, il sait ce qu'il a eu comme examens, donc le pré diagnostic préfigure de son soin. Et comme cela, la prise en charge continue rapidement.

8. Mon épouse avait, à Fontenay, comme charge principale de s'occuper des sorties rapides. Les sorties rapides c'est bien joli, mais dans quelles conditions ? Elle avait un réseau de prise en charge, ce qui permettait la sortie tous les jours de la semaine, le samedi, voire le dimanche, des personnes qui étaient prises en charge à domicile systématiquement, par des ADMR, mais ça peut être d'autres organisations, je ne fais pas de publicité ni pour les uns et pour les autres. Des prises en charge faites automatiquement, ce qui fait que le médecin était tranquillisé. Et s'il y avait quelque chose, elle était là pour vérifier si les choses se passaient bien : prise de médicaments, s'il n'y avait pas de crise, si ça s'abîmait pas, si les plaies ne s'infectaient pas, etc. Un certain nombre de choses avec des infirmières locales. Des infirmières diplômées d'État, mais je ne les aurais pas nommés super chef. Je crois que ce ne sont pas les supers chefs qui règlent les problèmes. Malheureusement, quand on est super chef, j'ai appris ça dans ma carrière, on est super administratif. Les infirmières générales qui ont été nommées dans les hôpitaux n'ont pas amélioré le système des hôpitaux parce qu'elles sont plus administratives, elles sont déviées de leur formation de base.

9. Je finirai simplement sur l'organisation territoriale. En Vendée, c'est une particularité, il y a l'hôpital un départemental qui a, soi-disant, autorité sur les autres, mais ce n'est pas ça qui donne autorité. À mon sens, c'est la connaissance et la valeur des praticiens. Et pour qu'il y ait une bonne liaison, vous avez vu, les infirmières apportent des informations, le médecin de ville ou de campagne prend en charge, assure, mais est en lien permanent avec un spécialiste de l'hôpital. Quel que soit l'hôpital pour commencer et si ça devient plus grave : le praticien du CHU ou du CHR. Voilà, à mon sens, une organisation pyramidale, peut-être, mais qui aurait l'avantage de faire communiquer l'ensemble des acteurs entre eux, et disons, je le crois très sincèrement, apporter un bien-être supérieur à ceux qui souffrent et qui sont en difficultés. Et surtout, l'impression d'être pris en charge de la part des patients, ce qui est extrêmement important. L'impression d'avoir confiance vis-à-vis de celui qui le prend en charge c'est probablement le plus important. Le médicament c'est bien, mais celui qui le donne c'est mieux. C'est-à-dire que la façon de donner les médicaments c'est mieux que de recevoir un médicament, des fois cela guérit presque autant que les médicaments eux-mêmes.

Il s'est construit, à Fontenay, un hôpital neuf qui s'est allié complètement avec le privé et je peux vous dire que j'ai eu beaucoup de mal en tant que Président du Conseil d'administration. Et cette expérience était très réussie. Je ne sais pas si elle sera longtemps. Il y a trop de gens qui sortent des schémas dans lesquels on est installé et à mon sens ont des difficultés à adopter ce grand principe de continuité, de portage.

P.2.1 **1.** Dans le vécu, je me suis retrouvée veuve à un moment donné et le problème se trouvait lorsqu'il y avait besoin, soit pour une opération ou une hospitalisation, déjà, d'un manque de transport dans notre secteur. Si bien qu'il y a toujours des difficultés, de plus en plus, avec la Sécurité sociale pour avoir une ambulance. C'est-à-dire, quelqu'un qui puisse nous emmener. On me dit « *vous êtes sûre qu'il n'y a pas quelqu'un qui peut vous emmener ?* » en ambulance ou en taxi. Il a fallu que je tape du poing sur la table. On me dit que je ne peux pas conduire, mais il fallait quelqu'un qui attende que je sois opérée pour me ramener. Donc, si vous voulez maintenant, il y a un problème de pression sur les malades pour se faire accompagner pour des soins. Je me trouve dans la Commune du Bernard où il n'y a même pas un car qui passe par jour. Donc, s'il faut aller chercher un car qui fait tout le tour, à 2,5 kms à pied, ce n'est pas possible. Donc ça c'est une chose.

2. Deuxièmement, je trouve que les pauses santé sont très bien quand on les installe, mais ce qui manque, c'est un service radiologie. Ce n'est peut-être pas facile, mais je trouve que ce serait bien car, si on a une radio à passer, il faut attendre plus d'un mois maintenant et aller à la Roche ou aux Sables d'Olonne, mais on n'arrive pas à avoir des rendez-vous.

3. J'avais connaissance de quelqu'un qui était médecin généraliste à Luçon et il parlait déjà à l'époque, en 2011, que l'on voyait parfois des personnes âgées chez elles, toutes seules, sans qu'il y n'ait personne pour les accueillir. Et puis, le lendemain, étaient renvoyées à l'hôpital parce qu'elles n'étaient pas capables de se débrouiller toutes seules ni d'avoir des soins tout de suite.

P.3.1 **1.** Je trouvais que l'accès aux soins actuellement, il existe justement. J'ai appris l'accès aux soins dans la théorie, par rapport à d'autres pays. Nous en France, quelqu'un qui réside sur le territoire français a droit aux soins. Dans certains pays, ce n'est pas le cas ou alors, il faut payer très cher. Les cotisations pour les salariés en Amérique sont beaucoup plus chères que les nôtres. Nous, quand les gens n'ont pas d'argent, il y a la CMU. Il y a toujours un moyen pour être remboursé, au moins des premiers soins et des hospitalisations. Je trouvais que c'était quand même un bon point chez nous.

2. Après, dans la pratique, je suis comme vous, je constate le manque de médecin traitant, le manque des orthophonistes, etc. Et quand il y a urgence, par exemple, je connais quelqu'un qui a eu besoin d'un orthophoniste suite à une maladie, pourtant sa commune c'est Cognac et bien, il n'y avait pas d'orthophoniste de libre. Il lui fallait un traitement tout de suite et il a fallu faire, je crois que c'était 50 kms, après avoir passé une vingtaine de coups de fil… On a quand même un problème de formation. Il y en avait, mais ils étaient tous pris. Il fallait attendre que les soins soient finis avec la patiente. C'était un cas particulier.

Question : Un problème de formation, vous pouvez préciser ?

Les orthophonistes ne sont pas formés pour tout, elle n'avait pas la formation qui convenait pour ce dont la personne avait besoin.

P. : Un spécialiste qui n'est pas spécialisé ?

C'est ce qui lui a été répondu.

P.4.1 **1.** J'ai une vision et une connaissance plus empirique, en tout cas plus large puisque j'ai connu le système de soins dans les années 75 quand j'y suis rentré. Du point de vue Sécurité sociale, on a vu l'offre de soins changer. On voyait les fiches de soins arriver et notre travail c'était de les traiter. Ce que j'ai fait. Je n'ai pas d'expérience personnelle, j'ai simplement essayé d'élaguer d'éclaircir un peu les choses. L'accès aux soins pour moi, ça passe par une offre de soins. En France, on a une offre de

soins privés et on a une offre de soins publique. Tout le monde, je dis bien tout le monde a accès aux soins. Quelqu'un qui se présente dans un hôpital, personne ne lui interdirait de soigner, on ne le laissera pas. Sauf s'il tombe dans la rue. Et même s'il tombe dans la rue, on le prendra en charge. Les Pompiers, comme le disait Monsieur, les Pompiers seront là, ou la sécurité civile s'il y a besoin, elle sera là. Donc, de ce point de vue-là, l'offre de soins est ouverte à tout le monde. Après, le secteur privé et le secteur public fait que du côté du privé, les médecins ont la liberté de s'installer où ils veulent. Et les patients ont la liberté de choix, c'est-à-dire que l'on peut aller voir le médecin que l'on veut. Même si on a besoin de passer par un médecin traitant, on peut aller voir le médecin que l'on veut, on peut aller dans la clinique que l'on veut, aller dans l'hôpital que l'on souhaite. Donc, il n'y a pas de restriction à ce niveau-là. Après, c'est une restriction financière essentiellement.

2. Donc après, au niveau de la structure on dispose de médecins, d'infirmiers, de toute la gamme des professionnels de santé et en structure, on dispose de structures lourdes comme les hôpitaux et les cliniques. Clinique pour le secteur privé et hôpital, et maintenant il y a la fusion clinique-hôpital. Alors, tout à l'heure, tu disais « *on manque de médecins* ». Je ne suis pas sûr qu'en France on manque de médecins. Car si on fait le total du nombre de médecins par habitant, on est bien servi. Le problème, c'est un problème de répartition. Les médecins s'installent où ils veulent. Ils sont (du secteur) privé. Donc, ils ont fait des études, ils ont choix de s'installer où ils veulent, ce n'est pas comme les pharmaciens où il faut un pharmacien pour 5.000 habitants, je crois, et si un deuxième pharmacien vient s'installer, le Préfet ne lui donnera pas l'autorisation de s'installer. En France, le médecin peut s'installer et un confrère peut s'installer en face de chez lui, ça ne le gênera pas du tout, il n'y a pas de concurrence. De ce point de vue-là, il y a vraiment une liberté. Et quand on regarde la répartition géographique des médecins : ils sont concentrés dans les grandes villes, ils sont concentrés sur la côte et plus particulièrement sur la côte méditerranéenne. Et ça reste encore vrai. Et les grandes villes sur la côte méditerranéenne, bien sûr, sont bien servies.

Après, la population d'une ville à l'autre, elle est égale. Par exemple, on prend sur la Vendée, il y a des communes, je connais bien Saint-Gilles, et bien il y a une offre de soins à Saint-Gilles qui est largement suffisante par rapport à l'offre de soins d'une ville équivalente, à l'intérieur du Remblai, de 8.000 habitants où il peut y avoir de 30 à 40 % de médecins de moins. Après, évidemment, s'il y a moins de médecins, il faut faire plus de kilomètres pour aller en chercher un. Et c'est là où le problème se pose dans la réflexion de ce soir.

3. Et puis, parallèlement, l'offre de soins c'est se faire soigner quand on est malade et en contrepartie, il y a la prise en charge. Ce que j'ai connu, moi, pendant 40 ans. C'est-à-dire, un remboursement des soins. Les soins sont quasiment pris en charge. Enfin, le reste à charge a un petit peu augmenté parce qu'autrefois, il y avait moins de mutuelles et la sécu laissait moins à la charge des mutuelles, et le Gouvernement a fait glisser une charge vers les mutuelles qui elles ont un caractère plutôt privé, sauf la CMU. L'État a fait glisser, il a déchargé la Sécurité sociale d'une charge financière en la « donnant » aux mutuelles, en la confiant aux mutuelles.

P.5.1 **1.** Aujourd'hui je m'interroge sur 2 points au vu de mon expérience personnelle. J'ai été très bien suivi dans le cadre d'un cancer pour lequel j'ai été soigné, que j'ai eu il y a quelques années. Et ça s'est super bien passé parce que j'avais un bon médecin généraliste, j'avais un bon chirurgien et que j'étais dans un très bon hôpital. Tout s'est très bien passé. Je n'ai que des choses positives à ce niveau-là.

2. Par contre aujourd'hui, je m'interroge beaucoup sur les tarifications des soins dentaires, les tarifs et les opticiens. Ça m'interroge, parce que je me rends compte qu'il y a une catégorie de gens aujourd'hui qui sont en limite de pouvoir se faire soigner du fait de la tarification trop élevée. Remboursements qui ne sont pas assez importants par rapport à ces tarifications.

3. Et le deuxième point, c'est l'absence de médecins généralistes dans certaines communes. J'ai des amis suivis pour des dossiers médicaux lourds qui n'ont plus de généralistes, donc leurs dossiers d'hôpitaux sont bloqués parce qu'ils n'ont plus de généralistes. Ils sont partis à la retraite et ils sont

bloqués. Ils ont frappé à quelques portes, mais n'ont plus de médecins. Cela, c'est chez nous, autour de la Roche-sur-Yon. Ça m'impressionne beaucoup des villages de 3-4.000 habitants sans un médecin.

P. : Même à la Roche ?

4. Même à la Roche. Sinon, sur le fait de ce qui était dit tout à l'heure, sur le nombre de médecins, je ne connais pas les chiffres, par contre aujourd'hui je sais que les jeunes médecins ne veulent plus travailler aussi longtemps que les anciens. Beaucoup de jeunes médecins veulent faire 3-4 jours par semaine, ça leur suffit. Il y a changement de mentalité. Alors, est-ce que le nombre a été étudié (en prenant en compte cet aspect) ?

P. : C'est un phénomène qui n'a pas été vu par l'État. On a laissé croître le nombre de médecins logiquement, mais en tablant sur le fait qu'un médecin faisait 60 heures de travail par semaine alors que maintenant, les médecins ne veulent plus faire 60 heures par semaine.

P. : Et parmi les médecins, vous avez des femmes qui ne travaillent pas. C'est un choix de vie. Il ne les compte pas dans les chiffres.

P. : Et cela ça n'a pas été mesuré. C'est ce qui fait que maintenant on a ouvert la porte à des médecins qui viennent de l'extérieur, qui sont européens, alors qu'en fait il aurait suffi d'augmenter un peu (le *numerus clausus*). Ils viennent de s'en rendre compte-là, j'ai l'impression qu'ils ont compris, il suffirait d'ouvrir un petit plus la porte à la formation des médecins et on en aurait plus.

P. : Et puis, il y a autre chose aussi, ils ont leur tâche de généraliste et à côté, ils font d'autres tâches. Ils vont être Médecin référent dans des EHPAD, ce qui fait que ça fait du temps moins, une charge de travail.

P. : Vous soulevez quelque chose de tout à fait pertinent, à savoir qu'il y a des aspects qui passent sous les radars, qu'il s'agirait de faire apparaître un moment donné.

P.6.1 **1.** Actuellement, là où on se trouve au niveau des médecins, les généralistes, on a de la chance. Sans doute parce qu'on est bien pourvu. Est-ce qu'à l'avenir, ça continuera ? C'est moins sûr. Pour l'instant, on n'a pas trop de problème. On est à 10 km de la Roche. L'hôpital et la clinique, on peut y accéder sans pratiquement passer par un feu rouge, ça facilite quand-même pas mal de choses par rapport au transport. On a aussi une navette qui passe. Par contre, je ne sais pas comment ça va évoluer au niveau des spécialistes parce que ça devient de plus en plus compliqué pour avoir des rendez-vous, que ce soit au niveau ophtalmologiste, dermatologue, tout ce qu'on voudra, il faut prévoir des rendez-vous six mois d'avance. Donc ça devient…

2. Pour la question de la tarification qui était soulevée tout à l'heure, je suis d'accord aussi. On peut s'interroger quand même sur certaines professions. J'ai impression qu'il y en a qui profitent de la situation. Dans le domaine médical il y a des professions qui vivent mieux sur le patient que d'autres. Dépassements d'honoraires. Comme cas particulier, je peux parler de la psychiatrie. Par exemple, il y a des gens qui font la séance à 75 € et d'autres à 43 €.

P. : On est des services publics, donc il n'y avait pas de paiement. On n'avait pas besoin de leur payer une secrétaire au paiement.

6.1 : Pour soi directement, ça dépend de la mutuelle que l'on a. Au bout du compte, il y a quelqu'un qui paye et quelqu'un qui récupère l'argent. J'y vais sur les professions, dans la kinésithérapie, j'ai connu ça aussi, on va prendre un petit grand-père et lui faire faire trois fois le tour de la table et lui prendre je ne sais pas combien. Ça pose des questions. Je ne veux pas faire d'attaque professionnelle, mais il y a peut-être du ménage à faire. Non pas que ça se passe trop trop mal, mais j'ai des inquiétudes, car j'ai deux filles qui sont dans le domaine médical, elles travaillent toutes les deux dans les hôpitaux. Une en tant qu'infirmière, l'autre en tant que cadre infirmier et ça devient la catastrophe, pour ne pas employer d'autres termes. Les conditions de travail.

J'ai cru longtemps que la fonction d'infirmière, d'une part, c'était une profession où on était sûr d'avoir du travail, ce n'est plus le cas maintenant alors qu'il y a des besoins, ça devient du travail à l'usine. Dans les hôpitaux, il faut aller voir, c'est à la Roche. Là, ça se passe dans deux hôpitaux puisque c'est le CHU de La Roche et l'autre de Poitiers (CHP), c'est kif-kif bourricot. On en arrive à des évolutions de carrière, c'est à peine supportable. On demande aux gens des choses… les jeunes qui s'orientent dans ses professions-là doivent aussi s'interroger, car il faut aussi savoir qu'il y a des week-ends où il faut travailler et ça, il y a des jeunes qui n'acceptent plus. Je parle plutôt pour celle qui est cadre infirmier, qui ne fait plus du tout de soins, qui fait de la gestion, DRH, elle gère des aides-soignantes et des infirmières, c'est un casse-tête plus important que de soigner les malades.

Question : Pour préciser sur deux aspects, quand vous dites que ça devient l'usine et qu'on leur demande « des choses », vous pourriez apporter des précisions ?

6.1 : Il faut qu'elles fassent tant de toilettes dans la matinée, si elles ne les font pas, ça ne marche pas. Le contact avec les patients, qui était le rôle des infirmiers et infirmières, ce n'est plus du contact avec les gens, c'est du soin à faire le plus rapidement possible pour passer des clients. Et puis le nombre. Je ne sais pas si vous êtes au courant de comment ça se passe actuellement au CHU de la Roche, des gens qui se mettent en disponibilité. Des jeunes infirmières qui ne continuent pas. La crise va augmenter.

P. : Mais ça, ce n'est pas nouveau, les infirmières avaient une durée de carrière de moins de cinq ans, il y a 30 ans. La démission des infirmières, ça n'est pas nouveau. Il y avait même, pendant un moment, une reprise (de compétences) des infirmières pour le redonner des validations de retour à l'emploi qui étaient faites parce qu'on manquait d'infirmières. Je suis d'accord avec vous et en même temps je dis que c'est à revoir.

6.1 : Il y a des municipalités dans un département qui innovent, parce qu'il n'y a pas de médecins chez eux. Ils emploient donc des médecins à la retraite en tant que salariés. Des médecins de 67-68 ou 70 ans qui arrêtent pourtant leur métier et qu'on les réembauche comme salariés. Si c'est ça l'avenir de la médecine…

P. : Ils sont volontaires les médecins ?

6.1 : Oui, mais ça pose un problème dans la médecine si on est obligés actuellement, pour avoir des médecins, de prendre des gens qui sont à la retraite. Salariés, ils touchent 4.500 € par mois, ils ne font pas ça pour l'argent, mais pour rendre service. Mais s'ils s'arrêtent à 70 ans, ils ne le font pas pendant 20 ans. Il y a un problème derrière.

P. : Il y avait même un médecin qui avait 98 ans, là ça fait vraiment beaucoup !

6.1 : Question sur l'évolution des EHPAD : qui pourra aller dans un EHPAD dans quelques années ? Qui pourra payer, financièrement ? C'est insupportable.

P. : Je pense que ce n'est pas vraiment une problématique puisque, dans la mesure où on devra payer, c'est tout le monde qui paiera. Les enfants s'ils sont solvables, mais s'ils ne sont pas solvables, ce sera le Conseil départemental.

P. : Tout le monde ne va pas en EHPAD non plus.

P.7.1 **1.** Le milieu médical, je l'ai côtoyé un peu. Il y a une problématique de désertification, comme on l'a bien évoqué tout à l'heure. Je pense que les médecins, le corps médical, n'a pas un esprit d'ouverture. Je pense qu'ils sont bien dans leur cocon et qu'ils n'aiment pas qu'on les dérange. Parce qu'il y a quand même des propositions qui sont faites par rapport à leur tâche, par exemple de leur enlever, par exemple, si l'on prend la vaccination grippale, pour faire lâcher ce n'est quand même pas facile de les faire lâcher. La désertification, c'est un peu voulu parce que les médecins qui faisaient 70 heures, pour accueillir un nouveau médecin avec la crainte qu'il leur pique la clientèle, etc. je pense que s'il y avait eu un esprit comme dans les secteurs où ça a bien marché, et où ce sont des femmes qui sont installées, et qui voulaient privilégier la vie familiale par rapport à la vie professionnelle donc, qui ont ouvert (le

dialogue, l'accueil), dans ces secteurs, ça marche très bien. Alors qu'il y en a d'autres où c'est plus masculin, et là, on a des difficultés.

2. Alors autrement, j'ai d'autres interrogations par rapport aux médecins, est-ce que la durée des études d'un médecin généraliste n'est pas trop longue par rapport (à d'autres) ? Ce qui peut être un frein pour ceux qui veulent se lancer dans la profession. Ce sont des interrogations.

P. : J'ai une petite fille qui est étudiante en médecine, depuis un an. C'est inhumain. C'est une formation inhumaine. Je ne comprends pas que des médecins qui sont normalement des gens plutôt humains, acceptent de continuer imposer des cours comme ils sont imposés. S'ils leur apprenaient la médecine, ce serait pas mal. Ce serait même très bien. Mais, on leur apprend tellement d'autres choses à côté, pour voir s'ils sont capables de charger la mémoire… c'est inhumain. Elle mange le midi en vitesse, elle fait ses cours le soir en arrivant, en mangeant, elle ne peut pas se préparer à manger, il faut lui préparer et lui envoyer ses repas. C'est inhumain, franchement inhumain. Alors, beaucoup arrêtent en cours de route, mais ça, ce n'est pas étonnant.

P. : Ils vont dans des pays européens. Il y en a quand même.

Question : Vous sembliez faire la différence entre des modes de régulation de secteurs plutôt féminisés et d'autres masculins ? On aurait des formes de concurrence typiquement masculine chez certains médecins d'une certaine génération ?

7.1 : Je ne pense pas que ce soit une histoire de concurrence entre les hommes et les femmes, mais je pense que les femmes ont plutôt un esprit d'ouverture.

Animateur : Oui, c'est ce que je voulais dire. C'est-à-dire que les femmes médecins, entre elles, seraient moins dans une dynamique concurrentielle que les hommes.

7.1 : Oui, c'est cela.

P. : Oui, oui. Il y a eu dans le Val d'Huisne, la création d'une maison de santé. C'était dur de faire bouger les médecins, il restait juste dans les *conduites partagées* (transcription incertaine) d'en faire venir des nouveaux, mais ils arrivent quand même tous à la retraite et ils voient que ça va poser problème et que leur charge de travail est de plus en plus importante. Et là, maintenant, comment c'est pensé ? C'est très très dur. Et le médecin le plus jeune a dit, quand il est venu dans notre commune : « *j'avais vraiment de l'opposition de la part des autres médecins* » quand il est venu s'installer. Il y a bien, quand même, une concurrence.

Animateur : En plus de la question du genre qui peut se décliner-là, particulièrement, il y a celle des générations. Sur la question du temps de travail, des 60 heures, il y a une thématique qui se dessine.

P.8.1 **1.** À titre personnel, je suis maman d'une petite fille de trois ans, ce qui m'obligeait à changer de médecin traitant, car je continuais à voir le médecin qui habitait à 50 kms. Malheureusement, sur la Roche-sur-Yon, tout le monde ferme les portes, même avec un enfant. Donc, nous sommes suivis à Olonne-sur-Mer. Un médecin traitant qui, en fait, avait un cabinet ici et qui, pour raisons de santé, a souhaité réduire son activité et *a priori* ça lui a été refusé. Il s'est expatrié à Olonne-sur-Mer pour pouvoir faire son temps partiel. Donc, on a fait le choix de le suivre puisqu'on a, à un moment donné, pris les médecins traitants du centre municipal de santé que la mairie a souhaité ouvrir pour salarier des médecins. Mais, au bout du compte, il n'y a plus que des médecins intérimaires. Ils sont tous partis.

2. Donc à titre personnel, moi pour la dermatologue, c'est impossible. Ma fille n'a pas de pédiatre, je la fais suivre par le médecin traitant qui est à 25 kms. L'ophtalmo, si je souhaite continuer à aller au cabinet où je suis, c'est six mois d'attente... Sinon, effectivement, c'est à la chaine dans un cabinet d'ophtalmo qui vient de s'ouvrir à côté de la Clinique qui est très réputé et qui à mon avis va rapidement allonger ses délais. Qui passe 10 patients à l'heure.

P. : Qui est très bien organisé !

8.1 : L'ophtalmo, vous payez, vous le voyez trois minutes. Moi, si je paie un ophtalmo, j'aimerais bien pouvoir discuter avec mon ophtalmologiste. J'ai une myopie très forte, à -12. Je trouve qu'à un moment donné, j'aimerais bien voir quelqu'un d'autre qu'un orthoptiste, je peux aller voir un opticien pour me faire faire un verre.

P. : Le spécialiste arrive avec toutes les photos et la préparation, et le gain de temps est énorme. Après, le temps de discuter, je le conçois. Ceci dit, j'y vais dans ce cabinet-là et c'est vraiment très bien organisé, c'est très efficace.

Animateur : Pour vous, ce cas illustre ce que vous disiez tout à l'heure : un médecin qui arrive avec un équipement, un pré-diagnostic ?

P. : Mon médecin a reçu mon courrier, je sais où j'en suis, il est rassembleur des différents médecins que je vois, il est très informé. Il est très informé et il a des réponses à ses questions. Sinon, il téléphone pour savoir, pour avoir un complément d'information. Il est très fidèle au médecin spécialiste, il ne change rien sans avis du spécialiste. Je trouve que cette convergence de soins est très efficace.

8.1 : **3.** Mon médecin de famille, c'est pour la santé de ma famille, il est donc à 50 kms. Il a fallu tout refaire avec un nouveau médecin. Je trouve que c'est quand même compliqué. C'est un médecin qui sait déjà que mon oncle a fait un AVC, que ma maman fait de l'hyper-tension. Et quand vous devez reprendre tout ça avec un nouveau... Nous, on l'a déjà fait trois fois, puisqu'on a voulu prendre un médecin ici, il a fallu qu'on réexplique notre passif. Puis la personne est partie, il a fallu qu'on le refasse avec sa collègue, qui est partie à son tour. Alors, on a vraiment choisi d'aller à Olonne-sur-Mer, et tant pis si maintenant, on fait 25 kms, mais au moins on a un médecin qui apprend à nous suivre. Et puis, il suit ma petite fille de trois ans, à qui je n'ai pas envie d'infliger de voir des médecins différents à chaque fois.

4. Voilà, pour la gynécologie c'est pareil, maintenant je suis suivi par une sage-femme, j'ai fait ce choix-là, même si ce n'est pas le même métier. Mais au moins, je suis suivie. La radiologie, ça c'est partout. Après, côté professionnel, travaillant à l'hôpital, c'est pareil, l'hôpital fait ce qu'il peut dans le marasme de la santé qui est-ce qu'il est actuellement. Il faut savoir que l'hôpital public fonctionne avec les Tutelles qui le financent. L'hôpital public fait ce qu'il peut avec les finances qu'on lui donne.

5. Un cabinet de radiologie c'est bien, mais ça nécessite des équipements qui coûtent énormément d'argent. J'ai entendu dire qu'en France « *on a tous accès au soin* », c'est vrai. Mais on n'a pas tous les mêmes chances. Clairement. Je pense qu'on est très bien pris en charge si on est très malade ou très pauvre. Je n'ai pas de maladie chronique donc, pour un suivi de grain de beauté, ma pathologie n'est pas cancéreuse, il faut que j'attende un mois sous prétexte que je ne suis pas malade. Gynécologie et l'hôpital, c'est pareil, ils ne font plus de suivi de femmes non malades ou alors, il faut avoir été dans leur fichier il y a 10 ans et si vous voulez entrer dans leur patientèle, ce n'est pas possible. J'ai accouché à l'hôpital pourtant, il y a trois ans, mais on m'a clairement dit « *votre suivi ne se fera pas l'hôpital, vous n'êtes pas malade, allez ailleurs* ». Je trouve cela problématique.

5. Sur les médecins libéraux, effectivement ils ont la liberté d'installation, mais maintenant leur formation est quand même gratuite, c'est public, ils n'ont pas à donner de l'argent au début. Donc, je trouve qu'à un moment donné leur demander de rendre un peu ce que l'État leur a donné, je trouve que ça pourrait être plutôt bien. On demande aux infirmières de faire ça. Les infirmières à l'hôpital, si l'hôpital leur prend en charge (leur formation) elles doivent le double des années qui leur ont été payées. Pour les médecins, c'est le même principe. Je ne trouve ça pas normal qu'ils puissent s'installer où ils veulent alors qu'il y a des patients qui crèvent en attendant des médecins.

6. Sur « le reste à charge », je suis complètement d'accord. Les mutuelles augmentent et puis… moi qui ai des lunettes à 400 € et bien voilà. Mon mari se fait refaire les dents en ce moment, il en a pour 2.000 € dont 800 € à notre charge. Donc nous, on n'est pas très pauvre, mais on n'est pas non plus très riche. C'est toujours très compliqué.

7. Également, la mise en place les maisons de santé. Vous parliez tout à l'heure des Présidents de communautés de Communes qui changent tous les six ans, mais on a aussi des Ministres qui changent beaucoup trop souvent. Donc, ils font de nouvelles lois, mais il n'y a rien. Et c'est vrai que les infirmières dans les hôpitaux publics, on leur tape dessus. Pour les médecins, ce n'est pas très facile non plus. Enfin, je crois qu'il y a beaucoup de choses qui viennent aussi de là-haut en termes d'hôpital public.

8. Ils ont voulu lancer des maisons de santé. Je trouve ça très bien les maisons de santé. C'est effectivement la coopération entre professionnels, je trouve ça très bien. Maintenant, ils ouvrent des maisons de santé, beaucoup, les mairies proposent des logements gratuits et pourtant les médecins ne viennent pas. Il doit forcément manquer quelque chose. Je sais que nous, Le Maire de la Roche-sur-Yon va à Paris dire que la Roche-sur-Yon « *c'est super !* » Mais en l'occurrence personne ne vient s'installer quand même. Je pense qu'il y a quand même des problèmes sur ça. Et donc la prochaine idée, ce sont des assistants médicaux pour soulager les médecins des tâches, mais est-ce qu'une infirmière aura envie d'ouvrir des dossiers pour son médecin et de prendre 10 tensions ? Je ne sais pas. *A priori*, ça fait partie du métier d'infirmier, mais quelles infirmières auraient envie de ça ? Je ne sais pas.

P. : Mais elles le font tous les jours à l'hôpital…

8.1 : Mais elles ne font pas que cela. Je parlais des infirmières en libéral.

P. : …10 fois moins. Mais, 40 patients à la suite des uns des autres, dans la même matinée, il leur donne un suivi. C'est tout à fait logique, c'est pris par ordinateur. Maintenant, il y a les ordinateurs qui suivent dans les couloirs et toutes ces informations-là sont rassemblées. Je dis que je suis d'accord avec un certain nombre de choses qui sont en train de se mettre en place. Par contre, je ne partage pas l'obligation de nouveaux Cadres de soins ; s'ils sont spécialisés aux soins, pourquoi pas ? Mais si c'est dans l'organisationnel, je pense qu'il y a des gens plus compétents pour le faire. Mais, plus on monte dans la hiérarchie des infirmiers, plus on s'éloigne des patients.

8.1 : Oui, mais c'est aussi pour ça que des infirmiers veulent devenir Cadre de santé, c'est aussi pour s'éloigner des soins, parce qu'ils n'en peuvent plus. C'est souvent une carrière qui a évolué. Les infirmières, après 10 ans, elles en ont marre. Elles deviennent cadres, car elles en ont marre, elles deviennent cadres supérieurs. Enfin, on ne devient pas Directeur des soins ou cadre de santé au bout de cinq ans. C'est rare les jeunes cadres, c'est quand même rare.

P. : Elles quittent l'hôpital pendant deux ans, parce qu'il faut aller se former.

8.1 : C'est payé par l'hôpital par contre. Mais du coup, je parlais plutôt du libéral, c'est plutôt des profils infirmiers et je me demande quelle infirmière pourrait être intéressée pour prendre 10 tensions dans la matinée. Alors qu'il y a quand même des tas de choses plus intéressantes que de prendre des tensions et d'ouvrir des dossiers pour soulager le généraliste.

Animateur : Je voudrais vous demander une précision. Tout à l'heure, vous parliez, concernant les médecins libéraux, de la liberté d'installation et vous preniez un exemple où il y avait une autre profession médicale qui redonnait des années du fait de bénéficier de la formation ?

8.1 : C'est pour les IDE (infirmières diplômées d'État), les aides-soignantes, les secrétaires médicales, à partir du moment où l'hôpital, la formation continue prend en charge la formation, demande de rendre le double des années. Puisque c'est pris en charge.

P.9.1 Ce que j'avais noté, ça été pratiquement tout dit. Surtout à la Clinique de la Roche, l'été, il y a très peu de médecins. L'année dernière, on a eu le cas d'un (seul) médecin pour tout le mois de juillet. Les médecins qui partent à la retraite souvent sont remplacés par des médecins qui viennent de l'Est et puis qui ne restent pas. Il y a encore une personne qui m'a appelé ce matin sur ce sujet. Il manque aussi beaucoup de spécialistes, notamment au niveau des ophtalmos, dermatos, pour lesquels les délais d'attente sont très longs.

P.10.1 **1.** Concernant les ophtalmos, il y a un mieux, parce que là, j'ai eu un RV pour dans un mois. Ça va être dans l'usine, mais c'est quelqu'un d'autre. Quelque part, c'est quand même assez confortable d'avoir un RV assez rapidement. On est quand même pris en charge par des professionnels. J'ai payé 80 € et quelques, je ne sais pas combien je serai remboursée. On peut se soigner quand on a l'argent pour se soigner. Des fois, on est obligé d'aller dans un autre département pour un RV, à la Rochelle, autre département, autre région. Donc ça, c'est quand même un problème. Dans ma commune de 3.000 habitants, on avait quatre médecins, donc c'était bien. Il y en a une qui vient de partir et qui avait une grosse clientèle de Vendée et maintenant, c'est réparti plus ou moins sur les autres, mais ils n'en peuvent plus. Une autre va partir à la fin de l'année, et une autre qui va partir dans deux ans. Il ne restera plus que le quatrième, qui ne se voit pas porter toute la clientèle. Donc, on essaye de monter une maison de santé et le problème c'est qu'il faut… je ne sais pas ce qu'il faut faire pour attirer des médecins. En premier déjà, de créer une maison de santé, c'est-à-dire le travail en coordination, c'est-à-dire que les professionnels de santé travaillent déjà ensemble.

2. Quand ils ont des patients en commun, c'est un plus, car on s'est rendu compte qu'ils ne connaissent pas forcément (inaudible) C'est les dossiers partagés aussi. Une maison de santé, mais ce n'est pas pour ça que les médecins arrivent. Donc, on va construire quelque chose en dur pour attirer les médecins, il faudra un logement pour le long terme, il en faudra un pour le remplaçant. Mais je ne sais pas s'ils viendront non plus. À un moment donné aussi, les médecins ne voulaient pas prendre d'interne, de stagiaire. Maintenant, ils en prennent. Ils se rendent comptent qu'ils arrivent-là et que la suite, la succession ne va pas être assurée. Et maintenant, ils se réveillent. Ils ont été très longtemps à travailler et à être chacun dans leur coin, ils n'arrivaient pas à mutualiser, ils n'étaient pas vraiment d'accord, mais maintenant par la force des choses…

3. Responsable d'un SSIAD (service de soins infirmiers à domicile), notre difficulté, c'est une infirmière qui a des aides-soignantes sous son autorité, et ces aides-soignantes vont au domicile des personnes pour faire des soins, le maintien à domicile. Beaucoup de SSIAD sont en difficultés pour trouver des aides-soignantes. Les aides-soignantes au niveau des SSIAD, travailler une au domicile, c'est un choix. Elles ne sont pas employées la plupart du temps à temps plein. Ce qui est très confortable, c'est les aides-soignantes qui viennent de l'hôpital, qui partent à la retraite et qui viennent faire un complément chez nous. Il y a la jeune aide-soignante qui arrive et qui au bout d'un certain temps va se rendre compte que… en vieillissant… on a eu plusieurs démissions pour changement de carrière, changer de métier. Quand on est jeune aussi, de voir des personnes malades, ça doit miner. Ça donne envie de sortir de ce milieu-là pour aller voir autre chose. Il y a des aides-soignantes aussi qui arrivent en fin de carrière et là, c'est des problèmes d'épaules, de dos. Par contre, celles qui le font sont motivées, elles sont indispensables.

4. Je suis aussi Administrateur de l'HAD (hospitalisation à domicile). L'HAD, ça se développe. On n'a pas encore ça dans notre mentalité chez nous, car ce que les gens veulent le plus souvent, c'est un accompagnement famille. Si les gens veulent mourir chez eux, c'est un service qui accompagne au domicile. C'est lourd.

Question : c'est lourd dans quel sens ?

10.1 : Parce qu'il y a beaucoup d'intervenants. C'est que l'HAD n'a pas son propre personnel qui intervient chez le patient. Il y a un personnel pour organiser, mais pas les intervenants. Les intervenants, ça doit être le SSIAD, ça va être l'infirmière libérale.

P. : C'est le réseau déjà coordonné qui est re-coordonné ?

10.1 : Voilà. Et il faut que tous ces intervenants acceptent de participer. Si le médecin ne veut pas, il n'y en aura pas. Si on ne trouve pas d'infirmière, il n'y en n'aura pas non plus. On (doit) trouve(r) tout ce personnel sur place pour pouvoir accompagner au domicile.

P. : Tout ce travail est fait avant la sortie (d'EHPAD) ?

10.1 : Oui, bien sûr. C'est l'HAD qui gère tout ça. C'est programmé, mais ça ne se fait pas systématiquement. Parce que s'il n'y a pas de personnel derrière, ça ne se fait pas. Et quand on sait que les SSIAD, c'est comme si on avait un nombre de lits à assurer... Le problème à l'heure actuelle n'est pas vraiment là, il est plutôt d'assurer le nombre de places que l'on a, parce qu'on manque de personnel. Je sais qu'il y a des SSIAD où il y a des tournées qui ne se font pas, car ils n'ont pas le personnel. C'est inquiétant, c'est très inquiétant.

Question : Des sorties ne peuvent pas être programmées parce que vous n'arrivez pas à mobiliser les acteurs sur le terrain ?

10.1 : Oui, c'est cela.

Question : Vous disiez, pour les SSIAD, la difficulté de trouver des aides-soignantes, avez-vous une idée de la raison à cela ?

P. : L'institut de formation à la Roche-sur-Yon, c'est une des premières années où la promotion ne sera pas complète.

10.1 : Au niveau des jurys d'admission, celles qui étaient très volontaires étaient prises, elles avaient très envie. Maintenant, même celles qui mettent cette orientation en troisième choix sont prises. C'est peut-être aussi pour cela qu'elles vont peut-être moins loin (dans le métier). *A priori* c'est national.

P. : Il faut connaître le métier aussi. C'est quand même un métier qui est difficile, et c'est comme pour les infirmières, c'est pareil. J'ai des témoignages où des personnes s'emballent pour le métier et une fois qu'elles sont entrées, ça ne correspond pas du tout ce à quoi qu'elles s'attendaient. Et c'est pour cela qu'après, elles ne poursuivent pas leurs études.

Question : Vous dites que ce serait un problème national, c'est-à-dire que le problème se pose de manière évidente ? Parce qu'il y a beaucoup moins de recrues pour les formations ?

10.1 : On en parle dans le journal. Ça commence à être connu.

P. : Une des raisons qui répond au « *pourquoi on ne trouve pas d'aides-soignantes* ? ». Mon épouse était aide-soignante à domicile. La réponse est très simple : on ne leur propose que des temps partiels avec des bas salaires, donc les jeunes ne peuvent pas rester. C'est la raison. Il y a des gens qui aiment ce métier et qui, économiquement, ne peuvent pas le faire, tout simplement.

P. : Je suis tout à fait d'accord avec vous.

P. : Ce n'est pas que ça. Après, il y a la notion de temps. C'est sûr que l'on peut être fatigué parce que c'est un métier physique. Mais si vous avez de la résistance et que tout se passe bien, ça va.

P. : Il y a des aides-soignantes qui sont parties travailler dans les grosses usines parce que, en plus elles ne travaillent pas le WE. Elles ont des comités d'entreprise. Elles ont des avantages financiers aussi.

P. : Dans le milieu (de l'aide à domicile) on sait qu'il y a les WE (à travailler) mais économiquement, ce n'est pas viable. La génération des 60 ans l'a accepté, celle des 40 un peu moins, celle des 20, non.

P. : Aide-soignante à plein temps ça peut être usant. Aide-soignante quand tu fais de la manutention à longueur de jours, c'est difficile. Pour terminer, il y a quand même du relai qui se fait, par rapport au médecin, il y a des infirmières qui se lancent dans des formations Azalées, et dans des formations dans l'éducation thérapeutique. C'est-à-dire pour soulager le médecin et prendre les patients et mieux les suivre. Ça commence.

Question : Azalées ?

P. : Azalées c'est, par exemple, quelqu'un qui a du diabète, l'infirmière peut le prendre en charge. Ça n'empêche pas d'être suivi par le médecin. Si l'infirmière constate que quelque chose ne va pas, le médecin est là. L'infirmière est là juste pour soulager, aider le patient à prendre son régime, ça peut décharger le médecin.

P.11.1 **1.** Association Handi-Espoir, elle recouvre tout l'ouest de la Vendée, de l'Ile-Dieu à 17 kms de la Rochelle. Sur toute la côte Atlantique. De formation Aide-soignante, je suis une ancienne aide-soignante à domicile. J'ai quitté le domicile pour faire de la coordination auprès de personnes handicapées, sur l'association.

P.12.1 **1.** Je suis infirmière, et nous travaillons dans un SAMSAH, service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés, avec une spécificité dans le handicap mental. Donc nous, on a vraiment la question de l'accès aux soins qui se pose. Tous les jours on recherche des médecins traitants, des dentistes, qui ont un cabinet accessible, des infirmières, des orthophonistes, des kinés. Et l'accès aux soins, c'est aussi le transport. Parce que le transport avec véhicule adapté, même s'il y a une prise en charge par la Sécurité sociale, il n'y en a pas toujours. Voilà, sourions ! Si on fait le tour de la Vendée, il n'y aucun système d'ambulances taxis avec un véhicule en TPMR (Transport pour personnes à mobilité réduite). Ça n'existe pas. Donc, il faut faire appel à différents taxis.

Question : « Handion » ne sont pas équipés ?

P.11.1 : **2.** Oui, ils font du transport adapté, sauf que la personne doit être en capacité d'ouvrir sa porte, de descendre sur le trottoir et de prendre le véhicule. L'accompagnant d'Handion ne va pas chercher la personne chez elle. Or, nous avons des personnes à mobilités réduites qui ne sont pas en capacité d'ouvrir la porte, parce qu'elles ne sont pas dans des logements qui sont équipés avec une domotique suffisante. Donc le taxi va s'y rendre, mais Handion ne va pas y aller. Pareil pour le retour, Handion laisse la personne sur le trottoir parce que la personne n'est pas capable d'ouvrir la porte d'entrée. Des fois, la porte de son appartement est domotisée mais pas la porte de l'immeuble. Des fois c'est l'inverse, la porte de l'immeuble est domotisée, mais pas sa porte d'entrée. Ou bien alors, ils ne peuvent appuyer sur le bouton et en même temps tenir la porte.

P.12.1 : **2.** C'est le même cas chez les personnes âgées, même problématique. On a donc une place pour les SSIAD, pour les personnes qui sont en attente de SSIAD. On leur dit « *voilà, il y a une liste d'attente avec 15 personnes devant vous* ». Alors, pour des situations, ça retombe sur les auxiliaires de vie qui ne sont pas formées pour. On a remarqué que les services, que ce soit ADMR et autres services sur le territoire, ils n'ont pas forcément des auxiliaires de vie. Ils nous disent : « *on n'a pas suffisamment de personnel pour pouvoir assurer les soins* ». Par exemple, pour une personne handicapée qui aurait besoin d'aller aux toilettes le matin, le midi et le soir, et dans la journée, et bien en fait, elle n'y va que trois fois par jour, donc à des horaires bien précises, il faut que ça tombe bien dans le créneau !

3. Parce qu'il y a un manque d'auxiliaires de vie. Le travail est fatigant, c'est sûr. Ce n'est pas simple, elles ne sont pas forcément bien payées par rapport à ce qu'elles font. La reconnaissance… être auxiliaire de vie, on soulage un peu sur le terrain comme ça, il n'y a pas forcément d'accompagnement. Nous, dans le handicap, c'est assez complexe, il y a du matériel, il y a pas mal de passages. Sur une journée, il peut y avoir le passage d'une dizaine de professionnels chez la personne, la porte est toujours ouverte : kinés, orthophonistes, etc. Il faut coordonner tout ça. Donc, nous, on fait cette coordination là et il faut vraiment que la personne laisse la porte ouverte parce que c'est un vrai défi. On gère de 15 à une trentaine d'auxiliaires de vie par mois chez une personne.

4. Le problème des Services d'aide à domicile, c'est qu'il y a des auxiliaires de vie et des aides ménagères. Les aide-ménagères vont pouvoir faire cinq passages (en semaine) mais sans le planning des week-end, car le handicap, c'est sept jours sur sept. Le dimanche, il ne va pas arrêter ! On a du mal à le faire comprendre, je dirais même, au financeur. Par exemple, une personne bénéficie d'une aide de la MDPH, et nous dit « *non, je ne suis pas financée* », les jours fériés ne sont pas financés. Ça reste à charge des personnes et la politique actuelle fait que les tarifs de tous les services ont augmenté, il n'y en a pas beaucoup de conventionnés, que le Conseil départemental. Il doit y en avoir un qui est conventionné actuellement. Donc, ça veut dire, mais je ne veux pas dire de bêtises dans les tarifs, c'est moins mon domaine, mais disons que le montant donné par la MDPH correspond aux montants que pratique ce service, sinon tous les autres font des dépassements, justifiés pour payer le personnel, payer les déplacements des personnes, les dimanches, qui sont, bien entendu, majorés.

5. On a des restes à charges de 500 € par mois, à peu près. Qui peuvent arriver sur des personnes avec une allocation d'adulte handicapé, ce qui n'est pas suffisant. Donc, les gens en arrivent à dire « *je ne veux plus de personne le midi, je ne mangerai plus, car je ne veux pas manger tout seul, mais tant pis, je ne mange pas, car je ne peux pas payer* ». On arrive à des situations vraiment glauques, très glauques. On a beaucoup de personnes qui vivent seules au domicile et qui n'ont pas forcément de famille, mais ça rejaillit sur les familles. Celles qui ont encore des familles, je dirais, où il y a une certaine solidarité, mais les autres sont vraiment isolées.

6. La politique actuelle c'est le maintien à domicile parce que ça coûte moins cher, pour autant, il faudrait qu'il y ait des moyens au domicile. Nous, on est comme l'HAD, on s'appuie sur les intervenants du domicile, il n'y a pas de salariés dans nos services qui font les soins ; on a un secteur bien trop grand géographiquement. On ne pourrait pas faire, même si on avait une équipe d'aides-soignantes, d'aller à l'Ile Dieu le matin, et puis à l'île d'Elbe, et puis à Challans, parce que ce serait ingérable. Donc, on s'appuie vraiment sur les équipes du domicile, mais il n'y a pas assez de professionnels de santé. Il y a vraiment des zones de plus en plus sinistrées.

7. Ça va faire 10 ans que je suis dans ce service. Au début, quand les gens venaient nous voir en disant « *je veux changer de médecin, je n'ai plus d'infirmières, j'en ai pas trouvé* ». Je disais « *bah, ça va s'arranger* » mais ça fait deux ans que je ne sers absolument plus ce discours-là et que je dis : « *on va essayer de trouver, mais je ne vous promets rien* ». Notamment sur Luçon, pour prendre un exemple concret, on a eu un Monsieur, personne handicapée, qui avait besoin de soins quotidiens, on n'a pas trouvé une infirmière qui voulait faire les soins. Refus de soins partout ! Le médecin est intervenu, le médecin traitant est intervenu, c'est monté à l'ARS, il n'y a rien eu à faire ! On a trouvé finalement une infirmière qui intervient trois fois par semaine au lieu de sept jours sur sept. Donc, on fait des soins *a minima*, ce qui implique après derrière des hospitalisations, parce que les soins à domicile ne sont pas (assurés). Le problème, malheureusement est très basique pour les personnes handicapées, concerne des problèmes urinaires et de constipations.

8. Mais, s'il n'y a pas les soins au quotidien derrière, ça ne marche pas. Et ça, c'est vraiment de plus en plus fréquent. On hospitalise de plus en plus des gens pour ces problèmes-là. Donc, ils vont à l'hôpital, c'est réglé à l'hôpital. L'hôpital demande la continuité de ce soin tous les jours au domicile, et bien on ne trouve pas un infirmier qui le fait ! Ce n'est pas vrai, c'est rarissime. La Roche, ça devient sinistré, Challans, n'en parlons pas, Luçon, ça fait longtemps… il y a plein de gens qui n'ont pas de médecin traitant, on suit des gens avec des pathologies lourdes où il y a vraiment un besoin de consultation avec les spécialistes : des neurologues, qui ne sont pas tous en Vendée, il y en a beaucoup qui sont à Nantes, la Vendée ce n'est pas suffisant.

9. Et qui coordonne tout ça ? Il n'y a pas de médecin traitant. Alors nous, on fait la coordination, mais on n'est pas médecin. Alors on a un médecin dans notre service, heureusement, mais il ne peut pas se substituer au médecin traitant. Les kinés, ils sont surbookés, ils ne se déplacent pas forcément à domicile. Les personnes à mobilité réduite, ils ne sont même pas chez eux, et bien c'est compliqué, les transports ne sont pas forcément pris en charge. Les soins dentaires, je n'en parle même pas ! On est sur un délai de deux ans, par exemple les personnes handicapées, pour avoir accès à une consultation dentaire spécialisée. Quand quelqu'un a mal à une dent, on attend deux ans.

P. : S'il y a une urgence ?

P.11.1 : **3.** Eh bien, il faut qu'elle se rende à Nantes. Mais, en urgence, il faut du transport, c'est donc à ses frais, parce que ce n'est pas financé sur la Sécurité sociale, et on est sur des délais de deux ans. Pour les dermatos, ils se sont tous convertis pratiquement au laser, ça rapporte sans doute plus que les soins, mais ils sont partis. Où sont-ils partis ? Ou bien ils se mettent à la Roche-sur-Yon. Sur le détail, ils ne prennent que les pathologies lourdes et encore, ils refusent aussi, même avec un courrier du médecin traitant.

Question : Vous signaliez tout à l'heure qu'il y avait certains cas pour lesquels vous saisissiez les ARS, mais l'ensemble de ces éléments que vous nous donnez, vous parlez de sinistre et on peut l'admettre, à entendre quand vous décrivez certaines situations, les autorités ont connaissance de ces éléments-là ?

P.11.1 : **4.** Bien sûr ! On fait des courriers à l'ARS, à la Direction. Avec des descriptions précises. Alors là, on est en pleines statistiques pour l'ARS, pour tous les dossiers, mais ça nous prend un temps fou en plus, mais concrètement : qu'est-ce que ça va devenir ?

P. : À la limite, c'est ce genre de choses aussi qu'il faudrait pouvoir mettre dans le rapport ! Il y a quand même une liaison étroite, c'est votre commanditaire, c'est l'organisme de Tutelle…

P.11.1 : C'est le payeur aussi dans certains cas. Nous, on est payé par l'ARS, entre guillemets, par le Département et la partie médicale par l'ARS. Et c'est vrai que ça devient très compliqué.

Question : Et comment ils vous expliquent ce non-retour, ils vous font des retours ou pas ?

P.11.1 : On sait que quand il y a des courriers qui remontent à l'ARS, l'ARS contacte les professionnels de santé, mais les personnels de santé répondent « *mais, nous n'avons pas de place* » et ils ne sont pas dans l'obligation de prendre la personne. Ce sont des libéraux. Et encore, ce que nous disent les gens, car nous on est là sur un temps limité. Donc, par ex. un garçon va avoir son orientation dans notre service pendant trois ans ; nous, on est censé trouver des relais sur le terrain, c'est vraiment utopique.

Question : Je n'ai pas très bien compris ce que vous disaient les ARS en réception des rapports ? Ils les lisent ? Ils lisent vos courriers ?

P.11.1 : Ils interpellent les professionnels du secteur en leur disant qu'il faudrait faire quelque chose, ou « *faites une réunion pour que ce soit délibéré en réunion* ».

Question : Ils n'ont pas plus d'autorité que d'appeler à cette concertation ?

P.11.1 : L'ARS peut avoir du poids par ex. quand on cherche plutôt des hébergements, pour des personnes qui ne peuvent pas rester au domicile. Par ex. il va y avoir une concertation commanditée, ordonnée par l'ARS. Comme ce sont les payeurs, forcément les organismes d'institutions vont être là, et on se retrouve tous autour d'une table. Ça s'appelle la « BOSS » (boîte à outil sociale et solidaire), le « Zéro sans solution » ou… ça ou un autre nom maintenant, ça change tout le temps, bref ! C'est souvent cette dynamique-là. Et là, tous les acteurs du secteur vont se mettre autour d'une table et on ne part pas tant qu'on n'a pas trouvé une solution, des fois un peu bancales, mais un minimum de solutions. Mais pour les libéraux, ça n'existe pas. On ne peut pas obliger un libéral à prendre quelqu'un, en disant on a besoin de tel ou tel soin. Si le libéral nous répond « *mais moi, je n'en peux plus, j'ai déjà 300 patients et je n'y arriverai pas* » alors on peut pas lui dire « *prenez-en un 301^{e} !* »

P. : Comme quand on demande de ne pas fermer une usine. On demande, mais on ne peut que demander…

P.12.1 : En réalité, le maintien à domicile, c'est oui, mais avec quels moyens ? On n'a pas assez de professionnels de santé en face. Alors, à Nantes, l'HAD par ex. a des professionnels salariés, donc ils peuvent mettre en place des choses, ça fonctionne, mais en Vendée, souvent on fait appel à l'HAD pour d'autres raisons. Par exemple l'HAD a une permanence 24 heures sur 24 pour des gens qui peuvent appeler pour avoir une réponse médicale. Mais au niveau des professionnels du domicile, qui viennent derrière nous, ils n'ont pas plus de solutions et plus de moyens.

Ils sont confrontés aux mêmes problématiques que nous, on s'appuie sur les professionnels disponibles et il n'y en a pas assez. Alors sûrement, il y a les conditions de travail, les salaires. Je suis infirmière, je travaillais dans les hôpitaux, dans les cliniques, je suis désolée, mais le point (de calcul du salaire) est gelé depuis 2010, il n'y a pas d'augmentation de salaire, si ce n'est par l'ancienneté. Au bout d'un moment, la vie augmente pour tout le monde. Les gens désertent ces professions, mais je peux aussi comprendre pourquoi, car il y a des professions beaucoup plus intéressantes, avec des horaires beaucoup moins contraignants et on y gagne mieux sa vie.

P. : Quand on parle des aides-soignantes, elles ont une amplitude horaire de huit heures le matin jusqu'à 19 heures le soir. En sachant qu'il y a une coupure entre midi et 18 heures. Par exemple, pour un SSIAD, on a des personnes handicapées qui sont jeunes, on leur propose un « coucher » à 17 heures. Qu'est-ce que vous voulez qu'ils se couchent à 17 heures ! Sur la roche, il y a des services qui sont ouverts le soir, mais ça a un coût. Et il faut habiter sur la Roche. Tout le monde n'habite pas à la Roche. Et puis, il y a un coût, tout le monde ne peut pas le payer.

P. : Dans un SSIAD, parfois, c'est (un accompagnement) pour une douche seulement par semaine… Mais ce n'est pas de leur faute, c'est pareil, c'est parce qu'il y a des surcharges.

P. : J'ai été aide-soignante à domicile, et bien c'était 6-7 patients par matinée, + de trajet, en plus me concernant, j'étais sur la côte, ça veut dire que l'été je passais plus de temps sur la route que chez le patient et s'il faut passer 20 minutes chez un patient, pour une douche ou une toilette, ça devenait comme à l'hôpital : c'est l'usine ! On n'a pas le temps de parler, il faut se dépêcher, alors qu'on a affaire à des personnes handicapées, des personnes vieillissantes qui vont à un rythme (lent). Mais encore à l'hôpital, on peut appeler un collègue pour le lui demander de venir aider, mais à domicile on est vraiment toute seule. On ne peut pas dire à sa collègue « *vient m'aider* ». Elle est à l'autre bout de la commune et on est vraiment face à des gens…

Question : Le diagnostic de la situation, je pense que vous le connaissez, pourrait-on aller vers des préconisations ? Parce que vous avez évoqué un certain nombre de points. Vous avez évoqué le gel des points, la pénibilité, etc. Des choses que vous connaissez et qui reviennent régulièrement, vous les soulevez, elles sont assez structurées. Elles ont déjà été signalées. Où est-ce que vous pensez que se situe le problème ? Et quels seraient les leviers ? Je pose la question pour l'ensemble des points qui ont été soulevés. C'est le moment de préciser des idées et d'avancer des pistes.

P.12.1 : **10.** Je parlerai des infirmières, c'est un domaine que je connais un peu mieux. C'est-à-dire que maintenant, il va y avoir des infirmières en pratique avancée, qui se formeront jusqu'au niveau Master. Ces infirmières en pratique avancée pourront faire des diagnostics plus poussés et donc décharger des médecins de certaines choses. Comme celles qui pratiquent Azalée, elles ne pratiquent pas toutes seules, il y a des médecins derrière, elles ne sont pas isolées, donc il n'y a pas d'inquiétude avec ça. Mais c'est plutôt : qui va faire les soins ?

P. : Juste pour comprendre. Ces nouvelles formations de pratique avancée, de niveau master, donc sont des spécialisations, on va dire du diplôme d'État d'infirmière et qui pourraient permettre pour elles d'étendre (leurs compétences) sur le versant diagnostic ? Donc, c'est plutôt quelque chose que vous approuvez pour décharger les médecins ? Une bonne solution ? pour rejoindre ce que vouliez dire tout à l'heure.

P. : Je pense que l'expérience générale des infirmières dans les hôpitaux n'a pas été une réussite, malgré l'ordre des infirmières. C'est une erreur à mon sens gravissime parce qu'on a retiré des gens du centre de soins et elles sont (devenues) des administrateurs alors qu'elles ne sont pas formées pour. Donc, il y a quelque chose qui ne va pas. À ce niveau-là, je pense qu'il faut reprendre les formations par rapport aux soins et aux effets attendus. Et non pas, faire des formations pour extrapoler des fonctions qui ne sont pas les leurs, de passer du temps sur les rapports… Ce n'est pas Master qui guérira le problème. (Aparté). Les IG, infirmières générales…

P. : On dit les « directeurs des soins » maintenant.

P. : La santé est trop dispersée. C'est-à-dire qu'il n'y a pas de leadership sur le territoire. Chacun a un rôle, une fonction, je suis d'accord, mais il n'y a pas d'organisation globale. L'hôpital pourrait être le point de repère des médecins, notamment, qui recevrait le médecin généraliste notamment, et que ce soit financé plutôt que de voir le généraliste faire un emploi de secrétaire, gérer un collègue de secrétariat par exemple. Ça me paraît vraiment déplacé. Je pense qu'il faudrait remettre les gens dans leur profession, dans leurs connaissances propres, il faut resituer les gens. Ils sont complètement dispersés pour le moment.

P. : Qu'il y ait des infirmières comme cela, c'est bien, mais il faut des gens sur le terrain. L'hôpital, quand on fait des sorties, on le vit tous les jours, on fait une sortie le vendredi à 17 heures en disant « *la personne sort à 18 heures* », mais les services d'aide n'ont pas le n° de téléphone d'urgence, je suis désolée. Les gens appellent les numéros, le plus souvent ce sont des numéros privés, ils connaissent leur auxiliaire de vie, ils vont la prévenir. Nous, on nous appelle dans un flot de sorties, donc le vendredi, les plannings sont faits. Il faut arrêter. L'hôpital, je comprends la logique de l'hôpital, il faut vider les lits, ça je l'entends tout à fait…

P. : Mon épouse l'a fait pendant cinq ou six ans et elle faisait ses sorties tout au long de la semaine. Tous les matins : Urgences, dans les services de l'hôpital, ils prenaient connaissance du dossier des patients. Elle organisait déjà leur sortie, parce que c'est ça un peu le problème. On n'organise pas la sortie, mais on met dehors ! Alors il y a quelque chose qui va pas.

P. : C'est ça. Alors nous appelle, parce qu'on est un service de coordination (SSIAD) le vendredi à 17 heures.

P. : C'est ce que des directeurs, en retraite maintenant, ont en place. Mais ils ne voulaient pas de coordination. Alors c'est un travail épuisant. Je peux vous dire que ce n'est pas facile, parce qu'il faut savoir négocier, éventuellement, presque d'imposer des choses. Mais, ceci dit, quand il y a quelqu'un capable de prendre en charge une personne qui sort de l'hôpital et bien on lui confie. Et si elle n'y arrive pas, on admet aussi le retour à l'hôpital parce qu'il y a des cas dans lesquels ça ne se passe pas bien.

P. : Dans un cas, la personne qui était sortie de l'hôpital, elle avait quelques troubles, l'ambulancier avait une adresse, mais il n'a pas pu trouver la maison, et donc elle n'a pas reconnu sa maison, il est retourné à l'hôpital. Donc, il faut les préparer quand même les sorties. Et surtout cette personne-là, elle avait besoin de quelqu'un pour l'accueillir. Il n'y avait rien dans le frigo.

P. : C'est exactement ce dont on parle. Maintenant en retraite, mon épouse était intervenue dans cet hôpital et on avait innové dans le système. Je trouve que maintenant on essaie de le faire, mais c'est bien dommage parce qu'elle, c'était il y a 10 ans qu'elle faisait ça.

P. : Et sur les fiches navette. Ce n'est pas lu. Ce n'est même pas lu à l'hôpital. Ils n'ont pas le temps.

Question : Qu'est-ce qui n'est pas lu ?

P. : Par exemple, on a des personnes handicapées pour qui il y a des points de vigilance à avoir. Et bien ce n'est pas lu. On ne tient pas compte de ces fiches-là, qui sont faites sur chaque patient, qui existent et qui servent de lien entre l'hôpital et le domicile pour qu'ils aient des dossiers et que le diagnostic-patient soit complet.

Question : C'est eux qui vous disent qu'ils n'ont pas le temps ?

P. : On le voit parce que lors des retours, ils posent des questions alors que la réponse est sur la fiche.

Question : Vous prenez les moyens techniques d'assurer ces communications, les transmissions ciblées, mais ils ne s'en saisissent pas ?

P. : L'entrée à l'hôpital doit déjà mettre en œuvre ce qui va faire sa sortie. Parce que c'est de cette sortie réussie que l'on voit le patient conserver son statut de malade hors de l'hôpital. Et ça, c'est quelque chose de primordial. Il est vrai que certains hôpitaux ne le font pas et que certains responsables Directeurs d'hôpitaux ont enlevé ces postes parce qu'ils préféraient ne pas avoir ce problème-là, quelques-uns préféraient même avoir des lits. Donc, ça se discute à ce niveau-là. Là, c'est un problème de coordination locale et il faut trouver un centre qui chapeaute l'ensemble et qui mette en route des circuits fonctionnels. Pas forcément des circuits pour faire des circuits, mais des circuits fonctionnels.

P. : L'hôpital veut bien que les gens sortent, oui mais il n'y a plus de ressources après. L'hôpital veut bien que les patients sortent, mais où ? Il y a des gens qui restent hospitalisés des semaines parce qu'il n'y a pas de place en SSR (soins de suite et de réadaptation), pas de place en EHPAD.

P. : La différence avec aujourd'hui, c'est que les gens vivent de plus en plus vieux.

P. : Depuis deux ans, il y a un changement radical. Il y a une pénurie de professionnels de la santé.

P. : Les Directeurs d'hôpitaux. Je connais un peu le système, ont beaucoup plus été attachés par des IG (infirmiers généraux) que par des coordinateurs. Je pense aussi au médecin pour l'entrée à l'hôpital. Le médecin qui faisait les entrées à l'hôpital, on avait trouvé un médecin. On était sur le point de salarier un médecin, de le loger, c'était prévu dans les bâtiments nouveaux de l'hôpital, c'était inscrit dans le schéma global de l'hôpital. Les médecins libéraux pouvaient venir dans les locaux, on les accueillait pour passer une nuit. Mais là, on a des gens qui souffrent aux Urgences alors que d'autres n'ont rien à y faire. Donc, c'est une catastrophe, c'est un gaspillage de moyens. Il serait grand temps de remettre un peu d'ordre dans toutes ces parties-là, je suis persuadé que cela peut fonctionner.

Quand mon médecin que je vois à l'hôpital me dit « *le Directeur serait un bon directeur de supermarché* » mais pas forcément de l'hôpital…

P. : L'hôpital est un supermarché ! C'est ce que ça devient, c'est ce que les Tutelles souhaitent, ils veulent que ça rapporte. Mais un hôpital ça ne peut pas rapporter, la santé ne peut pas rapporter. Il faut arrêter, il faut autoriser un hôpital à être en déficit. On s'en fout. Il faut que les gens soient soignés.

P. : Non, arrêtez. Quand je suis arrivé au Conseil d'administration, il y avait 8 millions de dettes. Et 6 ans après, on a fait un hôpital neuf. Et quand je suis parti, l'hôpital neuf était sans déficit. Et là, j'apprends dans le journal aujourd'hui, qu'il y a un déficit. C'est incompréhensible. Quand on a fait marcher un hôpital et que l'on n'était pas en déficit, ni en excédent. J'ai prévenu Le Député de là-bas, je lui ai dit « *l'hôpital va vers un déficit* », bien sûr l'organisation interne ne pouvait pas faire autrement. Alors, bien sûr, on supprime du personnel, on supprime des actions.

P. : C'est aussi à nous de dire que l'on paye plus cher une mutuelle parce qu'on a envie d'être soignés. C'est à nous de faire nos choix de vie. Est-ce qu'on a envie d'être dans la rue pour avoir le droit de mettre de l'essence ou pour que tout le monde se fasse soigner au moment où on doit être soigné ? C'est aussi à nous, usagers, citoyens de nous dire « *on veut mettre de l'argent dans la santé, oui je veux augmenter ma mutuelle à la hauteur de 100% mais je suis sûr d'avoir mes lunettes remboursées* », que quelqu'un dans la rue se fasse soigner, que ma grand-mère pourra finir sa vie chez elle, ce qui sera toujours mieux que d'aller dans un EHPAD qui va couter 2000 € par mois. Tout cela, c'est de la finance.

P. : Le besoin des personnes âgées. Il se trouve qu'on avait fait un accord avec le conseil des anciens. Le Président était un ancien artisan. Il a fait construire des maisons pour personnes âgées qui étaient domotisées. Il pouvait traîner une casserole de leur gazinière à leur lavabo. Ils pouvaient s'asseoir avec un fauteuil devant le lavabo et faire la vaisselle. On avait fait des placards qui rentraient. C'était les premiers placards de ce type, il y a 10 15 ans. C'était une organisation. On pense soigner avec des moyens et des médecins hyper formés, ça je suis bien d'accord. De toute façon, la médecine va changer, c'est une nécessité. C'est quelque chose qui va nous arriver. Quand on sait aujourd'hui qu'une radio va se promener à travers le monde et trouver n'importe quel spécialiste, etc. On est dans une période un peu folle. Néanmoins, on ne mettra pas les gens de 75 ans ou de 80 ans plus jeunes, ça on n'y arrivera pas. Donc il faut travailler là-dessus.

P. : Qui finance ?

P. : L'hôpital avait trouvé son financement. Et on avait trouvé l'équilibre.

P. : Pour convaincre d'entrer en EHPAD aujourd'hui, il faut 4-5 ans. Franchement, il faudrait presque s'inscrire à 60 ans dans un EHPAD pour avoir une place à 65 ans.

(…)

Question : Il faut que l'on puisse répondre à la question de savoir ce qui fait qu'à un moment donné on peut financer ? On aimerait bien justement que les bonnes idées puissent se déployer partout.

P. : Ce sont des volontés politiques.

P. : Bien sûr.

P. : C'est Le Maire, c'est Le Président de la communauté de Communes, c'est Le Député, ce sont des choix politiques.

P. : C'est bien le problème. Les choix politiques qui ont été fait depuis des années ont forcément eu des impacts sur la déstabilisation du système de soins.

P. : Ça change trop souvent.

Question : Qu'est-ce qui explique la différence, du fait qu'il y ait des endroits où l'on puisse mettre plus d'ingéniosité dans les projets (habitats adaptés pour personnes âgées) ? On a un peu effleuré le sujet tout à l'heure, il y a un moment donné où l'agencement des dispositifs est aussi une forme d'énergie à mobiliser. Vous parliez à un moment donné de la capacité, plutôt que de faire de la gestion pure et simple…

P. : De faire de la structure dans l'organisation.

Question (suite) : …De la liaison, du lien dans les réseaux, etc.

P. : J'ai été Conseiller général pendant un moment et on avait inventé, à l'époque c'était une invention, des MARPA (Maison d'accueil rural pour personnes âgées). Ça a été une invention à mon sens qui a été extraordinaire. Parce que ça permettait d'avoir des logements particulièrement adaptés pour des personnes en difficulté.

Question : Est-ce que des personnes qui n'auraient pas pu prendre davantage la parole à propos de choses qui n'auraient pas été dites veulent dire quelque chose à présent ?

P. : Dans les préconisations par exemple. Pendant longtemps, il y a eu des études qui ont été faites sur l'interrogation de garder l'aspect libéral aux médecins. C'est-à-dire de tomber dans le système anglais où le médecin n'est pas libéral, il s'installe où l'État lui permet de s'installer, et puis il fonctionne différemment. On n'a pas fait d'expérimentations réelles en France de ce système-là.

P. : Après, il y a un bémol, c'est qu'en Angleterre, ils demandent quand même aux patients, par exemple vous faites opérer parce que vous êtes obèse, on vous demande après de ne pas remanger parce que sinon vous n'avez qu'une opération dans votre vie. Si vous vous faites opérer pour un cancer, vous n'avez plus le droit de boire ou de fumer sinon vous n'êtes plus pris en charge.

P. : Je ne parle pas de cela. Je parle juste du fait que le médecin qui a un statut libéral a le droit de s'installer où il veut, de faire ce qu'il veut. Et puis un autre aspect. Dans la région nord-Picardie, il y a 118 médecins pour 100.000 habitants ; vous prenez la région PACA, il y a 350 médecins pour 100.000 habitants. Donc, ça c'est l'offre de soin. Et derrière cela, est-ce que les gens qui sont dans le sud de la France ont un seuil de résistance… on dit que les gens vont plus facilement voir les médecins parce qu'ils résistent moins à la douleur ? Leur seuil (de sensibilité) à la douleur est plus élevé aujourd'hui qu'autrefois. Autrefois, on allait voir le médecin, il fallait être mourant, presque. Aujourd'hui on a un rhume, on a le nez qui coule et on envoie le gamin chez le médecin. Alors, pourquoi on se soigne comme ça ? Parce qu'on ne trouve pas aussi facilement, on n'a pas envie d'attendre 3 heures dans la salle d'attente du médecin généraliste, donc on trouve des solutions palliatives.

P. : Quand on est salarié et que vous avez la grippe, vous allez chez le médecin pour un arrêt de travail, mais ce n'est pas du tout bon d'aller avec votre grippe dans le cabinet du médecin. Sauf qu'il vous faut un arrêt de travail. Et moi, travaillant dans la santé, si j'arrive et que contamine des personnes déjà vulnérables au niveau santé, il vaudrait mieux que je reste chez moi. Mais si je vais chez le médecin, je vais passer trois heures dans la salle d'attente parce qu'il y a pénurie de médecins.

P. : Faut-il mettre un masque ?

P. : Un problème auquel je pense souvent. Dans le traitement que l'on donne aux gens, on leur donne des médicaments, mais on ne cherche pas la cause de leur maladie, dans beaucoup de cas. Par ex. en Angleterre, comme le disait la dame, on vous soigne pour quelque chose et après on vous interdit de fumer. Je ne dis pas qu'il faut en arriver là. Mais en France, on a le droit de manger trop et d'être complètement malade, d'aller voir un médecin qui va vous donner un médicament, et après on va recommencer, on ne se préoccupe pas de la cause.

Question : Est-ce qu'en Angleterre, ils ont une dimension thérapeutique ? Peuvent-ils donner une indication, car ce n'est sans doute pas simple, sur les causes par exemple ? Est-ce qu'ils peuvent avoir la possibilité, d'accord de manger moins, ou mieux, ou d'arrêter de fumer, mais en étant accompagné ? Ou on prescrit aussi un accompagnement, car ce n'est sans doute pas simple à faire j'imagine pour les personnes concernées ? Donc, prévention et travail sur les causes.

P. : Encore faut-il rembourser la prévention. Il n'y a pas si longtemps que cela que la prévention est prise en charge.

P. : Dans le temps on avait des traitements chez un médecin. On dit que les médecins ont trop de boulot. Alors dans le temps, on avait par exemple des médicaments pour six mois ou peut-être même un an et si tout allait bien, on ne retournait pas voir le médecin. Maintenant, il faut y aller tous les trois mois et souvent on ne nous en donne que pour un mois. Faut retourner à la pharmacie, je pense qu'il y a aussi un gain… parce que l'on pourrait avoir un traitement de six mois pour des choses qui sont régulières, où l'on est traité toujours pour la même chose, et que si on a une petite alerte, on retourne voir le médecin. Mais sinon, si tout va bien, pourquoi y aller tous les trois mois ? Ça fait encore une visite chez le médecin.

P. : C'est un problème de santé publique. L'État n'acceptera jamais qu'un médecin prescrive un an de traitement.

P. : Ne serait-ce que six mois, on gagne déjà trois mois !

Question : Est-ce qu'il y a encore une remarque ? Et puis on va devoir arrêter, je vais devoir prescrire un arrêt (rires) de la séance.

P. : J'ai entendu parler de politique, ma question aujourd'hui : « *est-ce que nos politiques s'intéressent vraiment au système de santé ?* » Je crois que le sujet il est là.

P. : C'est à nous de dire qu'on n'est pas d'accord.

P. : Est-ce qu'ils s'y intéressent ou est-ce que ça les intéresse ?

Question : Qu'est-ce qui vous fait penser à ça ?

P. : Je me dis qu'il y a eu des crises sociales. Les crises avec des ouvriers dans les usines, on les a réglées. Enfin, je ne sais pas, à un moment donné on les a réglées. Je ne sais pas, mais ce sujet-là, on ne le règle pas. Pourquoi ? Parce qu'il n'y a pas d'intérêt économique ? Parce qu'il n'y a pas d'intérêt politique ? On ne règle pas ce problème.

P. : Ça rapporte au lobby pharmaceutique.

P.6.1 : Je suis d'accord avec ce qui a été dit. J'ai travaillé dans la formation continue. Pendant 25 ans, jusqu'à la retraite. Et j'ai beaucoup travaillé dans les remises à niveau, entrées de formation, pour permettre à des gens, hommes et femmes de rentrer dans des métiers d'aides-soignantes, infirmières-infirmiers, éventuellement dans le social. J'ai travaillé sur le secteur de la Vendée, que ce soit de la Motte, autour de la Roche et de la Loire-Atlantique. Et c'était à une époque où c'était toutes les dames, notamment dans le Sud choletais qui sortaient de l'usine pour faire des formations de remise à niveau pour entrer dans les métiers d'infirmières et d'aides-soignantes, et maintenant je me rends compte,

je suis surpris quand j'entends qu'il y a des centres de formation qui n'arrivent pas à remplir pour préparer à ce type de profession et que les gens qui sont dans la profession changent de carrière et vont vers les usines… il y a quelque chose qui ne va pas quelque part !

P. : Conditions de travail et salaires…

Remarque : Il y a une contradiction vive. Madame propose une interprétation qui est qu'il y a la variable salaire et conditions de travail. C'est-à-dire que les conditions de travail et de salaires seraient devenues mieux à l'usine ? et la prolétarisation serait arrivée dans le secteur sanitaire ?

P. : Tout est là !

P. : Il y a 15 ou 20 ans, tous les candidats ne rentraient pas à l'école d'aide-soignante.

P. : On préparait un concours. Maintenant on rentre…

P. : Il y a Pôle emploi qui finance des formations d'aides-soignantes, la personne (conseillère) ne sait même pas trop ce que c'est.

P. : Ce qu'expriment les grèves dans les EHPAD des aides-soignantes, et cela a fait beaucoup de tort à la profession. Mais les conditions de travail dans les EHPAD des aides-soignantes ne sont pas fantastiques non plus.

Remarques : Quand on voit ce qu'elles énonçaient, ça semblait la moindre des choses.

P. : Les suicides…

P. : Problème aussi d'inégalités sur le territoire, dans certains cantons, ils captent toutes les aides-soignantes disponibles.

Conclusion : Je vous remercie de la profondeur et de la sincérité des propos apportés et des idées. Même si cela peut paraître nébuleux quelquefois, on est sur des problèmes très complexes, il y a des vraies questions qui sont posées, de vrais constats qui sont faits.

– FIN –

ATELIER 2 – Nantes, 05 mars 2019 (p. 21-38)

P.1.2 **1.** Mon intervention va porter sur mes réalités nanto-nantaises. Je constate un délai déjà très important pour accéder à un spécialiste quand, d'ailleurs, on peut y accéder. Le délai, pour un ophtalmo, c'est trois mois minimum, mais ça peut être bien plus.

2. Une deuxième problématique, c'est le refus pour de certains médecins d'augmenter leur patientèle. Dans le cas par exemple du départ en retraite de médecin généraliste, on a beaucoup de mal, si celui-ci ne fait pas de passation ou ne vend pas sa patientèle à un autre médecin. On se heurte à un refus, les médecins nous disent : « *non, on ne prend pas de patients supplémentaires* ».

3. À Nantes, on a la chance d'avoir SOS médecins pour des situations d'urgence qui peuvent se passer la nuit, quand on ne peut pas se déplacer aux Urgences. Parce que là, on voit aussi, c'est un sujet parce qu'il y a énormément de monde aux Urgences. Donc, on a SOS médecins qui fonctionne très bien.

4. J'aurais une question, sur un plan purement financier : est-ce qu'il y a le tiers payant qui joue pour des bénéficiaires de la CMU ? Je ne sais pas du tout comment ça se passe, car je sais que la consultation est beaucoup plus onéreuse, mais je ne sais pas dans le cas d'une famille précaire s'il y a le tiers payant.

P.2.2 **1.** Je connais bien le côté médical et le côté précarité. Je fais deux constats. Nous sommes à Nantes depuis trois ans et en tant que nouvel arrivé à Nantes, il y a un problème de médecin référent. Dans l'optique où quelqu'un arrive Nantes, comment fait-il, qui va-t-il voir ? Le problème du médecin référent, c'est qu'ils sont archi saturés, ils ne veulent plus prendre, etc. Donc c'est la galère pour avoir rendez-vous, je parle de généralistes, je ne parle même pas pour les spécialistes.

2. Ensuite, il y a aussi le problème des gens de la rue. Tout ce qui est précarité, là aussi c'est la galère pour les associations de faire soigner. Il y a toutes les aides que l'on veut, mais enfin, on a déjà du mal pour nous d'avoir un rendez-vous, alors pour eux c'est encore plus difficile. Eux se retrouvent aujourd'hui aux Urgences par contre, dans des Urgences saturées. Et ce sont peut-être des personnes qui n'ont pas besoin d'aide aux Urgences qui se retrouvent à l'hôpital. Donc, je me demandais si ce ne serait pas possible, ça existe peut-être, et peut-être que je n'ai pas fait ce qu'il fallait en arrivant à Nantes, qu'il y ait quelque part des listes de médecins qui accepteraient encore de nouveaux patients. Avoir une espèce de fichier mis à jour. Trouver quelque chose pour que, quand on débarque dans une ville, je parle de Nantes, mais ça peut être n'importe où, on puisse savoir où aller. Par ex. pour une jeune mère qui débarque avec quatre enfants…

P. : Est-ce que la Mairie serait susceptible de donner ce genre d'information ? Je ne sais pas s'il y a des services du style un point d'info ?

P. : On va donner une liste de médecins.

Question : Dans quelle ONG avez-vous travaillé ?

La plus ancienne du monde, elle a 900 d'histoire. J'étais responsable sur le plan national tout ce qui était solidarité, précarité, secourisme et migrants.

P.3.2 Comme il n'y avait rien dans le Maine-et-Loire, je me suis dit que j'allais venir à Nantes. J'ai un problème depuis la fin décembre, c'est que je n'ai plus de médecin référent (traitant), il est parti à la retraite. Il a essayé de me trouver un remplaçant et il y en a deux qui sont venus faire des essais, mais ça n'a pas marché, ils sont repartis. Et maintenant, il n'y a aucun médecin qui veut prendre d'autres patients. Tout le monde est saturé, c'est à Cholet.

P. : Ce n'est pas une zone tellement rurale pourtant ?

3.2 : Si, si. Et quand ma fille est arrivée à Cholet, il y a trois ans, elle venait de Paris avec ses enfants. Le problème s'est posé pour elle parce qu'impossible d'avoir un médecin référent. La première petite

était malade, elle a téléphoné partout, mais personne n'a voulu la prendre. Donc, à ce moment-là, je suis allée voir mon médecin, et comme il la connaissait depuis qu'elle était jeune, il a dit « *qu'elle vienne, je la prendrai* ». Mais elle se retrouve comme moi actuellement sans médecin référent. Donc, j'ai essayé d'appeler et on m'a répondu d'appeler SOS médecins ou d'aller aux Urgences.

Question : Vous dites qu'elle n'a pas de médecin référent depuis trois ans ?

3.2 : Si, parce que comme elle n'y arrivait pas, quand les enfants ont été malades, je suis allée voir mon médecin et il a accepté de devenir son médecin. Il l'avait suivie auparavant dans la période de ses 17-18 ans. On se retrouve maintenant dans la même situation.

P. : Donc vous n'avez plus de médecin à l'heure actuelle ?

3.2 : Oui. Plus de médecin référent (traitant).

P. : Enfin, ce n'est pas tenable d'aller aux Urgences ou d'appeler SOS médecins pour se faire soigner.

3.2 : Là, pour me faire soigner, j'ai besoin d'une ordonnance, je ne sais pas où aller en chercher. Plus, il y a des consultations qui ne sont pas remboursées quand on n'a pas de médecin référent.

P. : Ce qui pénalise, c'est la double peine.

3.2 : Ça nous pénalise financièrement.

P. : Parce qu'on ne respecte pas le parcours de soins.

P. : Mais ce n'est pas de son fait.

3.2 : Alors, quand elle était arrivée il y a trois ans, on lui avait dit d'aller à la mairie et de signaler qu'elle n'avait pas de médecin référent, qu'elle n'arrivait pas à trouver de médecin. Je lui avais dit d'aller voir la Sécurité sociale. Il semble que la mairie recense aussi. Je pense qu'ils ne peuvent pas faire grand-chose.

P. : Le conseil de l'ordre des médecins là-dedans ?

P. : Et depuis, vous avez trouvé un médecin ?

3.2 : Non, et je n'ai pas trop de problème mais, à un moment, il va falloir que j'en trouve, j'ai déjà essayé pourtant. Et on m'a dit non, alors je continue comme ça depuis un moment. Et notre fille qui vient d'arriver à Nantes, qui a quatre enfants, elle n'en a pas.

P. : Ça, c'est vraiment quelque chose à dénoncer.

P. : Et en secteur 1 ? Est-ce que vous faites le choix du secteur 1. ?

3.2 : Je ne choisis rien du tout, je vais chez celui qui veut bien nous voir.

P. : La rareté fait que l'on peut être contraint d'aller vers le secteur 2 que l'on n'aimera pas forcément.

P. : Vous pouvez rappeler ce qu'il en est du secteur 1 et secteur 2, je ne suis pas sûr que tout le monde peut comprendre.

Réponse : Le secteur 1, ce sont les médecins qui sont conventionnés, qui se réfèrent au tarif de la Sécurité sociale, et le secteur 2, c'est le secteur au tarif honoraires libres. Qui font payer ce qu'ils veulent, qui peuvent être en dépassements d'honoraires.

P.4.2 Je ne vais pas parler des médecins, je vais parler des aides-soignantes. Parce que c'est un métier qui me tient à cœur, j'ai travaillé dans une école d'aide-soignante. Et cet après-midi, j'étais dans le SSIAD de Nantes et le gros problème c'est qu'ils ne trouvent plus d'aides-soignantes. Donc je peux vous dire que le service est rempli à 80 % de ce qu'il devrait être et que l'on est en train de diminuer le nombre de passages chez les personnes dépendantes. Pour moi, l'aide-soignante est au cœur du soin, c'est quelqu'un qui est très proche des malades, de leurs confidences, qui entrent dans leur intimité. On avait avec les SSIAD de bons services et maintenant on va arriver (à une pénurie de professionnels),

parce que les écoles d'aide-soignante n'ont plus assez de candidats à l'entrée. Et comme il y a de la pénibilité, elles ne durent pas dans le métier. Il va falloir que l'on reconnaisse plus la profession d'aide-soignante et qu'on les rémunère sans doute davantage.

Actuellement, à Nantes, tel que c'est, il y a 90 jours d'attente avant que le SSIAD (service de soins infirmiers à domicile) ne passe.

P. : 90 jours, on a le temps d'être mort ! (Rires)

P. : J'ai entendu qu'il manquait plus de 400 aides-soignantes dans la santé actuellement. Alors, ce qui m'étonne, c'est que les écoles continuent de faire des concours d'entrée et de prendre presque tout le monde. Elles sont obligées, parce que dans leur profil de carrière elles doivent passer par l'école. Il faut le dire !

P. : Quand tu le sais qu'il y a davantage de postes qu'il n'y a de candidats, c'est évident qu'on prendra (pour l'entrée à l'école).

P. : Mais il faut passer par un concours. Je connais des jeunes qui voudraient bien faire un stage d'aide-soignante, mais on leur dit qu'il y a un concours et elles n'essayent même pas alors que le concours maintenant n'est plus difficile.

P.5.2 Concernant les aides-soignantes, c'est quand même un manque de considération de la profession, avec des horaires compliqués et un salaire qui n'est pas adapté non plus. Je vais donner un exemple personnel. Ce n'est pas à l'hôpital de Nantes, c'est à l'hôpital de Saint-Brieuc, mais je pense que cela se vaut. Ma belle-fille est aide-soignante. Ce sont des conditions difficiles. Quelquefois on appelle les gens pendant leurs congés, c'est arrivé, elle était en vacances. Une fois, elle a répondu à son téléphone et elle y est allée en catastrophe. Puis après, elle voyait que c'était pour le travail, elle ne répondait pas. Ça a été très long pour qu'elle soit titularisée. Ça fait plusieurs années qu'elle travaille et en plus pour les congés, vous ne savez pas à l'avance quand vous avez vos vacances. C'est donc extrêmement compliqué pour une vie de famille. Donc, il y a peut-être un manque, avec des gens qui ne passent pas le concours, surement. Mais d'autre part, je pense qu'il y a des métiers qui sont complètement dévalorisés. Et, on ne tient pas compte de l'engagement humain, de l'empathie qu'il faut. Ce n'est quand même pas évident d'être aide-soignant ou infirmière auprès des personnes.

P. : Il y a effectivement le manque de salaire, le manque de considération, le manque de personnel, et il y a également la pression économique. On s'aperçoit que le temps imparti à une toilette est extrêmement court, parce qu'il faut que la personne soit rentable pour l'organisme qui l'emploie, dans les SSIAD c'est un peu différent, mais je pense aux EHPAD, et aussi aux professionnels qui se déplacent à domicile, qui ne sont pas dans les associations de domiciles, mais qui sont dans des entreprises du secteur marchand. Il y a eu récemment, dans la presse, un article concernant un modèle hollandais qui était plus performant que le système français et qui mettait moins ses salariés sous pression. C'est là où je voulais revenir, c'est qu'à partir du moment où on limite le temps d'action du personnel, on le met sous pression et on l'empêche de réaliser son travail dans de bonnes conditions.

P. : En EHPAD, c'est un travail justement avec le manque de temps, mais c'est un travail aussi extrêmement physique et les personnels sont complètement épuisés. Les transferts de lits, c'est exténuant, il faut utiliser du matériel, mais elles n'ont pas toujours le temps de s'en saisir.

P.6.2 Je voulais vous parler d'une expérience personnelle. Il y a quelques mois, l'année dernière, j'ai eu un accident. J'ai eu vraiment besoin d'un examen avant de pouvoir partir en vacances, je ne voulais pas prendre de risques. J'ai la chance d'avoir un médecin référent qui est le successeur de mon médecin parti en retraite. Elle a essayé tout ce qu'elle a pu pour m'obtenir une I.R.M. C'était rendue à 7-8 mois de délai. Alors, il s'est produit une chose qui m'a laissée un peu perplexe, je n'ai pas encore trop bien compris. C'est que, par le biais de la secrétaire médicale qui avait connaissance des partenaires, j'ai obtenu de passer une I.R.M. par un organisme privé, dans les locaux du CHU. Mais, bien entendu, le tarif n'a pas été celui du CHU. Mais j'ai eu mon I.R.M.

P. : Rapidement ?

6.2 : Je l'ai eu à la date où il fallait, puisque je ne pouvais pas partir en vacances si je n'avais pas eu cette I.R.M. J'ai eu mon I.R.M., j'ai eu mes examens. Et ça s'est fait, je dirais, en dessous de table car, si vous voulez, c'est par la secrétaire (de l'hôpital) qui a sans doute contacté la secrétaire de cet organisme privé que ça s'est fait.

P. : Les soins ont été remboursés ?

6.2 : Les frais s'étendaient au-delà de ceux du CHU. J'ai remboursé des frais au tarif de la Sécurité sociale.

P. : Y avait-il un dépassement ?

6.2 : Oui, ça faisait même un peu beaucoup. Autre exemple. Aujourd'hui, j'ai une voix qui marche très mal. Ma toubib me dit « *je ne peux plus rien faire, c'est quelque chose de plus profond, va voir un oto-rhino* ». Eh bien, j'ai pris rendez-vous auprès de l'oto-rhino dont elle m'a donné le nom, mais le RV c'est pour fin juin (à 3-4 mois). D'ici là, je plus qu'à garder ma voix couverte.

Question : Vous souhaitiez avoir ce rendez-vous à quel moment ?

6.2 : J'ai le rendez-vous le 25 juin, et là je l'ai pris, j'ai vu ma toubib lundi (4 mars). Mais, une chose qui m'a interpellée aussi, la secrétaire m'a dit « *rappelez-nous de temps en temps, parce qu'il y a des gens qui prennent des rendez-vous, chez les spécialistes, et qui un mois ou six semaines à l'avance se décommandent. Alors, rappelez-nous* ». Et elle a pris mon numéro de téléphone en me disant « *si j'ai quelque chose, je vous rappelle* ».

P. : J'ai eu un rendez-vous comme ça, chez mon ophtalmo, du jour au lendemain, parce qu'il y avait eu un désistement.

6.2 : Autrement, je suis allée, la semaine dernière, à des obsèques de mon village de naissance, en Loire Atlantique. J'ai rencontré Le Maire que je ne connaissais pas, que j'ai trouvé très sociable et qui m'a parlé de toutes ces initiatives et, entre autres, de la création d'une maison médicale, avec un très joli bâtiment, surtout pour un petit village. Un petit village qui grandit beaucoup parce qu'il est situé entre Nantes et Saint-Nazaire. Il y a beaucoup de constructions. Mais il n'y a qu'un inconvénient, il n'a pas de Docteur. Il n'a pas trouvé de Docteur. Il y en a qui sont venus voir, qui ont trouvé les installations très belles, mais qui n'ont pas donné suite. Pour le moment, ce sont des beaux murs, une belle coquille. C'est la Commune de la Chapelle Launay. Je me suis posée une question, il est très en avance, il veut faire beaucoup de choses. Mais c'est un fait qu'à Savenay, à 2-3 kms, il y a des docteurs. Alors, la construction de cette maison médicale était-elle justifiée ? Mais auparavant, il y avait eu 2 docteurs dans cette commune qui ont pris leur retraite et qui n'ont pas été remplacés.

Question : Comme vous dites, c'est un village en expansion, il y a des constructions, une population qui s'installe.

6.2 : Oui, et les gens étaient contents, la plupart de la population était contente de cette maison médicale, très bien située, d'un accès facile.

P. : Ça revient à ce que l'on a discuté à la Région, pendant plusieurs années, sur les maisons de santé. Ce n'est pas une solution dans ce genre de projet, qui n'a pas été concluant, parce qu'il n'y avait pas de partenaires au départ. En fait, les maisons de santé qui marchent bien, sont celles qui sont préparées avec les médecins, avec les infirmières, les gens…

P. : En amont.

P. : J'ai une de mes filles qui a un médecin dans une maison de santé, à Saint-Denis, dans les Yvelines. Ce médecin, sachant qu'il allait partir en retraite, a créé une association pour faire une maison de santé dans un quartier très pauvre de la région parisienne. Il avait vraiment préparé, il y avait des médiatrices de santé, capable de faire des papiers pour les gens ou de traduire. Il y a des diététiciennes, ils font

même de la musicothérapie. Ils sont six médecins, qui sont tous à temps partiels, un homme et cinq femmes et ça marche très bien. Et ça va s'agrandir. C'est une association.

P. : C'est parce que ça été pensé.

P.7.2 **1.** Je suis en longue maladie depuis neuf ans et le fait d'être en longue maladie, c'est une pathologie lourde qui entraîne beaucoup de frais. Et avec toutes les franchises et forfaits qui sont limités à 50 € par an : 50 € pour les forfaits, 50 € pour les franchises, moi, je les consomme largement tous les ans. Donc, dire qu'on est (remboursé) à 100 % quand on est en ALD (affection de longue durée) ce n'est pas tout à fait vrai. Autrement, j'ai trouvé qu'il y avait un développement sans frein, comme jamais il n'y a eu, aux dépassements d'honoraires. Il y a de plus en plus de médecins qui étaient en secteur 1 et qui sont passés en secteur 2, notamment à travers la notion de « pratique tarifaire maitrisée » qui a remplacé les « Contrats d'accès au soin » créés à l'origine par Marisol Touraine et qui, reliés sous un autre nom, permettent prétendument de maîtriser les dépassements d'honoraires. En fait, ça a alléché des médecins qui étaient en secteur 1, qui sont passés en secteur 2. Ce qui fait que c'est difficile.

2. Je vais donner un exemple, à la polyclinique de Saint-Herblain. Avant, ils étaient tous affichés en secteur 1 pour les radios, les I.R.M., les scanners. Maintenant, quand on téléphone (on vous demande) : « *renseignez-vous pour savoir si vous êtes en « OPTAM » ou pas, option pratique tarifaire maîtrisée* ». Tout le monde ne connaît pas ce terme, ce n'est pas connu. Et cela, suite à l'accord qu'il y a eu avec quelques syndicats de médecins en août 2016.

3. : J'ai vu qu'on avait des difficultés aussi à trouver, parmi les spécialistes, des spécialistes en secteur 1. Les délais sont souvent très longs. Il est aussi des thérapies qui sont non-remboursées. J'avais besoin de mésothérapie et la mésothérapie n'est pas remboursée par la sécu. Par exemple, l'ostéopathie non plus. Ce qui fait que j'ai été amené à faire des thérapies multiples et, depuis un an, j'ai dépensé plus de 800 € dans l'année.

P. : Certaines mutuelles remboursent maintenant, non ?

7.2 : Oui, mais les mutuelles remboursent partiellement. Mais, qu'on le veuille ou non, ça augmente les cotisations des mutuelles. Alors nous, à la CSF (confédération syndicale des familles), on est contre ce principe car on le paye. Ça fait que les cotisations augmentent. Le problème est différé. Difficultés à trouver un médecin traitant. J'ai un médecin traitant actuellement, j'ai beaucoup de peine à changer, car je voudrais changer médecin traitant, ça rejoint ce que vous disiez les uns les autres.

4. Quant aux maisons de santé, des projets sur Bellevue, à Nantes et au nord de Nantes, ce sont des projets politiques des différentes municipalités. On essaie de distinguer « maisons de santé » et « centres de santé ». Les maisons de santé sont à but lucratif, ce sont des médecins libéraux. Les centres de santé, ce sont des médecins salariés et eux ne font pas de dépassements d'honoraires. Je le dis parce que, souvent, il y a confusion et que l'on n'est pas toujours informés. Derrière le mot « maison » on mélange tout. Les municipalités en France créent leurs propres centres de santé et ce sont des salariés, qu'ils soient médecins, orthopédistes.

Question : On a l'impression, à vous écouter, et cela s'entend chez plusieurs d'entre vous, qu'il y aurait une paroi poreuse, et dans les textes de loi, et dans la réalité, entre public-privé, et pour les médecins, et pour les financements, et par qui l'on passe pour obtenir un soin, et secteur 1 et secteur 2. À ce propos, vous avez fait référence à une loi portée par Marisol Touraine, qu'est-ce que vous en pensez ? Vous disiez qu'elle était faite pour limiter les dépassements d'honoraires définitives mais elle a eu l'effet inverse ? C'est-à-dire un rôle d'incitation vers le privé de ceux qui étaient dans le public ? Pensez-vous que cela soit fortuit ?

7.2 : **5.** Je trouve que c'est allé à l'encontre du but recherché. Au début, ça s'appelait le CAS (contrat d'accès aux soins), la XX^{e} structurale, et ceux qui ont repris le relai ensuite l'ont appelé l'OCTAM ou « OCTAM-CO » pour les chirurgiens obstétriciens, c'est la même chose. Les dépassements d'honoraires sont autorisés, soi-disant modérés, mais ça peut aller je crois jusqu'à 100 %. Quand ils ne dépassent

pas (un certain plafond) ils sont tolérés jusqu'à 100 % de dépassement. Mais 100 % de dépassement, ce n'est déjà pas mal ! Et nous, on se bat déjà depuis de nombreuses années contre toute forme de dépassements d'honoraires qui sont un obstacle que les gens, quand on est en situation de maladie, tout le monde est déjà un peu passé par là, ou les siens (les proches), on est en situation de faiblesse pour se défendre.

6. Ce ne sont pas les patients qui sont coupables, ils sont victimes du système. Quand on est trop content de trouver un chirurgien qui va vous sauver, peut-être, s'il vous prend, l'on n'a pas toujours la force de se défendre. Une fois, j'ai refusé un dépassement d'honoraires pour une opération d'un œil, à la rétine, c'était 400 € à l'époque, il y a une dizaine d'années déjà, j'avais réussi refuser. Ce jour-là j'avais la force. Il n'est pas dit qu'aujourd'hui j'aurai la force de le faire. Depuis, je viens au CHU pour le suivi ophtalmo. Je le signale parce que le suivi au CHU, c'est quand même intéressant, j'ai un suivi annuel et puis, en cas d'urgence, on peut y aller pratiquement tous les jours. On peut aller voir là-bas, et s'il y a une urgence, ils vous prennent tout de suite. Je le signale, parce que ce n'est pas toujours connu non plus.

Question : Mais là, quand vous avez refusé, il vous a opéré le chirurgien ?

7.2 : Tout à fait.

Question : Vous n'avez pas eu peur qu'il vous loupe, qu'il se venge ? (Rires)

7.2 : Non seulement j'ai refusé le dépassement d'honoraires, mais pour les consultations aussi. Et puis j'ai été vacciné, je ne vais plus le voir.

P. : Il faut être courageux, car moi je ne sais pas si j'aurais osé.

P. : Je pense qu'au préalable, il y a beaucoup, beaucoup de gens qui ne s'informent pas. Je vais dans un cabinet d'ophtalmo et il n'y en a que deux qui sont en secteur 1 (non marchand). Au début, on a voulu y aller et par téléphone, il faut le demander. Mais si tu ne demandes pas, on va automatiquement (le secrétariat) te donner quelqu'un au secteur 2. On m'a posé la question : « *pourquoi vous ne voulez pas ?* » J'ai répondu « *ce n'est pas du tout les compétences de la personne que je mets en cause, absolument pas, mais je veux quelqu'un du secteur 1* ».

Question : Il y a un réflexe, une incitation qui vous semble s'orienter quand même ?

7.2 : Ah oui.

P. : Il y a parfois aussi, des médecins traitants, ça m'est arrivé récemment, on m'a conseillé rhumatologue, j'ai tout de suite demandé le secteur 1 et, d'ailleurs, le délai est un peu long. Du coup, je suis allé vers un autre (soignant) du secteur 1.

P. : Ce qui est choquant aussi, c'est que souvent il est en dépassement, mais on vous dit « *vous avez une mutuelle, la mutuelle vous rembourser* ». Mais nous, à la CSF, on est contre ça parce que les mutuelles, tout le monde ne peut pas s'en payer une. Alors que le principe de la Sécurité sociale, défini après la guerre, c'est que chacun paye selon ses moyens et soit remboursé selon les besoins qu'il a. On n'a pas tous les mêmes problèmes de santé. Bon, certains n'en ont pas et certains en ont beaucoup. Et donc, au fil des années, ça s'est complètement détérioré et la Sécurité sociale, certains pensent que c'est tombé du ciel, que c'est venu comme ça mystérieusement. Mais ils ne se rendent pas compte que ce sont quand même des gens qui se sont battus après la guerre et qui ont fait ça.

7.2 : Et puis, le fait (qu'on nous dise) « *que les mutuelles remboursent* », tout le monde n'a pas une mutuelle, déjà. Et si on se mettait vraiment dans le droit fil de la résistance (programme national de la résistance, CNR, Les jours heureux) et de la sécu, il ne devrait pas y avoir de mutuelles. On se fait des ennemis en disant ça. Voilà quelque chose de vraiment très fort. Parce que c'est choquant de dire « *la mutuelle va rembourser* », car ceux qui n'ont pas de mutuelle, comment est-ce qu'ils font ? Ils ne se font pas soigner. Les cotisations des mutuelles, ça augmente, ça augmente.

P. : Et les cotisations n'ont jamais été aussi fortes.

P. : Elles sont par morceaux. On choisit des options dans les mutuelles. Quand on dit que « *votre mutuelle va rembourser* », ça peut tout à fait être faux. Parce qu'on peut ne pas avoir l'option qui rembourse le dépassement.

P. : Donc, les mutuelles sont moins justes que la sécu.

P. : Exemple d'aujourd'hui, on est juste allé voir la mutuelle parce que l'on payait trop. Je lui ai dit au jeune de 35 ans, je lui ai dit pour rire : « *finalement, votre intérêt c'est que les gens meurent à 60 ans, parce que finalement : plus on est âgé, plus on paye* ». Et donc, moi je suis plus âgée, pour l'instant je n'ai pas de problème de santé, c'est comme ça, j'ai de la chance. Mais demain ? Je peux être complètement… Mais je trouve ça choquant quelque part. Je suis d'accord pour la solidarité, je veux bien payer pour (les autres), c'est normal. Mais il y a des limites, parce que plus vous êtes âgée et si vous avez de la chance d'avoir une bonne santé, plus vous payez. Si en plus vous êtes âgée et que vous n'avez pas de santé, comme R. (son époux), alors là c'est terminé, vous n'avez pas du tout de chance ! Quelque part, c'est pernicieux.

P. : Ils ont basculé de la logique mutualiste solidaire à une logique d'assurance. Je ne sais pas si on pourrait faire machine arrière, car c'est extrêmement choquant cette idée d'assurance. La sécu c'était quand même un principe général et on voit bien que ça va à vau-l'eau.

P.8.2 **1.** L'association IRIS « un autre regard pour prendre soin » réunit différents praticiens, qu'ils soient conventionnés ou non, pour accompagner des personnes vulnérables, des personnes âgées, en situation de handicap. Je reviens sur ce qui vient d'être dit : « *faire machine arrière* ». Je trouve assez révoltant aujourd'hui que certains soins comme l'ostéopathie ou d'autres, la sophrologie, la réflexologie, la mésothérapie. Je trouve ça tellement dommage aujourd'hui que l'on arrive à avoir du bien-être, et des fois même de la rémission, et que ces pratiques-là ne soient pas reconnues. Ce qui, probablement, reviendrait à faire ce travail de machine arrière. Par exemple, avoir deux séances d'ostéo de remboursées par an, là où l'on sait que l'on devrait en avoir besoin d'au moins une par semaine, parce que ça nous fait réellement du bien et que ça nous évite d'aller chez le médecin. Je trouve ça assez révoltant.

2. L'autre question que je me pose, j'entends beaucoup parler de centres de santé et de maisons de santé. On réfléchit beaucoup la santé à travers des murs et je me demande pourquoi aujourd'hui on ne réfléchit pas la santé hors les murs ? C'est une dynamique politique, publique que d'ouvrir nos établissements, qu'ils aient d'autres fonctions. Comment, aujourd'hui, est-ce qu'on peut être en rase campagne et avoir cette problématique du soin uniquement parce qu'il faut se déplacer ? Le soin ne pourrait-il pas venir à domicile tout le temps ? Et *de facto*, de mettre des chiffres devant le nez et qu'on me dise que ça va coûter plus cher, je n'y crois pas. Dans le sens où, les murs, ça coûte extrêmement cher et, à mon humble avis, la culbute financière pourrait se faire à ce niveau-là.

P. : Il y a des soins qui sont impossibles hors les murs, la radiographie, I.R.M. et compagnie. Le radiologue ne veut pas se balader.

8.2 : Peut-être par tous les soins, je prends l'exemple des dentistes qui, de plus en plus, se déplacent à domicile.

P. : Oui, bien sûr, par exemple pour les gens de la rue, il y a des bus dentaires, tout à fait.

8.2 : **3.** Il y a quelques années, pour se soigner au niveau dentaire, ça ne pouvait s'imaginer qu'en allant chez le dentiste. Si des dentistes avec toute cette technologie ont pu réussir à aller hors les murs… je ne dis pas que tout est faisable, attention. Je ne pense pas qu'il faille faire, comme certains soignants qui ont tout abandonné et qui aujourd'hui reviennent et malheureusement avec un coût financier assez certain. Mais je pense qu'il y a quand même un pas de côté qui mérite d'être pensé. Et, là-dessus, il y a clairement une rétention qui est faite. De quel côté ? Je ne sais pas. Est-ce que c'est public, est-ce que c'est privé ? Un peu les deux, mais il manque cet angle (d'approche).

P. : C'est la première fois que j'entends une préconisation de ce type. Ce n'est pas ce qui revient souvent dans le débat public ce que vous proposez. Je ne sais pas vous, mais moi c'est la première fois que j'entends parler d'une solution de ce genre.

P. : Déjà, les médecins-traitant se déplacent de moins en moins. Quand ils ne peuvent plus se déplacer, soit on va aux Urgences, soit on appelle SOS médecins.

Question : Vous avez parlé d'aspect préventif, en lien avec des formes de thérapie, peut-être en lien avec ce que vous disiez sur la mobilité des soignants hors les murs, ceux pour qui ce serait possible : y a-t-il un lien pour vous entre les deux ?

8.2 : **4.** Oui, il y a un lien, puisque quand j'entends qu'il y a des délais assez phénoménaux pour (obtenir) un examen, peut-être entre les deux (dans ce délai), il pourrait y avoir de la complémentarité avec d'autres pratiques qui mériteraient d'être reconnues, pour faire palliatifs avant ce rendez-vous long à venir. Je ne pense pas que ce soit sectaire comme discours, mais je pense à l'autohypnose par exemple, si ça peut, par apprentissage, permettre de patienter jusqu'à ce rendez-vous rendu obligatoire parce que la pathologie derrière est forte, et les compétences nécessaires, je suis d'accord. Si ça peut être un palliatif, une forme de prévention, je pense qu'il faut aller dans ce sens-là. Encore une fois, qui a accès à ce genre de choses ? Et à quel coût ? (Il faudrait) la reconnaissance de cette pratique.

P.9.2 Il y a positif quand même, c'est que si vous regardez le site de l'Ordre des médecins, la Loire-Atlantique est le seul département sur la centaine de départements français où il y a plus d'installations (de médecins) que de départs.

P. : Toutes spécialités confondues ?

9.2 : **1.** Autrefois, il y avait des dispensaires, on a rayé les dispensaires de la carte. Sur les pratiques alternatives, actuellement, on n'en prend pas du tout, du tout le chemin. Il y a plein de médicaments qui sont dé remboursés parce que le service rendu thérapeutique est insuffisamment prouvé. Chacun a vu dans les journaux qu'on voulait faire la peau de l'homéopathie par exemple. Et donc, maintenant, la Sécurité sociale ne rembourse que ce qui est validé par des études indépendantes.

2. En ce qui concerne les tarifications, il y a plusieurs réponses. Pour retenir les praticiens dans les hôpitaux publics, en particulier ceux d'un excellent niveau, on autorise de la clientèle privée. C'est-à-dire qu'ils ont 2-3 demi-journées dans la semaine où ils peuvent faire du privé dans l'hôpital public. Et il y a du reversement pour les frais de secrétariat, de murs, etc.

3. En ce qui concerne également l'embouteillage dans les cabinets. D'abord, une quarantaine d'années de pratique de la médecine m'ont appris que beaucoup, beaucoup de consultations étaient totalement injustifiées. Par exemple, si vous voulez faire du piano par correspondance, il va vous falloir un certificat médical. Combien de fois, je voyais que, quand une grève était annoncée, les carnets de RV se remplissaient de gens qui venaient pour avoir un certificat d'arrêt de travail ? Parce que c'est remboursé, combien de personne vont voir 3-4 médecins pour la même chose ? Une fois, il m'est arrivé de voir une dame qui est venue me supplier de lui faire une ordonnance, après j'ai compris pourquoi, c'est parce que le vétérinaire avait prescrit quatre antibiotiques à son chien… il y a des abus.

P. : Il y a aussi des abus dans l'autre sens ! J'en profite pour renvoyer l'autre réalité de terrain qui consiste aussi pour des gens qui sont dans un milieu de travail où ils refusent à prendre un arrêt de travail, par peur de perdre leur emploi.

4. Ça, ce n'est pas de la faute du médecin. En ce qui concerne la tarification, rien n'est simple. On ne peut pas dire, comme ça : « *c'est trop cher* » etc. Imaginez qu'un gynécologue qui veut faire des échographies, c'est de plus en plus difficile à trouver en cas de grossesse, puisque s'il laisse passer un bec de lièvre, s'il laisse passer de l'information, ça lui coutera sa chemise. Actuellement, un gynécologue qui veut faire des échographies : jusqu'au mois de juin il paie son assurance, entre juin et septembre, il paie sa secrétaire, après il gagne sa vie.

5. L'hôpital semi-public où j'ai travaillé, à Toulon, comme les tarifications de la Sécurité sociale, ne couvraient même pas les frais, a arrêté pendant deux mois d'opérer en disant « *ça nous coûte trop cher d'opérer* ».

6. En ce qui concerne la pénurie apparente de médecins, je dis « apparente » parce qu'il y en a autant qu'il y a 40 ans.

P. : On est plus nombreux qu'il y a 40 ans !

9.2 : Dans ma génération, on travaillait 70 heures par semaine. Le samedi, j'allais voir mes opérés du vendredi et le dimanche j'allais voir mes opérés du lundi. Actuellement, ce n'est plus du tout admissible. Les gens veulent avoir leur mercredi après-midi, pour être avec les enfants, ils veulent avoir des week-ends comme tout le monde, ils veulent pouvoir partir en vacances. Donc, c'est un problème sociétal aussi.

P. : Mais ça, comment ça se fait que pendant 40 ans, il n'y avait pas de WE ?

P. : Vous étiez dans le secteur hospitalier ? (Oui). Et bien, c'est toujours le cas. Cette vie-là des médecins qui sont pressurés. C'est bien pour cela qu'en France, les médecins font le grand écart entre le public et le privé. Le secteur hospitalier au CHU de Nantes, le secteur obstétrique, les médecins sont en sous-nombre, ils sont pressurés parce qu'ils sont en auto-remplacement. Et malheureusement, il n'y a plus de soupapes. C'est vrai aussi pour les infirmières. La réalité dont vous parlez, elle est encore vraie. Voire, elle s'est accrue en milieu hospitalier. Comme vous dites, les médecins libéraux travaillent beaucoup moins que par le passé parce qu'il y a aussi, vous avez raison, une évolution de société qui fait que, hommes et femmes, homme ou femme, les médecins ont envie d'avoir une vie à côté de leur profession. Ce n'est plus un sacerdoce. Et la difficulté, du coup, c'est que le *numerus clausus*, est pensé sur le même modèle que lorsque vous étiez étudiant. Il n'y a pas eu d'évolution.

P. : Ils ont réagi trop tard pour le *numerus clausus*.

9.2 : Dans ma génération, on était environ 2.000 étudiants en médecine (chiffre à confirmer), dans les années 70, et maintenant on est à 8.000 étudiants, en première année.

P. : Sauf qu'il y a des *burn-out* qui arrivent au moment de l'internat, au CHU, chose qui ne se passait pas du tout à l'époque. Il y a des gens qui abandonnent.

9.2 : **7.** Actuellement, la Sécurité sociale fait pression pour que les médecins généralistes voient 6 patients par heure au lieu de 4. Vous imaginez, un patient toutes les 10 minutes, il va mettre 5mn à se déshabiller, 5mn à se ré-habiller, qu'est-ce qu'il reste au milieu ?

8. En ce qui concerne les déserts médicaux en dehors des villes. Pourquoi, si j'avais 30 ans, en tant que médecin, pourquoi est-ce que j'irais m'installer dans la Creuse ? Alors que mon conjoint a envie d'avoir un emploi, ce qui est légitime ; d'autant plus que 25 € la consultation, le médecin est moins payé qu'un plombier. Donc, le conjoint besoin d'avoir un emploi. Les écoles vont fermer parce qu'il n'y a plus d'élèves, la perception a fermé, la Poste a fermé et les patients qu'il va avoir vont avoir 60 ans et, dans 20 ou 25 ans, ils seront morts… et qu'en plus, maintenant, pour faire le plein d'essence, il faut faire 20 ou 30 kms. Pourquoi (dans ces conditions) aller s'installer dans les déserts médicaux ?

P. : Pourquoi est-ce qu'il n'y a pas d'obligation de service en début de carrière comme on peut l'avoir pour les instituteurs ? Les instits, quand ils commencent, ont « droit » à un secteur ZEP (zone d'éducation prioritaire) où personne n'a envie d'aller, mais il faut bien y aller à un moment donné parce qu'il y a ce désert éducatif. Et pourquoi, je vous le donne en mille, le médecin échappe-t-il gentiment à ce fonctionnement où, lorsqu'il y a un désert médical, le médecin peut dire « *non, non, pas là, droit de choisir* ». Il sort de ses études, il fait 3, 4-5 ans dans un endroit où ce n'est pas génial, j'entends, mais il y va, et c'est comme ça.

P. : Alors, il faut lui payer ses études ou lui payer quelque chose pour qu'il ait un service à rendre.

P. : C'est ce qui existe maintenant. Il y a un truc que je trouve extrêmement choquant, c'est qu'une bourse qui est proposée pour les étudiants, je ne sais plus à partir de quel moment, je me demande si ce n'est pas la 4e année et en fait, ils ont une bourse supplémentaire et s'engagent à aller faire un certain nombre d'années, à s'installer dans les déserts médicaux. Sauf qu'un jeune étudiant où papa et maman ont les moyens, il n'aura pas besoin de cette bourse, donc il n'ira pas. Et finalement, ça va toucher des jeunes qui sont moins à l'aise financièrement. Je ne trouve pas cela normal. Par contre, ce que vous disiez, de rendre obligatoire sans conditions, là effectivement, ça ramène à une certaine équité.

P. : Admettons : il a 30 ans, votre médecin, il a un conjoint qui a un emploi, et s'il est fonctionnaire, il peut être nommé à l'autre bout de la France ?

P. : Alors, ils font un choix pour chaque cellule familiale.

P. : Comment font-ils les enseignants ?

P.10.2 **1.** J'ai travaillé dans une petite bourgade où il n'y avait pas de médecin. Un médecin est arrivé, Roumain je crois, d'environ 50 ans. Super, adorable. Sauf que, travaillant dans un EHPAD, c'est une personne que les personnes âgées n'arrivaient pas à comprendre. Donc, ça me pose question : comment est-ce qu'on peut travailler dans un domaine aussi particulier avec quelqu'un qui ne maîtrise pas bien le langage, avec un accent épouvantable, et qui n'est pas du tout compris par les gens qu'il côtoie ? Je n'ai rien contre, l'idée n'est pas mauvaise. Mais il faut un minimum de compréhension, surtout pour soigner.

9.2 : J'ai travaillé (en tant que médecin) pendant 3 ans à Madagascar, et pendant 4 ans au Sénégal, dans des pays qui ne parlent pas tous français. Très vite, on apprend les rudiments d'usage.

P. : Même avec des personnes âgées ? C'est très particulier. Il y a un contact.

P.10.2 : **2.** Concernant les spécialistes, il n'y a pas moyen d'avoir un psychiatre. C'est fini, on ne peut plus avoir un psychiatre. J'ai le cas de quelqu'un d'âgé qui arrive avec une grande détresse, pas bien du tout à Nantes, qui venait de l'étranger, pas moyen d'avoir un psychiatre ! Donc, en désespoir de cause, il vient me voir. Ça me pose question, parce que le psychologue n'est pas remboursé. Et, qu'est-ce que l'on fait de toute cette souffrance et de tous ces problèmes pourraient être facilement (résolus) ? Du moins pour un certain nombre. Parce que là, ce n'est pas quelqu'un qui a besoin (habituellement) de psychiatre, ce n'est pas malade mental, mais il a besoin d'un accompagnement (psychiatrique) c'est quelqu'un qui est en grande détresse. Je vois bien, les gens qui n'ont pas les moyens essaient de voir les psychiatres, parce que c'est remboursé, mais n'en trouvent pas et ils ne peuvent pas aller voir de psychologue (car c'est payant). Est-ce normal ? Parce que finalement, si l'on voit à long terme, ce n'est pas rentable de faire cela, il vaudrait mieux rembourser. Parce que cela fait des gros dégâts, et puis pas seulement pour la personne, mais aussi pour les gens autour.

3. J'ai travaillé auprès de personnes trisomiques vieillissantes. Et là, il y a un très gros problème, quand les personnes ont besoin de voir un spécialiste, par ex. pour les yeux, les poumons, le cœur. Puisque chez ces personnes-là, qui parviennent à vieillir maintenant, c'est la première génération. Le corps est quand même beaucoup mis à l'épreuve, et bien, ce sont des spécialistes qui ne connaissent rien à la trisomie. Et ils n'y arrivent pas. Par ex. pour les yeux, ils disent « *je ne sais pas faire, alors partez* ». Et donc il y a refus, presque. Alors, je ne critique pas, mais ils ne savent pas faire. Mais il y a un refus de soins, il y a une impossibilité de le faire.

4. Il y a aussi à Nantes, dans un hôpital qui soigne en gériatrie, des personnes Alzheimer attachées toute la journée. Parce qu'elles veulent fuguer. Pour moi, ce n'est pas tolérable à l'heure actuelle. Et là encore, je ne juge pas, c'est un fait. Parce qu'ils ne savent pas faire autrement et qu'ils n'ont pas de personnel pour faire autrement. Mais j'ai eu le cas d'une personne qui est arrivée pour un problème de… on n'arrivait pas à savoir. Là où j'étais, l'EHPAD nous renvoyait à l'hôpital, aux spécialistes en gériatrie, mais cette personne-là ne pouvait pas expliquer où elle avait mal. Et comme elle était agitée,

et que l'on n'arrivait pas à lui faire des radios, etc. parce qu'elle était agitée, cette personne en est arrivée à être violente. Elle a refusé de se soigner et finalement en est morte. Est-ce que c'est possible ça, à l'heure actuelle ? Ce sont des cas que j'ai suivi.

P. : Faisant avec des réalités du terrain, est-ce que c'est le manque de personnels qui viendraient répondre à ça ? Peut-être, mais faisant avec des réalités de terrain, on n'a pas ce personnel-là pour accompagner. Je pense que c'est un manque de complémentarité, une espèce de communication entre les services. Quand on amène une personne de l'EHPAD à St Nazaire, qu'on arrive à ce que le spécialiste s'en occupe, à maintenir à peu près la personne en bonne santé psychique et physique, et qu'arrivée dans un autre service elle se retrouve mise à mal, la problématique entre les deux, c'est la complémentarité, le partage dans les pratiques, c'est un dossier du patient qui ne devrait pas être des morceaux d'informations. Ça devrait être beaucoup plus fluide en 2019, à l'heure des smartphones. Pour information, je suis ancien Directeur de Nantes-économie. Je vois encore ces créations de papiers d'information dans tous les sens, alors qu'il devrait y avoir quelque chose de beaucoup plus simple. Et je ne comprends pas ces espèces de guerres de clochers entre « *je viens de tel établissement, information de telle manière, on va pouvoir le gérer de telle sorte* » et puis, *in fine* vu qu'on n'arrive pas à le gérer, on le renvoie dans son établissement, pas forcément dans un meilleur état que lorsqu'il était entré…

P. : Alors ça c'est un manque de moyens et peut-être une méconnaissance de ce public-là de la part du corps médical ?

P.1.2 : **5.** Je voudrais parler d'une action concrète que l'UDAF a mené, suite à l'appel à l'aide d'une association qui s'occupe du handicap, pour venir en aide à des jeunes patients, justement, atteints de pathologies mentales et que les dentistes n'arrivaient pas à soigner : par manque de temps, parce qu'il faut être extrêmement patient pour arriver à les calmer, etc. Et donc, on a réussi à mettre en place un service à l'hôpital pour que ces jeunes patients puissent se faire soigner et accompagner par des spécialistes vraiment spécialisés sur le sujet, sur le champ du handicap psychique.

Question : Ce sont des interventions ?

P.1.2 : Nous sommes intervenus auprès de l'ARS, auprès du CHU.

P. : C'est une réponse sur la question qui était posée juste avant.

P.1.2 : **6.** C'est par rapport à ce public-là. Il faut prendre le temps de soigner ces gens-là, ça demande un soin sur-mesure et on ne peut pas faire ça en l'imposant. Un médecin ne peut pas soigner alors que, vous disiez, il prend je ne sais pas combien de patients, six personnes à l'heure. On ne peut pas appliquer cette procédure à tout le monde. Il faudrait une médecine sur-mesure. Alors je sais que cela vaut le coup, mais pour autant…

Question : C'est la définition de la médecine, si je ne me trompe pas, le cas clinique, c'est le cas par cas, aucun patient ne ressemble à un autre ?

P. : Oui, et qui plus est, déontologiquement, on ne peut pas imposer à un praticien, un temps restreint (de consultation). Et ça, c'est dans le code de la santé, à l'article 91.

P. : Voilà, il y a un contresens très fort.

P.1.2 : **7.** On avait vraiment des familles démunies par rapport à une accessibilité aux soins dentaires pour leurs enfants parce qu'elles emmenaient leurs enfants chez un dentiste et que le dentiste bout de cinq minutes disait « *non mais, attendez ! Ça ne va pas être possible ! Partez !* » C'est d'une violence, c'était intolérable. Donc, maintenant, le CHU dédie la permanence d'un dentiste pour accueillir ce public-là.

Question : Et, est-ce que le public concerné est informé aussi que ça existe ?

P.1.2 : **8.** Oui puisque c'est une grosse association, c'est l'ADAPEI. Mais, même elle qui a pignon sur rue, dont on connaît les actions de cette association, n'arrivait pas justement se faire entendre.

P. : Vous avez agi ensemble ?

P.1.2 : Oui.

P. : Je voulais juste ajouter, qu'il y a maintenant des EHPAD qui, en plus d'un salon de coiffure a un salon dentaire. Et cela, c'est quand même super.

P.11.2 **1.** Donc, du coup, nous n'avons pas accès à SOS médecin. À Basse-Goulaine, il n'y a pas ; à Bertin, non plus et nous ! Donc, on doit appeler les Pompiers ou le 15. Et on doit se rendre par nos propres moyens à l'hôpital. Ceci est suffisamment grave, auquel cas ce sont les Pompiers qui agissent. À Palette, on a observé la fermeture d'un cabinet de radiologie. Donc, les patients qui étaient dans ce cabinet se retrouvent maintenant avec des délais pas possibles.

2. Autre point, c'est du factuel aussi, lorsque je suis arrivée en Loire-Atlantique, en 2002, j'avais deux enfants en bas âge, en 2004 ou 2005. J'ai eu besoin d'un dermatologue pour une de mes filles. À Nantes, les délais étaient longs, par contre à Clisson, un petit peu plus loin, c'était au moment des vacances, j'ai pu avoir un rendez-vous dans les 15 jours. Je suis resté chez ce dermatologue pour cet enfant qui est suivi régulièrement et qui est maintenant une jeune femme. Et les rendez-vous pour le suivi maintenant, il faut les prendre six mois à l'avance.

3. Autre cas, j'avais été envoyé par mon médecin généraliste vers une dermatologue en ville, à Nantes, qui m'avait reçu avec un délai classique, bout de 15 jours à moi à l'époque, c'était il y a une dizaine d'années. Maintenant, cette dermatologue n'est plus dans le même cabinet, elle a migré aux nouvelles cliniques nantaises. Et le délai d'un an ! Dont je n'ai pas continué à y aller.

4. Dernier point, j'ai été longtemps Administratrice d'une structure d'accueil petite enfance. D'abord, avec une garderie, une crèche pour faire simple et, dans la Loire, ces structures sont tenues d'avoir un médecin référent. Il nous a fallu cinq ans, je crois, pour qu'un médecin de la commune accepte d'en être le médecin référent, sachant que le médecin référent a comme tâche, on va dire, dans la structure, d'aider à la mise en place des PAI (projet d'accompagnement individualisé) pour des enfants qui peuvent être allergiques, comme dans une école. Et, il peut intervenir quand il y a urgence. C'est essentiellement, en général, sur les intolérances, les allergies, ce genre de choses. Ça peut être un projet pour un enfant porteur de handicap. Mais, sur des structures de 20 places... donc voilà, on a mis cinq ans avant qu'un médecin de la commune accepte ces deux impératifs qui sont quand même énormes, à savoir : s'il y a un problème avec un enfant, de pouvoir venir en urgence, à même d'abandonner son cabinet et de venir travailler avec nous les PAI et de les signer.

5. Pour compléter ce que disait P., c'est dans un autre département, à propos de patients en EHPAD. Il s'agit d'une amie très proche dont la maman est hospitalisée dans un établissement où il n'y a pas d'Alzheimer. Il lui arrive trois fois par an d'aller aux Urgences, à l'autre bout de la région parisienne. Elle est envoyée aux Urgences parce que soit elle est tombée, soit elle a un problème urinaire. Voilà, on l'envoie aux Urgences pour des choses qui sont justifiées, mais pour les problèmes urinaires, il reste à voir si c'est vraiment justifié. Elle se retrouve à l'hôpital, avec un dossier médical plus ou moins complet, qu'on a plus ou moins du mal à avoir, généralement avec son change. Donc, on lui a mis un sac d'urgence à prendre quand elle part à l'hôpital, mais la plupart du temps elle ne l'a pas avec elle. Et donc, c'est une personne qui revient totalement désorientée, qui met plusieurs jours à se réadapter et qui revient la plupart du temps sans qu'il n'y ait eu réellement quelque chose. Il est arrivé une fois où on lui avait dit : « *on ne savait pas où lui faire de radio parce que elle n'a pas su nous dire où elle s'était cognée en tombant* ». C'est juste inentendable. Si on l'a envoyée aux Urgences parce qu'elle était tombée, on devrait dire au moins où il est susceptible de s'être fait mal. Je vais passer pour être pénible, mais c'est un EHPAD où elle est depuis huit ans, qui a dû être revendu trois fois à des Fonds de pension. Donc là, se pose la question de savoir : fait-ton de l'argent sur le Service à la personne ?

P. : Quand une personne se fait mal et qu'elle est atteinte d'Alzheimer, est-ce que la solution à apporter c'est de soigner le mal physique, réellement, ou se servir de cette capacité qu'a la personne à se soigner d'elle-même ? Cette capacité que l'on estime avoir disparue. Je prends l'exemple d'une

personne qui est tombée dans les escaliers, elle se casse une côte. Elle a 80 ans et j'imagine très bien qu'elle mette plusieurs semaines avant de se soigner. Elle est atteinte d'Alzheimer, elle n'a pas conscience de ses maux, du coup elle s'est soignée deux fois plus vite qu'une personne normale, parce qu'elle avait une conscience de ses maux.

P. : Ma belle-mère était incapable de se rappeler qu'elle avait été opérée de la hanche, pour autant elle sait qu'il ne faut pas qu'elle se couche de ce côté-là, parce qu'elle a mal parce qu'elle a été opérée… donc quand elle se couche de ce côté-là, elle dit « *non, je ne peux pas parce que j'ai été opérée* ». Mais quand on lui parle de son opération de hanche, elle est incapable de la mémoriser, c'est la mémoire du corps.

P.12.2 **1.** J'habite Nantes depuis 15 ans. Habitant Nantes, j'ai eu recours SOS médecins, c'est bien pratique. À propos de la difficulté de trouver un médecin traitant, j'ai eu plusieurs refus, j'ai dû patienter. J'ai réussi à trouver un médecin qui a ensuite arrêté ses consultations. J'ai pu retrouver un autre médecin traitant. On peut parler de bouche-à-oreille, comme tout à l'heure, parce que l'on m'a conseillé d'entrer en relation avec lui.

2. Pour poursuivre dans ce relationnel parallèle, j'ai la même situation avec mes beaux-parents, qui habitent en Vendée. Ils avaient un médecin traitant qui arrêté et qui a été remplacé par un médecin à mi-temps. C'était le seul médecin qui était sur la commune et donc ils n'avaient pas le choix du médecin. Sauf qu'il s'avère que mon beau-père avait des problèmes de santé, la personne n'a pas voulu… (inaudible) Bref, il n'a pas été satisfait et il a voulu changer. Effectivement, aux alentours, ça n'a pas été possible de trouver un autre médecin. Donc nous en avons parlé à notre médecin à Nantes pour savoir s'il était prêt le prendre en consultation, il a accepté. Donc, il fait le trajet, c'est lui qui le souhaite, pour venir se faire vraiment soigner, pour avoir un suivi particulier, sur une pathologie particulière.

3. À l'inverse, mes parents qui habitent Chateaubriand, mon père a subi une greffe, il y a 10 ans. Alors là, ça va être la note positive, en tout cas pour moi sur le suivi et l'accès aux soins, c'est-à-dire que je n'ai eu aucun souci pour accéder aux soins et sur le suivi. Par contre, rien n'a pu se faire sur Chateaubriand. Tout s'est fait sur Nantes. Tout est pris en charge. Je n'ai pas eu à intervenir, mes parents ont pu être autonomes et gérer leur situation eux-mêmes par tout ce qui a été proposé en termes d'ambulance.

Question : Comment vous vous expliquez ces différences ?

P.12.2 : Après ce sont des pathologies sur la greffe, je sais que ce genre de suivi ne se fait qu'au CHU de Nantes. C'est par obligation. Pour mon beau-père, c'est une pathologie différente qui demande plus de temps à un médecin traitant, ce qu'il n'a pas pu trouver à proximité de son domicile. Donc après, quitte à partir sur La Roche-sur-Yon, il est allé consulté un médecin qu'on lui a recommandé.

P. : Normalement, concernant la situation de tout à l'heure, l'Ambulancier ou les Pompiers font une fiche d'évacuation qui est transmise, à l'hôpital. Elle comporte le numéro de téléphone du référent, le nom, un petit historique, etc. au niveau administratif, l'état civil de la personne.

P. : Ça pose la question de l'évaluation en elle-même, le suivi des procédures médicales.

P. : Je suis d'accord avec le docteur, c'est vrai que les procédures administratives existent, mais très souvent les ambulanciers viennent se battre pour un bon de transport. (Inaudible)

P. : Et puis la deuxième chose, si on veut libérer du temps au médecin, il faut le délivrer de la paperasse.

(…)

10.2 : **5.** Je voulais parler des transports. Cela concerne ma sœur, qui est hémiplégique, qui a eu besoin de soins dentaires. Si elle arrive à marcher chez elle, elle a besoin d'un fauteuil roulant dès qu'elle sort de chez elle. Elle dépend de « Proxitan ». C'est proposé par les transports en commun pour aider les personnes à difficulté motrice. Donc elle appelle pour dire qu'elle a pris RV dans 15 jours avec son dentiste, elle a hyper mal. Proxitan lui dit « *OK, on vous emmène, et puis vous vous débrouillerez pour*

rentrer car on n'a personne ». Voilà, je vous laisse méditer ! Ils la connaissent, car cela fait des années qu'elle s'en sert.

P. : Même s'ils ne la connaissaient pas !

10.2 : **6.** Oui. Comment est-ce qu'on peut raconter à quelqu'un qui ne peut pas se déplacer « *vous rentrerez (tout seul)* ». C'est formidable pourtant ce que Proxitan fait, mais là ils n'ont pas les moyens, je ne sais pas, mais ce n'est pas possible de laisser quelqu'un. Mais surtout, dans ce cas on lui dit « *je ne peux pas vous prendre* » plutôt que de dire qu'on fait l'aller et qu'il faut se débrouiller pour le retour.

7. Autre cas. C'est une personne que j'ai suivie qui était atteinte de maladie dégénérative, et donc il m'a expliqué que la MDPH aidait aux soins et aidait à tout ce dont on pouvait avoir besoin au fur et à mesure. Sauf que le temps de monter un dossier, par exemple pour un fauteuil roulant, la personne n'est déjà plus en capacité de se servir d'un fauteuil roulant. Donc, il faudrait encore là, un système particulier d'urgence, dont la maladie, on le sait très bien, malheureusement, va évoluer plus vite que les paperasses de la MDPH.

P. : Mn ce qui concerne la MDPH, c'est très variable selon les départements. À l'ile de la Réunion où j'ai travaillé 3 ans, en 3 semaine on obtenait ce que l'on demandait. Aux Antilles, où j'ai également travaillé, pendant 3 ans, alors là, il fallait un an et demi. Ici, c'est 6 mois.

P. : De plus, la MDPH participe à des frais, mais ce n'est pas systématique. Mais pour un fauteuil roulant, vous avez-vu le prix que cela coûte ? On a eu des exemples au CCAS de Ste Luce pour un fauteuil qui coutait très très cher.

10.2 : **8.** Ce Monsieur-là m'a dit (de la MDPH) : « *je vous conseille, quand vous avez ce genre de maladie, d'avoir de l'argent* » !

P. : C'est horrible d'entendre cela. C'est cynique. Comme si l'on choisissait sa maladie. C'est affreux ! Il vaut mieux être riche, beau et pas malade, et jeune. (Rires) C'est choquant d'entendre cela.

10.2 : **9.** Je voulais finir en disant que j'ai eu un pépin, il y a quelques mois, qui m'a fait très vite aller dans des circuits : chirurgien, IRM, des trucs et des machins. Et c'est le chirurgien qui m'a suivi d'un bout à l'autre, et franchement, bravo ! Je me suis dit « *c'est fait* », j'ai été prise en urgence à chaque fois, c'est toujours passé par lui. Là, j'ai un contrôle dans 15 jours, il a dit qu'il voulait absolument me revoir, alors là, j'ai envie de revenir.

P. : Voilà, il y en a qui sont bien.

P. : On en a tous rencontré des soignants formidables. Le manque de moyens est quand même criant à l'heure actuelle.

P. : S'il y a quelque chose qui ne va pas) c'est le système.

Question : Pouvez-vous étayer ce propos-là ?

(Une personne part)

Px. : À propos de la paperasse. J'ai un médecin assez génial. Il a commencé à suivre une de mes filles, il y a 15 ans, depuis, c'est devenu notre médecin de famille. Dans l'acception du terme, c'est-à-dire qu'il connait toute la famille et il est capable de mettre en lien les pathologies des uns avec la dimension familiale. Et souvent, quand on va le voir, il peste contre la carte Vitale, contre le machin électronique qu'on lui impose de payer tous les mois et qui coûte une blinde. Qu'il devait acheter, mais qui dysfonctionne régulièrement et qui, je reprends ses termes « le flique » sur les prescriptions qu'il fait à ses clients. Et, notamment, il râle, parce qu'on lui dit qu'il prescrit trop de Paracétamol. Mais lui n'envisage pas de laisser une famille dans laquelle il n'y a pas de Paracétamol pour pallier (à la douleur), c'est la base. Donc, il s'est fait rattraper sur le Paracétamol et sur un autre truc, mais vraiment (secondaire). Ce n'est même pas les antibiotiques.

Et donc, j'ai eu des problèmes urinaires récurrents, il m'a dit « *je te donne tel antibiotique, je vais avoir un contrôle, ce n'est pas grave, parce que je t'en ai prescrit il y a 6 mois, puis il y a 4 mois, et je t'en redonne.je vais surement avoir un contrôle, mais tant pis* ». C'est quand même hallucinant qu'il y ait derrière le libre-arbitre du médecin, son choix, sa compétence, qu'il y ait une logique comptable qui dise « *voilà, vous avez trop prescrit, vous avez trop fait ceci, vous avez trop fait cela* » et qui lui impose des coûts de fonctionnement. Je trouve cela anormal.

P. : C'est l'ARS qui contrôle ?

Px. : Je ne sais pas qui contrôle. Autre cas. Imaginez-vous, un généraliste à St Nazaire. Au chantier de St Nazaire. Il fait beaucoup d'arrêts de travail parce que les gens portent des charges lourdes, s'abiment, se blessent. Et donc, on va lui faire un contrôle, on va l'embêter comme ce n'est pas possible. Alors que celui qui ne soigne que des retraités ne fera jamais d'arrêts de travail, forcément. (Rires)

P. : C'est vrai, cela dépend de la population.

P. : C'est bureaucratique.

P. : C'est ce que l'on appelle « la simplification » peut-être ? On en arrive à une contradiction très vive. Vous parliez de « système ». Vous donnez l'illustration par rapport à ce que vous avez dit précédemment, à savoir « *comment on fait devant tout ça ?* » Et l'idée qui venait, c'est qu'il y aurait quelque chose de systémique dans cette affaire-là. Vous avez parlé de surveillance électronique…

Px. : Alors, oui, complètement. Pour moi, l'explication systémique est que, la santé, c'est un point de vue personnel, la santé est actuellement prise dans une dynamique, non pas de prévention, de soins, d'accompagnements et d'humain, mais dans une logique de comptabilité. Non pas de finances, mais de comptabilité.

P. : Sur beaucoup de questions, c'est la même chose.

Px. : Autre cas. Je vais apporter une autre expérience, car je représente les usagers dans un sens psychiatrique. Eh bien, pour avoir l'accréditation, il a fallu que tous les soignants remplissent un dossier énorme, qui détaille tous les moindres gestes qu'ils font, ainsi que leurs patients. Le temps que l'on passe à faire ça, à justifier ce que l'on fait, et on le fait en conscience, et bien il faut que sur le papier, ce soit justifié.

P. : Alors qu'il y a un manque de psychiatres...

Px. : On manque de personnel là aussi. Je sentais que j'étais obligé, moi aussi, d'aller dans leur sens.

P. : L'accréditation, c'est pour tous les établissements, pas forcément que pour les établissements psychiatriques. La première accréditation que j'ai faite, j'étais dans un grand hôpital parisien, j'étais chef de bloc opératoire, c'est une montagne de papiers. C'est quand même un système qui a un bon côté parce que ça oblige aux bonnes pratiques, ça oblige à réfléchir.

P. : Ça oblige à réfléchir, et à se remettre en cause.

P. : Oui, mais à quel prix ?

P. : On aurait pu aller faire de bonnes pratiques en procédant autrement.

Réponse : Je ne sais pas. Bref, ça a été imposé comme cela. Ça a parfois des bons côtés, mais à quel prix… bon, et puis, il se trouve que ma femme et moi, nous avons fait aussi un Master de gestion des établissements de santé. J'ai été affligé quand j'ai vu que c'était uniquement comptable, et le patient on passe complètement à côté.

P. : Cela, on l'entend bien dans vos propos, c'est que l'aspect humain, le facteur humain, la relation humaine qui pourtant un des leviers essentiels de continuité et de suivi, et bien l'on ne sait plus où il est.

P. : Par rapport à l'hôpital, l'ambulatoire c'est très bien, mais il faut que l'hôpital soit rentable, mais c'est une ineptie. Moi je fais partie du conseil de surveillance de l'hôpital, je ne sais pas trop ce que je surveille, c'est tellement une grosse machine ! Et à ma petite échelle, ça me paraît idiot. Tout ça pour dire que l'on voudrait que ce soit rentable, mais c'est comme l'éducation, l'école ça ne peut pas être rentable. Ce n'est pas rentable la santé. Ce n'est pas rentable, dans le sens où les gens se font soigner. Il faudrait alors axer plus sur la prévention, prendre les gens dans leur totalité, c'est-à-dire qu'on ne coupe pas en tranches, si on a mal quelque part, c'est peut-être le signe d'autre chose. Donc, c'est énervant cette histoire de rentabilité parce que l'on voit bien, à Nantes, il est question d'un nouvel hôpital. C'est vraiment un gros truc. Bon, pourquoi pas, personnellement, je n'ai pas d'avis, de ma place modeste, ça paraît compliqué. Mais, on parle du fait que ça doive être rentable, que ça entre dans les clous. C'est vrai que l'on ne peut pas dilapider l'argent public. Mais à côté de ça, j'ai l'impression qu'il y comme un tiraillement entre le fait de la rentabilité et le fait de soigner les gens.

P. : Mais c'est rentable de soigner les gens, c'est forcément rentable. Parce que quelqu'un qui va mal, il ne peut pas bien travailler, donc du coup il ne bosse pas, il part sur un arrêt maladie et ça coûte cher à la société. Ou alors, il ne peut plus travailler, donc il va se retrouver au chômage, ce qui veut dire qu'il va coûter à la société. En plus, il ne va pas avoir la bonne idée de cotiser et il ne va pas consommer. Donc, c'est très mauvais pour la société. Donc, soigner les gens, c'est un investissement.

P. : S'ils sont soignés à temps, s'ils sont soignés trop tard, c'est peut-être plus compliqué.

P. : On n'a pas parlé non plus des causes pour lesquelles les gens sont malades, par ex. le travail qui, des fois… de choses qui pourraient être changées, à la portée des politiques, il faudrait prendre des mesures vraiment politiques.

P. : La maison de santé dont vous parliez tout à l'heure, par ex. qui faisait de la prévention sur l'alimentation.

Question : Vous posez la question politique : comment ça se fait ? Pourtant, il y en a des mesures qui se succèdent, des réformes par le politique qui passent dans le juridique, la légalité. Comment expliquer cela alors ? Je parlais tout à l'heure de « simplification ». C'est un des termes qu'utilisent les textes de loi, et dans les réformes se sont souvent des termes très positifs qui sont utilisés : l'inclusion, en est un autre, etc.

J'ai fait une petite incise tout à l'heure sur la question juridique, mais les juristes s'accordent pour dire que certains textes ont des chausse-trappes, prévus pour autre chose, je referme la parenthèse. Mais, il faut vraiment être un expert dans le domaine, moi je ne l'aurais jamais découvert. Je pouvais le soupçonner dans certains travaux auxquels j'ai participé, pas forcément directement liés à la santé, mais liés au handicap ou à différents types d'entraves, et cela existe : il y a une ingénierie juridique qui est aussi à l'œuvre (qui ne vise pas forcément les objectifs proclamés publiquement). Je rejoins ici l'aspect systémique. Alors : intentionnel ou pas intentionnel ? Comment autrement expliquer cette impuissance politique ?

Px. : Le problème c'est que, ce sont des quinquennats et on ne prend pas le temps de mettre à plat des grands champs comme la santé, le logement, la fiscalité, etc. Ils n'ont pas le temps et ils veulent marquer de leur empreinte leur quinquennat et n'ont qu'un but : c'est d'être réélu. Excusez-moi, c'est un peu brut de décoffrage. Mais tout le temps où l'on n'aura pas une logique de long terme, visionnaire, on ne s'en sortira pas. Chacun veut défaire ce que le précédent a fait. Tant qu'il y aura des querelles d'égos, il n'y aura pas de vraie volonté d'aider, de faire une véritable politique publique de long terme et au bénéfice des gens et de tous, ce sera toujours comme ça. Alors là, c'est un vœu pieux, parce que franchement, il y aurait déjà des points à enlever. Mais enfin, tout est histoire de choix politique.

P. : C'est une question proprement citoyenne.

Px. : Parce que les gens ont du bon sens, on voit ce qu'ils font à l'heure actuelle. On le voit sur les services de tutelles, ce sont des logiques comptables qui sont décidées par Bercy, sans tenir compte

nullement des réalités que vivent les mandataires judiciaires, les personnes protégées. C'est d'une aberration totale.

P. : Et le grand débat ?

Px. : Attendons le 15 mars que les préconisations arrivent. Parce que là, ils mangent leur pain blanc. Voyons ce qu'ils vont en faire. Qu'ils se saisissent de cela et qu'il y ait une prise de conscience. Autre cas. C'est un avis personnel. Depuis les années 80, on est entré dans un projet qui est en même temps étatique et libéral. C'est-à-dire, les politiques que l'on a sont situées entre les deux. Alors, ils sont tous partis dans la même direction en accumulant, loi après loi, tous les ans, tous les deux ans, à chaque fois, il y avait de petites modifications et tout cela s'en va vers la privatisation. Aussi bien la sécu, le reste et tout. Ça a été très net, quand la dernière loi sur la Sécurité sociale est parue, l'année dernière, il y a eu un changement de mots. C'est-à-dire que ce n'était plus la Sécurité sociale pour la solidarité, je ne me rappelle plus des termes. Il y a eu un changement de mots pour permettre que le privé puisse maintenant entrer dedans. Et cette simplification dont j'entends parler depuis 25 ans, à la SIAP d'abord (service intersectoriel d'accueil psychiatrique) et puis dans différents domaines. En fait, ce n'est pas une simplification, c'est une complexification. Les gens ne s'y retrouvent plus et c'est fait exprès. Et donc, depuis un an et demi, on est bien partis pour une privatisation qui n'est même plus rampante, elle était déjà rampante dans le quinquennat précédent, et un peu dans celui d'avant. Mais là, elle n'est même plus rampante, elle est… (patente ?)

Question : Vous parlez du tournant de 1983 ? Au sortir d'un conseil des Ministres où il y a eu des changements déterminants d'orientation, mais qui ne se disait pas comme tel ?

Px. : Pendant 20 ans, ça s'est fait petit à petit, par petites touches.

P. : Oui, tout à fait, il y a un plan, il y a un système. Il y a des études en linguistique qui montrent bien les évolutions sémantiques, les transformations. Ce qui fait que les gens sont perdus aussi, car il faut devenir expert dans chaque domaine ; chaque partie de fonction publique est traitées différemment, c'est redoutable quand on y pense, quand on essaie de penser cette affaire-là.

P. : Il y a un terme qui est redoutable aussi, c'est le terme « charge sociale » alors que l'on devrait parler de « cotisation sociale ». Actuellement, on ne pense même plus à la cotisation, puisque l'on veut supprimer, soi-disant augmenter les salaires de l'entreprise en supprimant les cotisations sociales et en remplaçant par la CSG. Donc, on passe maintenant à la fiscalisation, et la fiscalisation ça enlève toute l'essence même de la création de la Sécurité sociale. Donc là, on marche à l'envers.

P. : Ça donne une autre vision…

P. : Il n'y a rien de cohérent, les choses n'ont pas de sens. On le voit quand on prend les domaines les uns après les autres. Que ce soit le logement, nous on connait bien à la Caisse d'allocations familiales, et puis d'autres secteurs. C'est devenu totalement incohérent. Et puis, les gens ne s'y retrouvent pas.

Question : Par rapport aux valeurs qui sous-tendent la vision portée autour de l'humain ? Ça a peut-être un autre sens celui-là ?

Px. : Autres cas. Je vais revenir sur l'accès aux soins, on en a parlé très rapidement tout à l'heure, de la numérisation et le développement, car c'est en train d'arriver : la télémédecine. Alors, là aussi, les indemnisations. Est-ce que cela pourrait, sur certains points, pallier à l'afflux trop important de consultations de « bobologie » ou qui pourrait être facilement faite, je ne sais pas, par liaison numérique ?

P. : Dans le même sens, je discutais ce WE avec un ami dentiste qui me parlait de ce qui se fait, je crois, au Danemark où ils voient arriver, pas forcément d'un mauvais œil, les métiers d'hygiéniste. De son point de vue, 60% de son activité est du détartrage, de la carie, on va dire de l'entretien et de la prévention. Et lui, il dit « *au Danemark, il y a une profession intermédiaire d'hygiéniste qui fait toutes ces tâches-là* ». Ce sont des gens qui étudient 2-3 ans et le dentiste va être sur les arrachages de dents, les implants, les actes plus techniques et chirurgicaux. Et il dit « *en fait, la vraie plus-value de dentiste,*

pour lui, elle est sur ces actes-là ». Je lui disais que quand même, la télémédecine c'était très inquiétant, que la personne soit face à un écran. Parce qu'en fait, quand on pense à ce qu'est une consultation médicale, ce que je repère c'est que : je dis au médecin ce que j'ai, après il me palpe, il y a une auscultation, puis il en tire son diagnostic. Si c'est de la télémédecine, ça veut dire qu'il y aura quelqu'un à côté, alors quid de cette personne ? Et comment sera-t-elle formée ? Qu'est-ce que ce sera ? Alors, les médecins n'auront plus que le déclaratif ? Dans ce que je ressens, il n'aura pas les moyens de vérifier. Donc la personne qui va être à côté de moi, quand je serai à cette consultation en télémédecine, ça sera qui ? Ça sera quoi ? Ça sera une infirmière ? Est-ce qu'elle sera compétente ? Quelle sera sa rémunération par rapport à des actes qui doivent peut-être excéder sa formation ? Le médecin, de l'autre côté, comment s'emparera-t-il des choses ? Est-ce que ça ne coupe pas le médecin ? Est-ce que ça ne le met pas simplement entre le déclaratif et puis l'image, ou la radio qu'il aura (devant les yeux) Du coup, il perdra la dimension humaine.

P. : Toute nouvelle solution amène de nouveaux problèmes. Sur l'aspect politique sur lequel nous étions précédemment, les solutions, les diagnostics ne sont pas forcément aboutis. Il y a aussi l'abord technique, il ne faut pas oublier que des évolutions forcément amènent des questionnements nouveaux. Sur ce qui a été remonté aujourd'hui, il y a de la qualité en quantité ! Mais on sera quand même obligé de s'arrêter-là pour cet Atelier.

Px. : En ce qui concerne les hygiénistes. On prend aussi ce chemin-là. Les orthoptistes maintenant prennent des actions qui empiètent sur ce que faisait autrefois l'ophtalmo. Maintenant, l'ophtalmo opère des cataractes et l'orthoptiste peut prescrire des lunettes. C'est vrai aussi pour l'orthophonie par exemple. Au début, il y avait toujours une prescription médicale pour un bilan orthophonique. Maintenant, il peut être fait sans prescription médicale. On prend ce chemin-là. Il y a aussi les infirmiers, c'est encore embryonnaire. Les infirmiers ultra spécialisés, genres « médix », je ne sais plus comment ça s'appelle (IPA, infirmier en pratique avancée).

Question : Les nouvelles formations de Master 2 ?

Px. : On est en train de créer une classe d'infirmiers supérieurs.

P. : J'en connais une qui accompagne les enfants diabétiques dans les écoles et qui est en capacité de faire… (inaudible)

Px. : Dans la consultation, il y a un aspect humain qui est absolument irremplaçable. Quelqu'un qui vient pour un problème de santé et qui au bout d'un moment, on va le voir se décomposer et fondre en larmes, on ne va pas le faire devant une caméra quand même !?

P. : Oui, la question des affects.

P. : Vous avez raison, car un patient a souvent confiance en son médecin et il y a des choses qu'il lui dira qu'il ne dira à personne, car, il y aura un tiers (dans la télémédecine).

Px. : Autre cas. On a parlé de cas particuliers, mais je voudrais juste évoquer des choses que l'on rencontre souvent. Les gens très très modestes (pauvres) qui ont très peu de moyens financiers et ne se soignent pas. Ils se soignent tardivement parce que, comme ils n'ont pas d'argent, ils repoussent et repoussent. Sauf qu'il y a un moment où il faut y aller. C'est aussi bien pour les dents, pour les yeux, que pour des maladies. Quelque fois ça aboutit à des maladies graves.

– FIN –

Atelier 3. St Fulgent, 12 mars 2019 (p. 39-56)

P.1.3 **1.** Je m'intéresse à ces changements parce que j'ai vécu des choses un peu difficiles. J'ai 2 cas. Juste avant le décès de mon épouse décédée il y a un peu plus de 2 ans. Elle avait fait un AVC. Je m'étais « engueulé », je ne peux pas prendre un autre terme, avec le médecin qui s'occupait des soins de suite. Parce que je voyais que l'état général n'allait plus. Elle est décédée dans la nuit suivant mon coup de gueule. Il m'avait dit qu'il était médecin et que je n'y connaissais rien. Mais je me pose toujours la question de savoir s'il avait les capacités de la soigner et s'il avait partagé les (informations) avec des confrères pour faire le bon choix des soins, les bonnes décisions pour la soigner. Voilà.

2. Mon 2ème cas, il y a 6 mois, j'étais aux Urgences à Montaigu, un lundi matin de bonne heure. J'étais tombé la veille sur un bras. J'avais grand mal, j'avais attendu jusqu'au lendemain matin et je me suis échappé des Urgences de Montaigu parce que l'on ne s'occupait pas de moi. Et, au bout de 2 heures, j'entendais le personnel qui rigolait dans les salles. On disait toujours qu'on allait venir s'occuper de moi. Et l'on ne s'occupait pas de moi. J'ai pris la décision de quitter les Urgences. Je n'avais pas demandé, parce que j'avais mal à un bras, mais j'avais trouvé ça un peu raide, on ne s'occupait pas de moi. Sans me dire pourquoi on ne s'occupait pas de moi et je savais qu'il n'y avait personne aux Urgences. J'étais arrivé le premier. J'avais vu, la porte était ouverte et je n'avais jamais vu d'autres personnes rentrer.

P.2.3 **1.** Je veux bien continuer sur le sujet. Je vais parler d'une situation arrivée aux Urgences. Je suis maman de 3 enfants, dont un sur lequel on a eu pas mal de soucis quand il était petit. On a couru les Urgences à droite et à gauche pendant de longues années. J'ai aussi des parents qui sont vieillissants et qui sont finalement confrontés actuellement à pas mal de soucis. Bref, la situation que je voulais exposer, justement, c'était par rapport à l'engorgement des Urgences sur la ville de la Roche. Les médecins généralistes envoient très facilement des patients aux Urgences pour passer des examens non-urgents : radiologiques, cardiologiques. C'est arrivé, il n'y a pas longtemps, à ma maman, le médecin voulait absolument qu'elle passe un examen cardiologique sans l'affoler sur l'urgence des choses, mais il lui a dit clairement que ce n'était pas la peine qu'elle appelle un cabinet de cardio. Que lui n'interviendrait pas non plus puisque les secrétaires, de toutes façons, faisaient le blocage et que le seul moyen d'avoir un examen cardiologique, c'était d'aller aux Urgences. Donc, elle y est allée sans *a priori.* En fait, elle y a passé la journée sans qu'effectivement l'on s'occupe d'elle, puisque ce n'était pas une urgence. Elle avait simplement besoin d'un électrocardiogramme. Et quand elle est ressortie sept heures après, elle a compris qu'elle n'y avait pas sa place. Voilà.

2. Je me pose alors la question : pourquoi les spécialistes, les cabinets de cardiologie et de radiologie n'ont pas cet impératif d'organisation, de garder les créneaux d'urgence chaque jour pour, effectivement, des patients qui ont besoin d'un examen urgent ? Mais qui n'ont pas non plus l'urgence vitale d'aller aux Urgences et d'engorger l'attente des services. Après coup, après réflexion de retour chez son généraliste, quand elle a vu, quand elle lui a eu raconté la journée, il n'était effectivement pas surpris et il lui a bien avoué qu'effectivement, c'était régulier que les médecins généralistes envoient aux Urgences, à défaut de pouvoir trouver des créneaux dans les cabinets.

3. Deuxième exemple. Une situation positive que je voulais mettre en avant. J'ai un garçon de 20 ans qui est asthmatique. Jusqu'à l'âge de 12 ans, on a couru les médecins de garde, week-ends ou nuits. Avant, finalement, d'obtenir le droit d'avoir du matériel chez nous. Du matériel hospitalier qui permettait d'intervenir. Mais donc, avant cela, on a couru les cabinets de garde de notre secteur géographique. On allait aux Landes-Génusson, à (inaudible), à Chauché, en pleine nuit ou en week-end. Ensuite, il fallait aller à la pharmacie de garde de ce secteur-là parce que l'on n'arrive pas à obtenir la pharmacie de garde qui serait pourtant plus près de notre domicile. Mais par rapport au secteur, il n'y a que ce nom de pharmacie à nous donner. Cela a été comme cela pendant de longues années jusqu'au jour où sur le secteur de Montaigu, il y a une maison médicale de garde où, effectivement, les médecins du secteur s'organisent et font des permanences. Le cabinet est à l'hôpital. On appelle

comme si on appelait le médecin de garde et on tombe sur le médecin qui nous demande de nous déplacer et qui se déplace si vraiment il n'y a pas d'autres moyens. C'est la panacée par rapport à avant où l'on ne savait pas où aller et où il fallait prendre la voiture pour aller dans un autre secteur. Voilà. Chez le médecin de garde, là où tout est centralisé, il y a une vraie réorganisation, comme une organisation de journée chez un médecin. C'est super positif et ça fonctionne super bien. C'est vraiment une avancée d'organisation.

P. Dans le journal départemental de la Vendée, il en est question.

P. Les médecins, de quelle distance viennent-ils ?

P. Ils viennent d'assez loin parce que c'est un périmètre de médecin de garde. Mais je pense que le secteur est assez grand et qu'ils sont nombreux.

P. Le médecin reste sur place, sauf si vraiment tu ne peux pas te déplacer, mais si tu peux te déplacer.

(…)

Animateur : C'est aussi l'objet de ces réunions, de soulever des problèmes et diffuser des bonnes idées.

P.3.3 **1.** On en a parlé hier, en réunion de voisinage. Je viens de la Meilleraie-Tillay. Je m'intéresse dernièrement au déplacement sanitaire. Donc, la grosse problématique sur notre secteur, on est en milieu rural, les gens ont beaucoup de difficultés à trouver un médecin référent. On a encore un médecin référent qui va partir, un médecin sur Monsireigne, commune limitrophe, qui va partir et qui n'est pas remplacé. Donc, il y a un certain nombre de personnes qui sont obligées d'aller chercher très loin pour avoir des médecins référents. Il n'en faut qu'un par personne, mais en trouver un c'est compliqué. Donc, le problème c'est que, maintenant, pour un oui ou pour un non, on envoie aux Urgences. Donc, on en a parlé à un moment des Urgences, c'est tout-à-fait ça.

2. Une situation que l'on m'a rapportée hier. Une personne qui a eu un cancer a été hospitalisée ; d'abord, on voulait l'emmener à Luçon alors qu'elle était soignée à la Roche-sur-Yon. Donc, elle est quand même allée sur la Roche-sur-Yon. Arrivée aux Urgences à la Roche-sur-Yon, on attend, on attend. Je ne sais plus, je ne sais pas trop à quelle heure elle est partie et jusqu'à 3 heures du matin, on ne s'occupait pas d'elle. Dans la nuit, son mari est rentré. Dans la nuit, ils lui ont dit : « *est-ce que vous voulez aller dans une chambre ou est-ce que vous voulez rester sur un fauteuil à attendre ?* ». Il a demandé d'aller plutôt dans un lit. Mais, ils l'ont transférée de la Roche à Montaigu, dans la nuit. Elle était assez satisfaite du service qui lui a été rendue après sur Montaigu. Mais, la famille appelle le matin pour savoir, pour avoir des nouvelles, ils ne trouvaient plus la personne. Ils ne savaient pas où elle était ! Donc, à force de chercher, c'est là qu'on a fini par lui dire qu'elle était rendue à Montaigu ! Voilà un exemple de personne qui va aux Urgences et qui attend. On m'a rapporté aussi le cas de personnes qui attendent des temps infinis et qu'on n'informe pas s'ils vont être pris en charge ou pas ; ils attendent, ils attendent, ils attendent… Quand on s'en va aux Urgences, normalement, c'est que c'est urgent.

3. Sauf que maintenant, c'est ça le problème, la problématique, il n'y a plus… (de service rapide ?) On m'a rapporté aussi hier que, dans un groupe aux Urgences, il avait fait « deux lots », excusez-moi du terme. Il y avait ceux qui étaient à la CMU, et bien… ils passaient en premier. Ceux qui n'avaient rien, qui n'avaient pas de couverture, passaient en premier. Alors, il y en a qui ont fini par se fâcher.

Question : Ceux qui avaient la CMU ou ceux qui n'avaient pas de couverture ?

P. : Ou la Sécurité sociale, normale, qui paie… Ceux qui « travaillent » et ceux qui n'ont pas de couverture. Ceux qui avaient la CMU, ils ont bien une couverture.

P. : Comment ont-ils fait pour découvrir qu'il y avait 2 « lots » ?

P.3.3 : Ils s'en sont rendus compte en discutant entre eux, en attendant, ça dure des heures… on n'est pas en train d'attendre 5 mn, c'est des heures… quand on est pris en charge à 3 h du matin, t'as été là certainement là depuis 8 h.

P. : Donc, ceux qui étaient assurés, ils attendaient ?

P.3.3 : Oui, et bien c'est comme ça qu'on me l'a rapporté hier. Je n'ai pas été voir.

Animateur : Comme on est dans l'expression individuelle, on a des observations du vécu et du vécu d'autres personnes. L'important, c'est que les éléments remontent. On prendra des précautions pour dire : éléments à confirmer, à vérifier, si c'est-ce de la rumeur ou pas. Il n'empêche qu'il y a des choses qui sont dites et c'est important pour essayer d'y voir plus clair. *A priori*, j'écoute, j'entends et je relate après. Je ne mets pas en doute, mais des fois, c'est un peu hallucinant ce qui se passe, la réalité peut défier la fiction.

P. : Oui. On entend… Il y a au moins des malades qui l'ont perçu comme ça. Après, même si ce n'est pas vrai, c'est grave qu'ils l'aient perçu comme ça. C'est à dire qu'il y a une façon de traiter les choses.

P. : C'est presque, si on veut, un autre sujet : apparemment, le personnel est très bousculé, ils n'ont pas le temps de s'occuper des personnes.

P.4.3 **1.** Maman de 3 enfants, de grands-enfants dont des jumeaux de 20 ans. Donc, j'ai connu le système hospitalier avec les jumeaux qui sont nés grands-prématurés. Donc, à courir les services, à faire les Urgences aussi. C'était en région parisienne, donc ce n'est pas du tout le même souci qu'ici maintenant. Mais quand on est arrivés en Vendée où je suis revenue, ils avaient 6 ans. Donc, pareil, j'ai couru les Urgences jours et nuits et j'arrivais au service pédiatrique à La Roche pour des crises d'asthme que je connaissais bien, malheureusement. Et on disait *« ah, bien oui, mais ils sont habitués, il n'y a pas le feu, on va vous les mettre sous tente et puis ça passera ».* Et puis, on vous les mettait sous tente et « *débrouillez-vous* », …et puis « *nous on s'en va* ». Donc pareil, là, toi tu gueules parce que, pour faire prendre conscience des affaires. Et après, tu as des médicaments miracles, parce que là-aussi tu as la chambre à la maison, tu fais tout chez toi. Donc, après, il n'y a plus à courir aux Urgences, mais c'est malheureux parce que ce sont des enfants.

P. : C'est une bonne solution… ça c'est sûr parce que tu ne cours plus, si tu peux faire à la maison pour les enfants… (sinon) c'est un vrai parcours…

P.4.3 : Nous avons eu les tentes et les soins, les garçons allaient avoir 10 ans. Donc (j'ai couru) de 6 à 10 ans.

P. : La recommandation que tu dis-là, c'est qu'il faut que des médicaments miracles soient administrés. Il faut que la médicalisation, dans des cas précis, soit mise en place au domicile. Comme il y a l'hospitalisation à domicile, on en revient à ça. Tu peux avoir aussi une hospitalisation à domicile pour des enfants qui ont besoin de soins, même les tout-petits. Même les plus grands, quand tu peux accueillir à la maison, parce qu'il ne faut quand même pas faire n'importe quoi.

Question : Pour vous, cela a changé les choses à ce moment-là ?

P.4.3 : **2.** Oui, parce que courir à droite et à gauche, après le travail ou en pleine nuit et après, le lendemain matin, retravailler, c'était un peu dur quand même… Parce c'est un vieil hôpital et parce que là, nous, on ne vous le propose pas, parce que j'avais les 2 (enfants) en même temps… Donc, ils avaient le droit d'être couchés dans un lit et leur maman assise sur une chaise, même pas dans un fauteuil. Et puis, vous êtes habituée : « *où on les met ? Bien, on y va* » et puis... on les entend rire, prendre le café et toi, tu te dis « *j'ai besoin d'aller prendre un café ou d'aller au petit coin* », tout bêtement. Tu cherches quelqu'un dans le couloir (et tu aimerais bien demander) : « *bon, bien, je m'absente 5 mn, est-ce que vous pouvez surveiller mes enfants ?* » Ben non (là, ce n'était pas possible), voilà.

3. Puis, autre exemple. Ma maman a fait un AVC, elle a été prise en charge par les Pompiers, ça il n'y pas de souci. À l'hôpital des Sables d'Olonne, l'interne (a dit) : « *bon, vous avez 80 ans, ben oui, c'est normal, c'est l'âge. Ce n'est pas urgent* ». Donc, il y a quand même eu une prise en charge au bout de 3 heures et après, ils l'ont transférée à nouveau sur la Roche où elle était prise en charge par un bon neurologue. Elle s'en est sortie. Mais l'interne qui lui parle de ses 80 ans, c'est inadmissible. Qu'on le pense, il y a la surcharge de travail, bon d'accord, mais on ne le dit pas devant les gens ! Parce que moi, ce soir-là, je crois que j'aurais pu rentrer dans la personne, je l'aurais fait. Donc, après, c'est vrai, il y a eu une bonne prise en charge. Il ne faut pas dénigrer le personnel qui essaie de faire bien. Il y a le bon, il y a le mauvais, mais il y a des fois où il y a des paroles qui ne se disent pas. Voilà… pour ma part.

Animateur : Ici, ça touche à la confusion des lieux, des espaces professionnels où les gens peuvent être blessés en tant que patient ou accompagnant un patient, par la vie des professionnels entre eux et les propos tenus.

P.4.3 : **4.** Voilà. J'ai un cas. Dernièrement, en Bretagne, mon beau-père qui était atteint d'Alzheimer a été placé. Ils ne l'avaient pas suivi à l'hôpital. Il est décédé en l'espace de 8 jours après son placement, sans manger, sans boire. Et l'on s'est aperçu qu'il se déshydratait. Ce n'est pas possible de ne rien dire et là, on m'avait répondu : « *c'est normal, il avait Alzheimer, on ne s'avait pas ce qu'il fallait faire* ». Ça non plus, ça ne se dit pas. Cela se passe aussi dans les centres de suite, malheureusement… tu vois des choses.

P.5.3 **1.** Je suis actuellement sans emploi. J'habite à Chauché. J'ai des jumeaux de 7 ans. Mes garçons ont un retard de langage. Depuis qu'ils ont 3 ans, ils ont inventé leur propre langage. Ils comprennent ce que l'on dit et ils inventent des mots pour nous parler. Et c'est tardivement, depuis l'âge de 2 ans, que j'ai signalé qu'ils ne parlaient pas. Ils disaient (juste) « *maman, papa* ». Cela a mis beaucoup de temps avant que je puisse faire reconnaître cela. Surtout à l'école, on me disait : « *ça va venir, ça va venir* ». Puis finalement, j'ai réussi, la maîtresse, en moyenne section, qui a mis tout de suite le holà, a dit qu'il fallait voir la MDPH parce qu'il y avait un gros problème. C'est vrai que cela a accéléré les choses et on a mis des choses en place. Mais après, cela s'est ralenti. Parce que la MDPH a bien retenu qu'il y avait un souci, mais il fallait diagnostiquer vraiment ce que c'était. C'est à moi de chercher, c'est à moi de trouver les spécialistes, c'est à moi de téléphoner, etc. Et à côté de cela, la MDPH me dit juste : « *On ne peut pas vous aider, nous on reconnaît le handicap et c'est tout* ».

2. Et suite à cela, il y a eu pas mal d'examens administratifs, qui prennent beaucoup de temps, ce qui retarde toutes les démarches. Ou bien, l'on ne prend qu'un des enfants au lieu des deux, parce que malheureusement, ils ont la même date de naissance… L'on me dit qu'il y a même date et même nom de famille. Par contre, je n'ai pas mis le même prénom… Donc, du coup, une AVS a été choisie et pas deux ! Donc, il faut repasser, refaire accélérer les choses pour que mes 2 enfants puissent avoir une AVS.

3. L'année dernière, une erreur administrative a encore eu lieu, enfin une erreur de sigle, qui a fait qu'un de mes fils était diagnostiqué autiste alors qu'il ne l'est pas. Donc, on n'a pas eu le SESSAD (service d'éducation spécialisée et de soins à domicile) et afin d'obtenir le SESSAD, j'ai dû repasser en commission et me justifier. Pourquoi passer en commission ? Donc, ça a été compliqué et dur pour que mes 2 enfants fassent le parcours alors que ce n'était pas grave. C'est simplement un problème et là, actuellement, on est de nouveau en commission pour bientôt, peut-être, une ULIS (unité localisée pour l'inclusion scolaire) l'année prochaine, parce qu'à 7 ans, ils ne parlent toujours pas. Et on a dû faire des bilans à droite, à gauche. Et on a fait un bilan au CRTA, le Centre Référent du trouble des Apprentissages, à Nantes et le bilan final a été fait à la Roche-sur-Yon avec un médecin de là-bas. Mais notre rendez-vous a été repoussé sans cesse.

4. Tandis que nous, on avait une date butoir pour emmener les bilans à la MDPH. Et au bout de 3 déplacements de rendez-vous, on a fini par y aller. Et pour nous rassurer, elle nous a dit qu'elle transférait directement son compte-rendu à la MDPH parce qu'elle a des contacts. Finalement, la commission va bientôt passer, mais ils n'ont toujours pas le document et quand j'ai rappelé l'hôpital,

on m'a dit que le bilan était tapé. Ils attendent la signature du docteur. Et quand je me suis énervée en leur disant « *mais, choppez-la dans le couloir, faites-lui signer, parce que…* ». Elle m'a dit « *il n'y a pas de soucis, je fais passer le message* ». Et j'attends encore de savoir si cela va être bon ou pas, sa réponse : est-ce qu'ils vont passer en commission ou pas ? Ou, si cela retarde tout : est-ce qu'il y aura assez de places pour l'ULIS ? Il y a déjà 9 enfants et il faut 2 places. Cela veut dire les mettre en CP normal. C'est très compliqué, donc je suis toujours dans le flou de l'avenir de mes enfants pour l'année d'après. En plus, cela me bloque professionnellement, je ne peux pas, en plus, me trouver un boulot avec tout cela parce que je passe mon temps à faire les démarches. Et je ne peux toujours pas savoir ce qu'ils ont… si cela va évoluer. On nous dit aussi qu'il va falloir qu'ils apprennent un langage des signes et que nous l'apprenions aussi, mais c'est payant…

Question : Il n'y a toujours pas de diagnostic fiable qui a été apporté ?

P.5.3 : Non, on a été voir un généticien qui fait des tests, mais c'est tout.

Animateur : Il vous faut du courage, effectivement. Manifestement, vous avez repéré des problèmes de coordination, entre la pression administrative, d'un côté et des délais de l'autre.

P.5.3 : On nous obtient le SESSAD, mais on nous dit « *il y a 2 ans d'attente* ».

P. : Vous avez le sentiment à un moment qu'on ne peut pas les diagnostiquer parce que l'on a pas de place à leur donner ?

P.5.3 : C'est ça. Ou qu'il n'y a pas assez de personnel, ou pas assez de places pour pouvoir accueillir tout le monde. Moi, mes enfants ils vont avoir 7 ans, ils ne vont pas pouvoir rester en grande section et à un moment, il va falloir qu'ils avancent. Un CP normal, je ne sais pas si cela va être bon pour eux, ils auront toujours des AVS, mais la barrière du langage reste et si des écoles ou des instits ne sont pas formés pour…

L'AVS qu'ils ont actuellement est très bien. Elle va essayer de voir pour les suivre, s'ils ne vont pas en ULIS l'année prochaine, parce que c'était une ancienne éducatrice spécialisée. Elle est très bien et cela fait 2 ans qu'elle les connaît. Donc, elle sait très bien comment travailler avec eux. Mais si ce n'est pas elle, mais quelqu'un d'autre, il faudra donc repartir à zéro. Et puis de l'aide, ils n'ont plus de pédopsychiatre depuis qu'ils ne sont plus au CAMSP (Centre d'action médico-sociale précoce) parce qu'ils ont dépassé l'âge. Je n'arrive pas à trouver un pédopsychiatre. Je n'arrive pas à trouver un psychomotricien qui prendrait mes 2 enfants parce que l'on me dit souvent : « *un enfant, pas les 2* ». Moi, je ne peux pas, ce n'est pas possible. Le CMPP c'est pareil, j'ai fait une demande, mais je n'ai pas de place. Le CMPP (Centre médico-psycho-pédagogique) est un Institut pour les enfants. Là, on m'a dit que l'on pourrait peut-être avoir un pédopsychiatre, mais il n'y a pas de place.

P. : Il faut savoir qu'à Montaigu, il n'y a plus de psychiatres. Ils sont 2 et travaillent le mardi et le mercredi. Et en journée, ils sont sur 2 lieux. Et puis, sinon, ils sont sur la Roche. Et l'infirmière, c'est pareil.

Question : Comment vous avez compris qu'il n'y avait pas de place ou que d'une certaine manière l'on cherchait à vous retarder ?

P.5.3 : De toutes façons, c'est en attente. On me le dit : « *il n'y a pas de place. Il y a 1 ou 2 ans d'attente* ». Donc là, je calcule. Mes enfants ont 7 ans, on pourra les prendre en charge à 9 ans, c'est bien. Après voilà, je me doute, il n'y a pas de places, mais…

Question : Mais ça ne va pas au-delà de cela ?

P.5.3 : Non.

Question : Apparemment, ils sont impuissants…

P.5.3 : On ne nous donne pas une autre piste. On m'arrête là, il n'y a pas de place, il faut attendre.

Question : Ce n'est pas suivi d'effets. C'est-à-dire que la MDPH finit par le savoir à un moment donné parce qu'elle fait des orientations. Elle continue à faire des orientations sachant qu'il n'y a pas de place ? Ils travaillent à vide ou à plein ?

P.5.3 : On m'a parlé du SSEFIS (Service de soutien à l'éducation familiale et à l'intégration scolaire), en me disant que c'était un groupe spécial pour les enfants qui ont un retard de langage. En me disant : « *il faut appeler là-bas* ». Mais quand j'ai appelé, on m'a dit que « *pour l'instant ce n'est pas monté, c'est juste un projet* ». Il n'y a pas de financement.

Question : Une structure expérimentale ?

P.5.3 : C'est ça. S.S.E.F.I.S. À la base, c'est pour les enfants malentendants ou complètement sourds ou autres, liés au langage. Mais ils voulaient faire une série spéciale pour les enfants qui ont un retard de langage et de l'évolution, car ils ont aussi un retard. Mais, pour le moment, c'est juste à l'état de projet. C'est-à-dire pour l'instant, ils prennent le nom des enfants pour monter un dossier, pour dire qu'il y a tant d'enfants. Mais ça n'existe pas. Après, on nous dit « *oui, à Nantes* », à la limite. À Nantes, il y a plus de places, il y a plus de professionnels adaptés. Mais je ne peux pas envoyer mes enfants à Nantes.

Question : Au départ, vous aviez constaté qu'il y avait un petit progrès, mais ils étaient tout jeunes en fait. Mais depuis le moment où vous avez signalé ?

P.5.3 : La mise en place pour la MDPH, grâce à l'instit qu'ils avaient en maternelle. Cela a été très vite. Autant, la 1ère institutrice en Petite section, elle avait trouvé ça normal, c'est des jumeaux, c'est normal, ça va venir. Et puis, arrivés en Moyenne section, au bout du 1er trimestre, elle m'a dit « *il y a quelque chose qui ne va pas, il faut aider vos enfants* ». Elle nous a demandé à ce qu'ils voient le psychologue de l'école, alors qu'on l'avait demandé en Petite section. Et le psychologue de l'école avait dit qu'il fallait absolument faire une demande à la MDPH pour qu'ils aient une AVS, qu'ils aient un suivi, car ils ne pouvaient pas progresser tout seul.

Animateur : L'avis de spécialiste à un moment donné permet de faire la différence. Merci de ce témoignage qui est poignant, car on voit combien vous êtes toujours impliquée, toujours.

P.5.3 : On ne voit pas la fin. Ou cela n'avance pas. On ne nous dit pas ce qu'il faut faire. Mais on n'a jamais de RV. Alors que nous, parents, on veut des résultats, on veut quelque chose et que ça dure longtemps, mais pendant ce temps, ils perdent du temps.

Animateur : Le temps des soignants n'est pas le temps des parents…

P.6.3 Quand je l'entendais parler, je me disais, ça n'a pas évolué. Ma fille a 36 ans maintenant. Elle a bien évolué depuis, mais à l'époque, elle était malentendante. Alors, on a fait diagnostiquer sa surdité qui était due à des otites. Il fallait un suivi autrement. Et déjà, pour avoir un RV avec le psychologue de l'école, c'était compliqué. Puis après, l'orthophoniste, c'était compliqué aussi. « *Ils ont toujours le temps* » nous disait-on, mais ils en perdent du temps, les enfants. Alors, nous, on se dit « *ce n'est pas vrai, elle pourrait* (faire quelque chose) ». Ça va à contresens de ce que nous dit l'éducation des enfants, comme quoi il ne faut pas perdre de temps.

P. : Non, il faut être là au moment quand ils ont besoin.

Plusieurs voix : …À l'instant T, il faut réagir tout de suite, au bout d'un an, le gamin, il a le temps de végéter… c'est un parcours du combattant.

Animateur : Il faut prendre le temps, sauf quand des problèmes sont repérés. Encore faut-il les repérer ou vouloir les prendre en compte.

P. : Ou alors, que les parents les repèrent et que les spécialistes vous disent « *vous n'êtes pas médecin donc vous ne savez pas ce que vous faites. Nous, on est médecin, nous on a fait des études, donc on sait ce qu'ils ont* ».

P.6.3 : Et, les dossiers, ils les ont vu, mais ils n'en ont jamais parlé avec mes enfants. Ils nous laissent parler pendant une heure, puis après on voit si on a compris ce qu'ils ont dit. Et bien moi, je peux dire que non, je n'ai rien compris.

P.7.3 J'ai 3 grands enfants, un de 37 ans. Je suis grand-mère plusieurs fois. Je me posais la question de savoir comment faire quand on n'a pas de médecin ? Dans notre quartier, sur Pouzauges, les médecins qui s'en vont ne sont pas remplacés. Mon mari et moi, on allait sur Mouilleron. Quand je suis arrivée, il y avait 3 médecins. Ils sont tous les trois partis à la retraite, à l'âge normal. Et actuellement, le seul médecin qu'il y a, c'est une dame de 80 ans. Mais aujourd'hui, je conduis encore, je me dis : « *pas de problème, je peux aller plus loin* ». Mais toute une population qui est vieillissante ne conduit plus… et cette dame ne se déplace pas non plus à domicile. On fait comment ? C'est la question, parce qu'il y a les renouvellements d'ordonnance à faire.

P. : Ce n'est pas un record, parce que récemment, on a vu à la télé un médecin qui exerce encore à 94 ans, il avait la pêche. C'était par défaut et il a dit : « *tant que je suis debout* » !

P. : Ce sont des exceptions.

P. : Oui, et en même temps, c'est fatigant comme métier.

P. : On se trouve devant des secteurs de déserts médicaux.

P.7.3 : J'appelle ça le désert médical. C'est plus facile de se faire soigner par les spécialistes. Mon mari a passé une radio, il y plus d'un an, pour une hanche. Donc, la doctoresse a dit « *Non, non, il n'y a pas d'urgence pour l'instant* ». Elle donne une ordonnance pour le kiné. Sauf qu'il n'est pas allé voir le kiné aussitôt. Je lui ai dit « *écoute, si tu veux bénéficier de ton ordonnance, il va falloir que tu te décides* ». Il a fini par se décider, le kiné a vu l'ordonnance. Quand il a vu mon mari, il est venu me trouver dans la salle d'attente, il a dit : « *vous n'avez pas de radio ?* ». J'ai dit « *si, je les ai données au secrétariat* ». Il va voir au secrétariat, il regarde les radios et vient me trouver : « *je suis désolé de vous dire, mais ce n'est pas du travail pour moi. Voyez un chirurgien*. *Attendez, je vais quand même demander à mon collègue* ». Donc, il a montré la radio à son collègue qui a confirmé. Mais normalement, on doit passer par son médecin, mais comme j'ai été suivie pour mon genou pour lequel j'ai été opérée, il y a 4 ans, avec un suivi régulier, j'ai rappelé mon chirurgien. Et bien, la semaine qui a suivi, il a obtenu un RV et deux mois après, il a été opéré. Maintenant, il est content.

P. : Les spécialistes vont plus vite…

P.7.3 : Voilà, c'est plus facile d'avoir un spécialiste que le médecin de famille, pour un suivi médical. C'est le médecin généraliste, quand il a vu la radio, pour lui, il n'y avait pas d'urgence pour une opération.

Plusieurs voix : Alors… ça pose la question de la compétence des… ou alors, entre le moment où il y a eu la radio… a priori, le kiné a moins de formation que le médecin.

P.7.3 : Au niveau des radios, ils savent les lire. Et puis, quand il l'a bougé (manipulé), je pense qu'il y a eu une évolution entre les deux. Je pense que pour lui, dès la 1ère radio, entre les deux, cela a bien évolué. Donc, c'est quand il a commencé à le manipuler qu'il s'est rendu compte… ils connaissent quand même un peu…

P. : Par rapport à la maison médicale, on nous a dit « *vous verrez, il y a une maison médicale qui va ouvrir au mois de juin* ». Le médecin généraliste, qui a bientôt 60 ans, n'a pas envie de partir actuellement. Mais actuellement, la maison médicale ouvre sans médecin généraliste.

Question : À quel endroit vous dites ?

P. : Pour trouver des dentistes sur Montaigu, c'est la galère. Donc, on monte à Nantes. Pareil, là, il faut la voiture, donc ça a un coût. Mais le généraliste, depuis 2004 que je l'ai, d'ici 4 ans, il sera parti, il ne

va pas être remplacé. Et il n'y a personne. Ils ont fait des appels, même sur les réseaux sociaux *via* Facebook, tout ça.

P. : Et pourtant, Montaigu, ce n'est pas loin de Nantes… On dit quec'est trop loin de la mer. On est mi-mars et la maison de santé ouvre au mois de juin. (…)

P.8.3 **1.** J'habite dans le secteur de Challans. Je me demande s'il faut continuer à faire de la pub pour le dépistage du cancer du sein parce que c'est un examen que je ne fais pas de gaité de cœur. Cela me fait toujours très mal et j'ai un peu de retard à prendre RV. Il y a quelques semaines, en mars, j'ai voulu prendre RV et on m'a dit : « *rappelez plus tard parce que c'est plein jusqu'à fin juin et on n'a pas le planning de juillet. Rappelez régulièrement* ». Je dis : « *vous n'avez pas une idée de quand vous aurez le planning ?* » Non ! Alors j'ai dit : « *qu'est-ce que vous appelez "régulièrement" ?* » Bien, il y en a qui appellent tous les jours ou toutes les semaines… J'ai peut-être un peu mal parlé, mais j'ai dit que cela ne serait peut-être pas plus simple… enfin, c'est con comme système, cela ne serait pas plus simple de prendre pour vous les noms et une liste d'attente ? On nous dit de faire comme ça. Donc, elles doivent passer leur journée à répondre, parce que je les ai prises au mot. Je n'ai pas appelé le lendemain, mais 2 jours après et j'ai eu la même réponse.

P. : Elles passent leur temps à répondre au téléphone… c'est dingue !

P. : C'est un cabinet privé, parce que maintenant… Depuis de nombreuses années, je le faisais à l'hôpital, mais l'hôpital de Challans ne le fait plus. Alors, voyant cela, au bout de 3 appels, je me suis dit « *comme on a la liste, je vais appeler le CHD (Centre Hospitalier Départemental) peut-être que cela se passe mieux là-bas* ». Oui, on pouvait me prendre le 4 mars 2020 ! Pour un dépistage. Donc, je n'ai pas pris de RV. Je me suis dit qu'à Challans, j'aurais peut-être une chance. J'ai rappelé plusieurs fois. Et aujourd'hui, ce matin, j'ai rappelé et ça y est ! Ils ont le planning du mois de juillet. Donc, j'ai un RV au mois de juillet.

P. : Ils ouvraient le planning le 1er mars. Il y a une queue comme pour les manifs. Les gens font la queue, le matin. Les gens vont devant le machin. Ils arrivent à 6 h du matin, alors que cela ouvre à 8 heures… Comme pour un spectacle.

P.8.3 : **2.** Autre situation, qu'on m'a rapportée. C'est samedi, en discutant avec quelqu'un. Le monsieur a eu, il y a quelques semaines, un blocage lié à une hernie discale. Il était bloqué. Donc, il est allé aux Urgences, ce n'est pas en Vendée, c'est à Chollet, pas loin de chez nous. Il n'y avait pas de place pour l'accueillir. Il a attendu dans le couloir, des heures, je ne sais pas combien. On lui a administré des médicaments et on lui a dit : « *bien, maintenant vous pouvez rentrer chez vous. Appelez votre femme pour qu'elle vienne vous chercher* ». Sauf qu'il n'arrivait pas à tenir assis. Il a dit : « *bien non, vous voyez, il me faut un véhicule. Je suis incapable de faire le trajet assis* ». Il avait mal et on lui a dit : « *bien, non, vous n'avez pas eu d'intervention donc, vous ne pouvez pas avoir d'ambulance* ». Voilà…

P. : Tu es en accident de travail, tu as le droit d'avoir l'ambulance pour t'emmener à tes soins, faire tes visites. Je fais faire régulièrement mes blocs au centre antidouleurs ; là, on est à tes soins. Tu es en accident de travail, tu as droit à ta prise en charge. Mais si tu te retrouves en maladie ou en invalidité, tu n'y as plus le droit. Alors que c'est toujours le même problème, pour l'amphétamine, la morphine, tu n'as pas le droit de conduire. Tu es en maladie, tu n'as plus le droit. Ou bien, tu y vas toute seule.

(Brouhaha)

P.9.3 **1.** La question que je pose, c'est : dans quelle société on vit ? Parce que, finalement, on sent qu'il y a des choses qui ne tournent pas rond. Il n'y a pas assez de Pompiers, il n'y a pas assez de médecins, pas assez de spécialistes. Et en même temps, je ressens une administration qui est pointilleuse, on gratouille les papiers, on soigne… il faut en passer par là peut-être, pour aller là-bas et ainsi de suite. Disons qu'en théorie, cela a été voté, mais après, il faut gérer. Il y a peut-être aussi l'allocation des médecins qui n'est peut-être plus ce qu'elle était il y a 15-20 ans ou 50 ans ? Je ne sais pas. Est-ce que les patients sont exigeants ? Je ne sais pas, ce sont des questions que je me pose.

2. On parle des Urgences… (inaudible). Et puis, autrement, est-ce qu'il n'y aurait pas des pathologies bénignes qui pourraient se soigner avec l'automédication ? Il faut, de mon point de vue, retourner au bon sens, parce qu'une migraine peut n'être traitée que le lendemain. Je ne suis pas médecin… mais il y a des médicaments que l'on peut avoir sans ordonnance, il y a des soins. Quand même, des fois, des personnes, une partie de la société, pourrait éventuellement désengorger indirectement (les Urgences) et favoriser (la prise en charge de) certaines pathologies plus graves.

3. Si on parle des Pompiers, c'est pareil. Quand on appelle les Pompiers pour aller chercher un chat sur une toiture, alors qu'en même temps, il y a peut-être un accidenté sur la route, je pense que ce dernier est prioritaire. Bon, il y a des incohérences qui m'inquiètent un peu. C'est là-dessus que je suis un peu révolté. Quelqu'un qui vient aux Urgences pour des soins, il s'agit de savoir si c'est urgent, s'il y a des soins qui le nécessitent, c'est mon point de vue. On peut retrouver une part de logique, c'est comme cela que je le vois. Des solutions, je n'en ai pas.

Animateur : Dans la façon de poser le problème, il faut impliquer toutes les parties prenantes, parce qu'il n'y a pas de raisons de ne pas discerner, de ne pas faire la part entre ce qui serait un abus, ce qui serait une consommation de soins ou de recours excessifs aux soins et pour d'autres situations d'importance beaucoup plus grave qui nécessitent l'urgence. L'on pourrait souhaiter qu'il y ait des spécialistes ou des médecins qui puissent le repérer, ne serait-ce que pour permettre de comprendre pourquoi on attend aux Urgences. Par exemple quelqu'un qui vient d'avoir un arrêt cardiaque, il va être traité tout de suite. Quelqu'un qui s'est brisé un os et dont le niveau de douleur est élevé… Si certaines fois, il y avait plus de communication auprès des personnes qui patientent, cela passerait mieux dans les files d'attente. J'ai l'impression que vous avez déjà attendu un certain nombre de fois mais que vous avez pris votre mal en patience, que vous avez différé, par rapport au médecin ?

P.5.3 : Ce que je m'aperçois, je vois des médecins aigris, qui sont un peu… Que peuvent-il rencontrer finalement dans leur cabinet ? Est-ce que ce seront des patients qui vont leur dire ce qu'il faut mettre sur l'ordonnance ? Ou qui ne vont pas suivre le traitement qui leur avait été imposé ? Je ne sais pas, je n'ai pas réponse à ça, je n'ai pas eu l'impression. Mais on sent des épines, si on lui parle de travail, cela va partir en vrille. Mais, le pire c'est quand on est en retard, par exemple de 5 mn et qu'on nous dit « *vous êtes en retard* » alors qu'une autre fois, j'ai attendu 1 h avec les jumeaux dans la salle d'attente et on m'a demandé de faire moins de bruit…

P. : Il se passe des belles choses parce que, B. en est témoin, car quand il avait fait son AVC, il était avec moi. Et les Pompiers étaient là, ils sont partis à la Roche en urgence et, deux heures après, il a retrouvé sa mobilité quoi… il y a des choses…

Px. : J'ai le cas inverse. Il fallait qu'elle ait des soins. C'était un soir, à 11 h, elle avait été piquée, je ne sais plus ce que c'était, elle s'était mise à vomir. On a appelé le SAMU et il a fallu énormément de temps pour l'attendre. On a bien pensé au médecin coordinateur, mais il aurait fallu encore du temps pour l'attendre. Après, ils nous ont dit : « *ok, bon, je vais vous envoyer les Pompiers* ». D'abord, on avait téléphoné aux Pompiers. Les Pompiers sont arrivés 3/4 d'heure après pour s'occuper de ma femme. Tout-à-coup, il y a une voiture qui est arrivée, qui était arrêtée sur la route. Quelqu'un qui transportait son beau-père vers l'hôpital. Il avait appelé les Pompiers comme moi, mais ça ne fonctionnait pas. Comme il a vu les Pompiers sur le bord de la route, il a dit « *on va voir* », à quoi ils ont répondu « *ok, pas de soucis. On va examiner la dame et après on examine monsieur* ». Ils ont examiné monsieur. Puis, ils ont dit « *pas deux personnes dans l'ambulance. Vous roulez devant et puis on vous suit. S'il y a un problème...* »

Bon, on ne savait pas ce qu'il avait le monsieur, c'était un ancien. Je pense qu'il avait eu un coup de fatigue, c'était à l'époque où il faisait chaud, un coup de chaleur ou un truc comme ça. Bon, ils ont suivi l'ambulance jusqu'à Fontenay. Une chance, on est arrivés à Fontenay, aux Urgences, il n'y avait personne. Vu la situation géographique, les Pompiers ont dit où nous transporter. À la Roche, ce serait le plus près… Vu que le Monsieur était arrêté, il fallait aller à Fontenay. L'ambulance était arrêtée, il y avait des feux rouges à Fontenay et les Pompiers ne sont pas prioritaires… Arrivés dans la salle

d'attente, personne, les infirmières étaient dans une salle et les Pompiers sont repartis. Ils m'attendaient pour repartir. Je suis arrivé. Ils avaient signalé à l'hôpital pour la personne qui était devant comme pour ma femme. Ils avaient tout transmis. Heureusement, il n'y avait personne à attendre aux Urgences. Puis après les Pompiers sont arrivés, ils ne transportaient pas les mêmes personnes.

P. : Le problème que vous soulevez, c'est que c'est fait pour marcher. Il faudrait savoir ce qui fait que ça marche et se référer un peu à ces modèles-là et modifier ce qui ne marche pas dans les systèmes. Il y a des interruptions, des aberrations qui émergent, qui manquent leur cible… la communication, la transmission…

P. : Quand on arrive à la fin de la journée et au début de l'autre, il y a un battement qui est important.

P. : Un AVC, c'est prioritaire. Même ta mère, qui avait 91, ce n'est pas normal. Cela dit, ils partaient de Montaigu, ils allaient à la Roche. Ils étaient prêts à intervenir.

P. : Ma maman, cela lui est arrivée on ne sait pas comment, dans le garage. Ils ont fait intervenir les Pompiers, mais ils ont signalé l'âge de la personne. Aux Sables d'Olonne, c'est comment l'hiver ? Tu as combien de personnes de 20 ans ?

Question : Il y aurait une forme de discrimination, à partir du moment où l'on dit l'âge ?

P. : Quelque part, oui. Vous avez 80 ans, bien… c'est beaucoup de retraités. C'est reconnu, les Sables, il y a beaucoup de retraités.

P. : Oui, mais il y a du fric, ça devrait marcher… (rires)

Py. : Je voudrais revenir sur les délais de RV. J'ai pris RV pour un dermatologue début mars de l'année dernière (2018) pour le mois de janvier. Cela fait 9 mois. Le délai de RV pour la dermatologie, c'est embêtant. (Pour vérifier) une série de traitements qui manquaient ou pas, et puis, je me suis aperçu samedi que j'étais allergique à un médicament que je prenais. Donc j'arrête tout et j'ai pris contact avec le dermatologue. Manque de pot, le contact téléphonique ne peut se prendre que le mardi, le jeudi et le samedi.

P. : Donc si tu fais une allergie, tu attends le mardi.

Py. : J'ai arrêté le médicament. Ça y est, l'allergie est passée. Demain, je vais à Nantes et en rentrant, je vais m'arrêter cher le dermato. Mais il ne m'aura pas vu. Il y a un truc tout simple à faire, c'est de changer le médicament. J'ai les oreilles un peu rouges, ce n'est pas agréable, mais c'est pas vital. Mais cela serait vital, cela serait pareil.

À côté de ça, j'ai des choses très drôles, un jour, j'avais ma petite fille à la maison, 2 ans, elle était assise, puis je la prends par le bras pour la soulever. Je lui ai détaché l'épaule. J'appelle le 15, et en fait il m'a fait une consultation à distance. Et voilà, vous pliez, vous lui donnez un Doliprane, elle va dormir. Si quand elle se réveille, elle ne se rappelle plus, c'est que (tout va bien). Donc, il y a de belles choses qui se font.

Question : Vous avez réussi à remettre l'articulation ?

Py. : J'ai remis.

Plusieurs voix : Tu n'as pas aggravé la situation. On va faire attention si tu nous emmènes par le bras (rires).

Animateur : Donc là, on avait à faire à des indications qui étaient claires, précises.

Py. : Chaque fois que l'on fait cela au lieu d'aller aux Urgences, on gagne du temps. Je serais parti aux Urgences sans rien dire. C'est comme pour ma femme, tout à l'heure, on est quand même à 21 kms de Fontenay, si j'avais pris ma voiture, je l'aurais emmenée et 20 mn plus tard, j'étais là-bas. J'allais aux Urgences et tout se passait bien. C'est simple, le cheminement.

P. : Pour avoir un contact avec un médecin : avec le 15, on y arrive. Mon médecin, dermatologue, je n'y arrive pas. Ce qui me paraît important, c'est quand on prend RV chez son médecin généraliste, que l'on tombe sur des serveurs (secrétaires) qui veulent faire des consultations, qui demandent « *vous avez quoi ?* » Bien, vous êtes médecin, quoi ? En plus, ils n'ont pas la compétence. Et puis, il y a des choses que l'on a envie de dire à son médecin, mais pas à la secrétaire qui est au bout du fil. La condition que vous posez à cela, c'est la formation du secteur médical. Pour moi, il y aurait beaucoup à gagner si on avait des gens formés pour jouer ce rôle de régulateur.

P. : Des plates-formes pour prendre des RV, parce que l'on vous demande si c'est pour un renouvellement, c'est pour quoi et tout. Vous avez du mal à vous faire comprendre de la personne qui vous demande ça. Cela arrive.

P. : Cela ne m'est jamais arrivé. Par contre, pour prendre RV chez mon généraliste. Alors, question : « *c'est pour un renouvellement ?* » Oui, mais pas que ça. Bon, pour les renouvellements, on est rendu au 5-6 avril…

P. : Il y a une parade à cela maintenant. Quand je sors de chez le médecin, je prends mon RV. Mais ce qui est débile, on remplit le calendrier à ce moment-là, ce n'est qu'un renouvellement. Ce qui serait malin, ce serait d'avoir le réflexe d'appeler pour des renouvellements et de dire : « *j'ai une urgence, est-ce que je peux vous déplacer de 2 heures* ». Mais ils ne le font pas.

P. : Pour moi, il y a des médecins, en plus du secrétariat. Il n'y a pas de plate-forme, il faut prendre ton RV sur internet maintenant. C'est toi qui choisis, mais par contre, c'est pareil, il faut mettre si c'est pour un renouvellement…

P. : C'est par rapport au dermatologue. Le dermatologue que G. va voir est à Montaigu, il est venu à Montaigu.

Pz. : Je m'interroge sur le *numerus clausus*… Les décisions que l'on a prises, il y a quelques années, aujourd'hui, portent conséquence à un manque de médecins. Ce n'est pas uniquement chez les dermatologues, ça peut-être chez les gynécos, chez plein de professionnels de la santé.

Question : Vous pouvez préciser ce qui vous pose question ?

Pz. : C'est que, sur Montaigu on est obligé d'aller à St… C'est très difficile d'avoir des RV.

P. : Moi, je vais dans le 44 !

Pz. : Oui, j'y suis allé plusieurs fois parce que j'ai des problèmes de dos, j'ai toujours travaillé dehors. Je sens qu'il va falloir que j'y retourne-là, mais celui que je connaissais bien, forcément, j'ai envie d'aller le voir, de continuer à aller le voir.

Plusieurs voix : Quand on parle de pénurie de médecin, effectivement le *numerus clausus,* il semblerait qu'ils l'aient augmenté. Il y a longtemps qu'ils auraient dû l'augmenter. Il y a aussi l'évolution des mentalités des médecins. Il y a de plus en plus de femmes. Avant, un médecin travaillait 70 h par semaine, aujourd'hui, il travaille 35 h par semaine. Il est salarié. Ils n'ont aucun souci pour remplir leur agenda quand ils veulent. Je me souviens d'une époque à Challans où il y avait une concurrence entre médecins parce qu'ils étaient nombreux, à une certaine époque. Ceux qui ont commencé il y a 25 ans sont proches de la retraite maintenant.

Question : Une demande de précision, parce que vous avez abordé deux questions en une, à un moment donné, par rapport à la formation des secrétaires médicales. Vous avez parlé du fait qu'on pouvait aussi arriver sur des plates-formes et vous parliez de la formation de régulateur…

P. : Si, vous avez devant vous quelqu'un de compétent, mais à la limite, qui prend un RV et au lieu que cela soit une secrétaire médicale, et bien que cela soit le médecin qui juge (évalue) et qui pourrait régler les choses, cela désengorgerait, je pense, les cabinets.

P. : Si c'est un médecin qui est au bout (du fil), il va savoir quelque chose.

Question : Cela rejoint le thème de l'automédication, donc de la médication accompagnée, suivant un niveau de graduation ? C'est-à-dire que l'on pourrait déjà faire la différence entre des niveaux de gravité et capacité de renseigner sur des savoirs faire qui pourraient être transférés ?

P.5.3 : J'ai mis du temps à trouver un médecin quand j'étais enceinte des jumeaux. C'était par assistance, par procréation, donc j'étais enceinte. C'était une grossesse à haut risque et on m'a dit de ne pas trop me déplacer. À l'époque, j'habitais Nantes et après en Vendée. Du coup au début, j'allais sur Nantes pour mes RV. Mais on m'a dit : « *cela serait bien que vous trouviez un médecin en Vendée, en cas d'urgence* ». Donc, j'ai St Sulpice, j'ai appelé St Sulpice et on m'a dit : « *non, non, non, il n'y a pas de place. De toutes façons, vous n'êtes pas malade ?* » Non, ai-je répondu « *mais je suis enceinte de jumeaux, c'est à haut risque* ». – « *Bon, bien vous viendrez quand vous serez malade* ». J'ai fini par trouver à Montaigu un médecin depuis que je suis arrivée. Elle est vraiment super, même sa secrétaire. Je peux appeler, elle me prend au téléphone. Elle me dit si cela vaut le coup que je vienne ou pas et elle m'indique « *donnez du Doliprane, rappelez-moi dans 2 heures, dites-moi ce que c'est* ». Par téléphone. Elle est vraiment à l'écoute.

Question : Oui, qu'est-ce que cela veut dire « être malade » ? On voit bien que vous avez besoin d'assistance à ce moment-là. Grossesse à haut risque, alors ce n'est peut-être pas dans les catalogues des maladies, mais il n'empêche.

P.5.3 : Je n'étais pas malade.

P. : C'est quand même une urgence, si vous n'êtes pas prise en charge ou bien conseillée à ce moment-là, cela peut devenir dangereux.

P.5.3 : Quand je l'ai trouvée, elle m'a pris tout de suite. Elle avait même un petit appareil pour écouter les cœurs. Au début, elle est vraiment super.

P. : Il y en a qui encore aiment leur métier, donc ils sont pros. Et d'autres…

P. : Moi, j'avais noté tout à l'heure, les soins médicaux, mais aussi les soins particuliers pour les personnes handicapées mentales. Par exemple, qui ont des difficultés de relations. Il y a un autre niveau difficile à couvrir. Préparer les soins pour les personnes handicapées, quel que soit le niveau.

P. : Une spécialisation supplémentaire.

P. : C'est vrai que les problèmes sont d'autant plus compliqués que l'on est dans une situation complètement différente.

P. : Sur votre exemple, vous disiez que l'on n'était pas sur un haut niveau vital. Mais ce qui était intéressant, c'est le processus. C'est-à-dire qu'à un moment donné, le spécialiste qui est le premier interlocuteur va pouvoir faire la différence et vous orienter, vous dire voilà si vous devez patienter un peu, ne pas vous inquiéter, etc. Comme le Samu peut le faire en posant une série de questions. Il doit probablement y avoir moyen de repérer, pas par des protocoles, mais de voir le degré d'importance (des cas), même pour des petites choses, c'est important.

P. : On se confronte aussi. Des personnes qui rentrent à l'hôpital, on les prend en charge. Mais souvent, quand on les renvoie chez eux, par exemple la personne de tout à l'heure, dès le lendemain matin, elle est allée voir sa doctoresse qui a rouspété comme une perdue après l'hôpital et l'a renvoyée sur le champ à l'hôpital. Il y a combien de personnes qui font l'aller-retour domicile-hôpital ? Parce qu'on ne s'est pas occupé suffisamment d'eux sur le moment et on leur dit « *vous rentrez chez vous* ».

P.5.3 : On a accompagné un de mes fils, à 6 mois. Ils ont eu tous les 2 une gastro. Le plus fort s'en est sorti tout seul, mais le plus faible n'allait pas bien. On est allé voir le médecin qui nous a dit : « *il faut essayer de le réhydrater* ». Donc, on le réhydratait. Mais il continuait à vomir, cela sortait de partout. Donc, on a fini par appeler SOS médecin, parce que c'était un dimanche. Le médecin a dit : « *oui, qu'est-ce qu'il y a ?* » Bon, on explique qu'ils ont une gastro, on sait faire, mais que là, j'ai un de mes fils qui ne va pas bien du tout, il est dans son lit, il ne bouge plus, enfin il n'a plus de réactions. Il continue à

vomir et à faire dans sa couche alors qu'il n'a rien dans le ventre. Elle me dit : « *parce que vous ne le trouvez pas comme d'habitude ?* »

– « *Non, d'habitude, il bouge, il sourit, c'est un petit garçon qui était très souriant, très agité, très vivant. En même temps, il est malade, alors il ne peut pas vous faire des sourires. Oui ! Je voudrais savoir, je ne vais pas aller à l'hôpital si cela ne sert à rien* ». Elle me dit :

– « *Écoutez, je ne sais pas, c'est à vous de voir* ». On a raccroché. J'ai dit à mon mari : « *on va aller aux Urgences parce que… je l'ai entendu gémir, il avait les yeux qui révulsait* ». Je l'ai pris, c'était une poupée de chiffon, les bras, il était complètement déshydraté.

On est allé aux Urgences de la Roche et on est passé tout de suite, il n'y avait personne. À minuit, il n'y avait personne. On nous a mis dans une salle, on nous a dit : « *on va le perfuser* ». Bon, déjà, ils sont plus petits que la normale, à 6 mois, ils ont la tête d'un enfant de 2-3 mois, donc complètement déshydratés. Ils n'ont jamais réussi à trouver une veine et se sont dit : « *on ne va pas le perfuser. Vous allez lui donner de l'eau au biberon.* »

– « *Que ça ? il n'a pas mangé depuis 24h, tout ce qu'il mange, il le recrache.* » ai-je répondu.

– « *Oui, oui, cela suffira* », puis personne n'est revenu nous voir. Je suis allée les voir : « *écoutez, il vient de finir son biberon, mais il a tout rejeté dans la couche. J'ai dû éponger partout* ».

– « *Vous faites encore un biberon* ». Alors j'ai enfilé des biberons à mon fils, mais moi, c'était mon 1er bébé, je ne savais pas. Le lendemain matin, on m'a dit : « *c'est bon vous pouvez sortir* ».

– « *Comment ? il a toujours de la fièvre, il n'a pas pris de poids, il ne bouge toujours pas* ».

– « *Oui ! mais c'est une gastro, c'est comme ça* ». Là, mon mari est revenu avec le deuxième.

– « *Vous attendez la visite du médecin et vous allez pouvoir sortir* ». Le médecin ouvre la porte, il voit le papa avec le frère-jumeau dans les bras qui était en bonne santé. Il fait :

– « *Bien, voyez il va beaucoup mieux* ». Alors, je dis :

– « *Oui, alors le malade, c'est celui qui ne bouge pas dans le lit. Ça c'est son frère jumeau. Il va très bien. Oui !* ».

– « *Mais cela va se passer, continuez à lui donner de l'eau de réhydratation* ».

– « *Et manger ?* »

– « *Non, non, pas manger, cela va lui tourner l'estomac. Cela ne sert à rien* ». Alors, il nous donne une ordonnance, pour lui acheter de la poudre parce que l'on en avait plus. Et arrivés à la pharmacie, la pharmacienne qui me connaît, elle se rappelait qu'on avait déjà acheté un pack :

– « *Encore un ?* »

– « *Oui, oui, on nous a dit de donner cela à mon fils* ».

– « *Vous êtes rendus à combien ?* »

– « *Je ne sais pas, 5-7 biberons* ».

– « *Ho ! Arrêtez-là. Mais cela ne va pas du tout. Il faut donner autre chose à votre enfant que de l'eau. C'est tout ce que l'on vous a dit de donner ?!* » Elle m'a dit de rappeler notre médecin. Donc, on a rappelé notre médecin traitant le lundi, mais il était tard. Elle nous a dit :

– « *Écoutez, essayez de lui faire à manger, là, cela ne va pas, il faut qu'il mange* ». Je lui ai donné de la purée, enfin une compote et il s'est jeté dessus, il était vraiment affamé. Du coup, on l'a recouché. Nous aussi, on est allés se coucher d'épuisement. Et dans la nuit, j'ai entendu de nouveau gémir. Et là, il ne réagissait plus du tout. Il perdait connaissance. On a appelé les Urgences et on a filé sur Nantes. Pareil, à Nantes, ils nous ont dit qu'il aurait pu mourir de déshydratation… qu'il était sous-alimenté.

On nous a fait un peu la morale au début, pourquoi avoir attendu si longtemps ? Heureusement, il y avait la preuve que je l'avais emmené la veille à la Roche. On m'a dit :

– « *Comment ils ont pu le faire sortir avec de la fièvre ? sans qu'il ait pris de poids ?* » Finalement, il est resté une semaine, à l'hôpital de Nantes. Ils ont dit que « *tant qu'il n'aura pas pris de poids, il ne sortira pas* ».

Question : Cet exemple signale une impuissance du corps médical ?

P.5.3 : Ils ont réussi à le faire piquer dans la veine. Ce n'est pas un miracle, ils ont appelé un anesthésiste, qui a trouvé une veine dans le pied, après avoir perfusé mon enfant.

Question : Ici, il s'agit de cas de gastro de jeunes enfants, de nourrissons. De même que les prématurés, ça suppose des connaissances spécifiques. Quelqu'un tout à l'heure parlait de handicap, ce n'est pas lié au handicap, mais il y a quand même une situation handicapante, celle d'enfants prématurés. Si vous n'aviez pas été là pour alerter… Et en même temps, vous deviez gérer une foule d'informations qui peuvent être contradictoires, de spécialistes, du pharmacien, d'interlocuteurs qui se parlent par votre intermédiaire, ça doit être un peu compliqué ?

P. : C'est souvent compliqué les contradictions entre spécialistes…

P.5.3 : Au début, c'est notre premier enfant, on n'y connaît rien. On s'attend à être conseillés.

P. : Dans les solutions à proposer : quand on a des ordonnances renouvelées, pour 3 mois, je vais voir mon médecin tous les 3 mois, on devrait nous donner…

P. : Moi, elle ne fait pas de RV. Si c'est un RV pour une ordonnance, elle met l'ordonnance dans la salle d'attente.

P. : Il faudrait qu'elle appelle mon médecin à moi, pour lui dire qu'il peut faire ça…

P. : Oui, mais toi, elle prend 28 €, tandis que dans mon cas, elle ne prend pas un seul euro. Mais là, le quart d'heure qu'elle prend avec moi, c'est pour rien, c'est un quart d'heure qu'elle prend…

Animateur : On est là sur des aspects très spécifiques. Ça pourrait être bienvenu d'avoir une sorte de répertoire des cas limites ; on ne peut pas reprocher à tous les médecins, à tout le personnel de ne pas connaître des cas comme cela. Mais quand il y en a un qui se présente, il faudrait pouvoir le référencer parce que là, il y a un souci et c'est vital.

P. : Mon médecin m'a pris un RV chez le cardio. J'y suis allé et, en accord avec le cardio, il m'a donné un traitement à prendre tout de suite. Il a appelé le cardio pour savoir ce qui fallait me donner. Après le RV du cardio, fallait faire le renouvellement de mes médicaments qui arrivait à terme. Dès le retour, de chez le cardio, je vais chez le médecin pour prendre RV et là on m'a dit « *il faut que vous attendiez la fin mars* » alors que mon traitement finissait ! À la pharmacie, ils m'ont dit qu'ils pouvaient me renouveler mon ordonnance une fois sans le médecin. Il aurait fallu que la fois où je suis allé chez le médecin, que je prenne tout de suite un RV !

P. : Des médecins mettent sur l'ordonnance « *à renouveler tant de fois* ».

P. : Ils ont jusqu'à 3 mois.

Question : Une question a été posée à laquelle j'aimerais bien qu'on réfléchisse. Je reviens un peu en arrière, avant le cas du pharmacien qui renouvelle. À propos des soignants, vous posiez la question de savoir s'ils ont les bonnes compétences ? C'est revenu dans différents témoignages et cela a été abordé pour le handicap et des situations très particulières, des fois sur un plan plus général aussi. Est-ce que l'on peut continuer à y réfléchir ?

P. : Dans nos discussions ce soir, dans mon cas, la question que je me suis posée et que je me pose toujours c'est « *est-ce que le médecin a pris toutes les dispositions, est-ce qu'il s'est concerté avec*

d'autres médecins pour résoudre cette problématique ? » Je n'en suis pas persuadé. Parce qu'il va essayer plusieurs médicaments et cela va être la catastrophe.

P. : Est-ce qu'ils ont un espace pour parler du cas, comme ils ont régulièrement pour savoir ce qu'il faut faire ?

Question : Dans le cadre d'un hôpital vous voulez dire ?

P. : Que ce soit hôpitaux ou cliniques, il y a des réunions des équipes soignantes, régulièrement, au minimum au moins, normalement, une fois par semaine.

Question : Si on pense à médecins généralistes, on pourrait aussi souhaiter qu'il y ait une mise en réseaux, pour capitaliser des connaissances.

P. : Personnellement, je vais dans un cabinet où ils sont 3. Je sais que régulièrement, il y a des cas qui sont soumis. C'est pointilleux, ils se sont concertés. J'entendais tout à l'heure P. qui distinguait médecins hommes et femmes sur l'amplitude horaires. Là, en l'occurrence, c'est un cabinet où il y a 2 femmes et un homme avec, du coup, sur la semaine, des plannings totalement différents. Deux sont à mi-temps et une est à temps complet, mais jamais on ne se trouve dans la situation (où il manque quelqu'un) ; ils sont aptes à gérer les dossiers des uns et des autres et ils se sont organisés pour couvrir les semaines. Si on appelle, on a un RV le soir ou le lendemain. Je pense qu'au niveau de l'organisation, ça peut fonctionner. Ils sont tous volontaires. En s'associant, on n'est pas obligé d'avoir que des médecins qui font 60 heures par semaines.

P. : L'on peut penser que les 3 médecins couvrent entre 70 h à 80 h par semaine pour assurer la prestation auprès des patients.

P. : On sait qu'ils se concertent. Ils arrivent à se faire des réunions ensemble.

P. : Je vois que quoi vous voulez parler. À condition aussi que les patients acceptent d'être auscultés par un autre médecin. Moi, je dis que l'on doit avoir un médecin attitré. Là, ce cabinet laisse la possibilité d'avoir un autre médecin pour avoir un diagnostic. L'on peut demander à un médecin différent parce que c'est un cabinet.

P. : Moi, je suis très content quand c'est un remplaçant.

P. : Mon épouse était fatiguée, son médecin habituel lui disait : « *de toute façon, avec 5 enfants, ça se comprend, c'est normal* ». Et un jour, une remplaçante lui dit : « *mais, lui a-t-on regardé la thyroïde ?* » Puis des analyses ont été faites. Et, elle était en hyper ou hypo-thyroïdie… suivi de 6 mois de traitement très lourd, et voilà. C'est le remplaçant qui a détecté.

P. : Le fait d'avoir le même médecin, ils sont dans la routine. Quand on a des maladies qui sont récurrentes, il faut renouveler (les traitements) donc ils nous renouvellent et puis ils passent à côté de choses, comme ça. Alors que le remplaçant ne nous connaissait pas, mais ils posent des questions…

Question : Vous parliez de relations privilégiées avec son médecin, mais cela peut être un autre médecin. La confiance peut être transférée ?

P. : Théoriquement, pour Mr X, le docteur X ou le docteur Y, tapent (sur l'ordinateur) et ils ont sa pathologie, ils ont tout (son dossier). Après, quand quelqu'un est habitué à son médecin, il n'aime pas que ça change.

P. : Mais le fait de connaître les personnes avant, cela peut être un piège.

P. : Tout à fait…

Animateur : Les compétences peuvent se compléter. C'est-à-dire qu'on ne peut pas imaginer avoir un « super » médecin qui couvrirait l'ensemble de la santé. Ce n'est sans doute pas possible. C'est aussi un travail d'équipe.

P. : L'autre jour, c'était un remplaçant. Par contre, je n'ai pas été satisfait du remplaçant que j'ai eu. J'ai dit qu'il fallait que je renouvelle. Je vais tous les 3 mois chez le médecin, car j'ai mal au dos. Je suis allé le voir en lui disant « *cela serait bien que vous me fassiez une ordonnance pour faire une prise de sang* ». Ça fait un an que je n'en avais pas fait. Je considère qu'à 66 ans, cela peut être normal. Il n'a pas voulu me la faire…

P. : Il y a des cas un peu spéciaux, parce que je téléphone à des infirmières ou à des médecins et il y a des gens qui vont, par exemple, pour demander une ordonnance pour un renouvellement et ils déposent une enveloppe dans le cabinet pour que les patients viennent les chercher dans les jours qui suivent. Et il y a des enveloppes que les gens ne viennent jamais les chercher. Alors, je ne sais pas si les médecins sont contents de ce travail-là ?

P. : Les enveloppes, je confirme. Il m'arrive de regarder (!) il y avait pour une dame, des enveloppes qui étaient là depuis 3 mois.

Animateur : À entendre les dernières illustrations qui viennent d'être données, ça me fait penser que la médecine est un art, et non une science exacte. C'est une science des cas. Le moment important, c'est le diagnostic. On peut en être étonnés, mais tout dépend de comment on a été éventuellement informé sur ce que l'on pouvait attendre du rôle du médecin ; sachant qu'un médecin peut continuer de façonner une carrière, il peut continuer d'apprendre des choses voire, des fois, d'apprendre à ses dépens... De ce fait, l'éducation du patient pourrait moduler l'attente que l'on a vis-à-vis du médecin.

Questions : Au fond, les médecins et spécialistes peuvent-ils tout soigner ? Où en est rendu l'avancement de la médecine ? Cela a été dit tout à l'heure, il y a des évolutions… Y aurait-il aussi des évolutions qui n'en seraient pas ? Y aurait-il aussi des régressions ? N'y aurait-il pas des territoires de la santé, dans les cas que vous connaissez où on aurait pu souhaiter que les choses avancent ? Cela a été évoqué par rapport à des équipes qui se coordonnent, ou pas, où l'on voit bien qu'il s'agit d'un problème de connaissances. Ce serait dommage d'avoir des loupés sur ce plan, d'avoir des *a priori*.

P. : Je vais vous dire des choses à ce propos. C'était notre cas personnel. C'était à la naissance de mes enfants, j'ai eu 3 enfants, concernant l'évolution des échographies. Le 1er n'a pas eu d'échographie, c'était des analyses qui étaient faites. Après, pour le 2e, il y a eu des échographies, à Montaigu. C'était le début. Le médecin était à fond pour, « *c'est particulier, c'est tout nouveau* » disait-on. Je me souviens que pour le 2e, il y avait une échographie et ça s'est bien passé. C'était le déroulement normal, pas de souci. L'évolution s'est faite et après un de mes fils a eu un enfant avec sa femme et l'échographie, c'était pareil, pas de souci… Le matériel, fonctionnait beaucoup mieux, mais il voyait une tache (sur l'écran). Il y avait une tache, mais la grossesse se passait bien. À cause de la tâche, il y a eu un RV à Nantes. Et là-bas, réexamen et tout ça. Ils disaient « *Oui, vous voyez la tâche. Elle n'a pas grossi, elle n'a pas diminué* », mais ils ne savaient pas ce que c'était. Et puis : « *vous vous portez bien ? lui demandait-on. Et le bébé ?* » Tout allait, mais en même temps, c'était facteur de stress, d'angoisse. À se demander « *ce qui se passe ?* »

Alors que, naturellement, il y a 40 ou 50 ans, pour la grossesse, il n'y avait pas d'échographie. La grossesse, elle était comme elle était, c'est tout. À mon premier, c'est pareil, ils analysaient à tout cran. Ne me demandez même pas ce que c'était, je ne me souviens pas du nom, mais le taux faramineux (de telle substance), c'était catastrophique comme tout. Elle était allée chercher les résultats et le médecin lui avait demandé si ça allait bien. Oui, ça allait « *Avec le taux que vous avez, répondit-il, et bien vous savez, vous devriez avorter ou de faire une fausse couche* ».

Question : L'ambiguïté, les évolutions techniques, technologiques ne réduisent pas certaines ambiguïtés, peut-être même les accentuent-elles ? Or, *quid* du facteur humain ?

P. : Cela veut dire que nous, patients, on ne peut pas toujours être bien soignés, ou que les médecins n'ont peut-être pas la capacité de répondre à nos (interrogations).

P. : Trop d'informations peut induire aussi le médecin en erreur.

P. : Je voudrais ajouter, il y a quand même beaucoup de compétences malgré tout dans les équipes médicales. Cela a été dit tout à l'heure qu'il y avait des belles choses. Seulement, quand on prend le nombre des médecins traitants, il a été divisé par combien depuis 30 ans ? Puis on répartit sur ceux qui restent. Eh bien, il y en a qui font des *burn-out* ! Ce n'est pas par hasard. Dans les Urgences, quand vous avez des files d'attente à ne pas finir, les gens qui attendent pendant des heures et des heures… ce n'est pas forcément dû à la compétence du médecin qui est de l'autre côté, il ne peut pas faire face à tout. Ils ne sont pas suffisants (en nombre).

P. : C'est un manque de personnel.

P. : Vous avez raison de souligner cet aspect, parce qu'un certain nombre souffre de ces situations-là, à l'intérieur. Vous posez aussi une question. Vous parlez des compétences, on a aussi parlé de la technologie, quelqu'un a parlé de l'échographie et à cet endroit on est sur la communication, le rapport de l'outil à la personne. On a introduit une technique au milieu d'une relation avec un patient. La technologie, c'est vrai pour la médecine, mais aussi pour l'ensemble de l'activité humaine : plus l'on découvre des choses, des instruments de mesure, plus cela pose le problème éthique qu'il faut gérer. C'est-à-dire que la technologie apporte de nouveaux problèmes.

P. : J'étais plutôt sur le manque de médecins. Il me semble qu'il manque de personnel soignant. On est trop rentré trop dans l'économique. On n'est plus dans l'humanité.

P. : Par rapport à ça, je pense aux primes aux médecins. L'ARS ne voulait pas lui en donner. Il a embauché une infirmière, ce qui lui a permis de voir 2 patients à la fois. Parce que l'infirmière fait tous les branchements, etc. Elle a les compétences pour le faire. Son temps de consultation est réduit, il passe d'un patient à l'autre. Il n'a pas besoin de tout de faire. Et les premières mesures sont faites. Elle a pris les mesures. Parler aux gens, plutôt que de s'occuper de ses outils, parce qu'en même temps qu'il est en train de poser ses trucs-là et bien, à quoi il pense ? À ce que vous dites ou au geste à faire ?

P. : Les ophtalmos font ça aussi…

P. : Je voulais rebondir sur ce que disait P. sur le nombre de personnel soignant. C'est que, finalement, on n'a pas le nombre de professionnels, le nombre n'est pas exponentiel par rapport à nos besoins.

P. : C'est ce que j'expliquais : des moyens pour qu'ils soient mieux utilisés.

P. : Déjà, au niveau des études, obliger les médecins à venir travailler et non à prendre ce (qu'ils veulent), quand ils ont envie. Parce que c'est important, quelque part, le temps qu'ils sont à faire des études. Une fois, arrivés à un moment de leur cursus, ils ont le droit d'exercer en tant qu'internes, en hôpitaux. Alors, pourquoi pas les mettre chez des médecins en campagne, en milieu rural, au lieu de les mettre (à l'hôpital), ils sont 40 à l'hôpital, les internes à rien…, à attendre le patient. Même s'il y en a (des patients) à attendre parce ce qu'après, il faut que le professeur visionne ce qu'ils ont fait. Alors que s'ils vont travailler dans un cabinet médical, en tuilage avec un professionnel, en campagne, ils vont déjà apprendre sur le tas et cela peut les ouvrir à une connaissance du milieu rural et du terrain.

P. : Cela peut être une réponse effectivement par chez vous. On envoie des internes tuiler avec des médecins compétents.

Question : Vous voulez dire aussi que, peut-être, l'infirmière diplômée d'État pourrait aussi apprendre avec un médecin, sur le terrain ?

P. : Oui, ça peut être que bénéfique parce qu'ils apprennent sur le terrain, ils mettent en pratique. Cela pourrait leur permettre de voir que le milieu rural, ce n'est pas aussi nul… Ce n'est pas parce qu'ils ne vont pas vivre dans une belle ville, qui est reconnue, qu'ils ne peuvent pas travailler aussi ailleurs.

P. : Il faut ajouter la pêche et la chasse.

P. : Il faut dire aussi que les personnes font leurs études sur Nantes, là où il y a tout. Leur demander de venir dans un « trou », ils n'ont pas envie.

Animateur : Pour un certain nombre de métiers où les étudiants sont formés en alternance, la question du transport peut se poser.

P. : Ou alors, les obliger à avoir le temps de leurs études et après les obliger à aller en milieu rural ou dans un endroit bien spécifique avec moins de choix, comme ils font dans certaines administrations : comme les enseignants, on les mute à ces endroits-là, ensuite ils y restent ou ils n'y restent pas (sur le long terme) mais avec une obligation d'y rester 2 ans ou 3 ans.

P. : Ce qui leur laisse le loisir de se familiariser avec le milieu.

P. : Le médecin de garde que j'avais appelé parlait des fois des problèmes qu'il rencontrait. Les dimanches où il était de garde, quand il était appelé, il parcourait des fois une distance de 60 kms, avait une urgence à un endroit. À peine rendu, il fallait qu'il revienne à point de départ, à 60 kms. Il avait une heure et demie sur la route.

P. : Réalité économique et temporelle…

P. : Oui. Cela n'arrivait que le week-end, parce que sa géographie d'intervention n'était pas aussi large habituellement. Mais quand même, cela pose un problème, quand tu interviens la nuit, ou le jour et que tu as 2 ou 3 appels (rapprochés), il faut gérer.

P. : De l'importance de refaire un peu l'histoire d'où l'on vient et comment ça se passait.

P. : Un sujet que l'on doit aborder. La réalité même des choses : le vieillissement de la population. Malheureusement, on a parlé de jeunes enfants, mais la prise en compte du vieillissement de la population, je me demande s'il n'y a pas des choix économiques qui sont faits pour… on déshumanise les choses (pratiques). On aurait pu, économiquement, on n'est plus rentables, je m'interroge là-dessus.

P. : Maintenant, il vaudrait mieux être un animal qu'un humain. Pour un animal, on appelle le véto, pour un humain…

– FIN –

Atelier 4 – Château d'Olonne, 18 mars 2019 (p. 57-71)

P.1.4 **1.** J'ai quatre enfants, 7 petits-enfants. La première chose qui m'a frappée quand on est arrivé définitivement en Vendée, il y a quatre ans, c'est pour trouver des spécialistes. Pour les yeux, pour le cœur, l'urologue, le dentiste. Alors cela, c'est une vraie galère. On est pris de très haut, on me demande « *est-ce que vous êtes déjà venus ?* » Alors on répond « *non, c'est la première fois* ». « *Mais alors Monsieur, vous savez qu'on ne prend pas en rendez-vous avant six mois* ». J'espère qu'on ne sera pas mort d'ici là. Les réponses sont variables. C'est terrible, si on n'a pas une petite recommandation, d'un copain, ou autre… après on tombe à deux mois de délais, à peu près. Puis le choix d'un spécialiste, on a toujours un voisin qui dit « *je suis allé chez untel* ». Ici, on a commencé par les Pages Jaunes, j'avais choisi un médecin par les pages jaunes, il y avait urgence, on ne peut pas vraiment aller voir un deuxième spécialiste. Alors ça, c'est vraiment une drôle d'histoire, le choix d'un spécialiste. Finalement ça s'est tassé, après quatre ans. Les spécialistes, il n'y a pas tant que ça.

P. : Il y a un dermato, il consulte même jusqu'à 11 heures du soir. Et pourtant, on a un hôpital.

P.1.4 : **2.** J'ai réussi à ne pas aller à la Roche. Le problème, c'est pour un premier accès aux soins, c'est plus chaud, plus difficile. Et, quand vous avez mal d'un seul coup, pour les Urgences, il faut vraiment être en urgence pour qu'un dentiste vous fasse passer entre deux patients. Il faut avoir mal. Par exemple : j'ai le cœur qui a lâché tout de suite, il m'a fallu un cardiologue, mais comme j'ai été pris en urgence à la clinique, je n'ai pas eu besoin cardiologue. À la clinique, il y a trois cardiologues. Alors qu'il faut trois mois pour un rendez-vous.

P. : Aux Sables d'Olonne, il n'y a plus de médecin. Il s'en va en retraite. Pour les spécialistes, c'est vraiment comme ça. En arrivant, cela a été un choc. Je ne pense pas qu'ils soient feignants, ce n'est pas du tout ça. Au niveau des spécialistes, ils font leurs 10h-12 heures.

P. : Ça ne va pas s'améliorer, on est une ville de vieux, il ne faut pas rêver.

P. : Ça complique tout. Pour les spécialités concernant les femmes enceintes, ils sont pris d'assaut, il n'y en a pas assez.

P. : Pourtant c'est agréable de venir travailler aux Sables d'Olonne.

P. : Alors moi, je suis sujet aux migraines. La nuit, j'ai des grandes douleurs à la tête. Je savais que j'étais sujet à ça. Il me fallait un spécialiste. Alors, à Verré, pour trouver un médecin de nuit qui est à château d'Olonne, qui passe une ordonnance par-dessous la porte parce qu'il ne veut pas ouvrir, parce qu'il ne sait pas à qui il a affaire. On a mis deux heures de temps, depuis le numéro 15, en passant par l'hôpital, et le pharmacien. C'est incroyable ! Ça tourne en rond. Encore une fois, j'ai dû être déformé, en venant de Paris.

P. : Il fallait aller aux Urgences de Montaigu ! ?

P. : Ça ne nécessitait pas d'Urgence. Je suis allé deux fois aux Urgences dans ma vie, j'essaie de ne pas les encombrer. Et puis si on y va, on n'y passe pas une nuit.

P. : Ils ne vous ont pas envoyé à la police !? Ça m'est arrivé une fois comme ça, je suis allé à la pharmacie, elle n'était pas ouverte, il fallait trouver la pharmacie de garde, et là, il fallait aller à la police pour localiser la pharmacie de garde ouverte à château d'Olonne. La police, elle prévient. Alors, je suis allé à la police pour trouver la pharmacie de garde…

P. : À Paris, selon les heures, c'est aussi la police qui vous renseigne.

P. : C'est normal, c'est parce qu'ils sont agressés. Que voulez-vous, quand on est dans un monde fou.

P. : Pour le médecin la nuit, c'est pareil. Si on le fait venir, ça prend deux heures. Car il fait une tournée, il circule sur la côte. Si vous avez de la chance, il passe près de chez vous, il vient vous voir. S'il était à Saint-Gilles, le temps qu'il redescende… cela s'est passé il y a trois ans. Il est possible que cela se passe maintenant. Il y aurait eu des changements depuis.

P. : Le plus dur, c'est de parler au n°15 quand on est malade, comme quelqu'un qui a des coliques néphrétiques. J'étais à côté d'une telle personne et c'est moi qui parlait, on me demandait : « *qui êtes-vous ? Donnez-moi votre nom d'abord ? Passez-moi le patient* », mais je ne pouvais pas, il était à moitié mort. En même temps, il y a un protocole.

P.2.4 **1.** Je suis arrivée dans la région, il y a quatre ans. Quand je suis arrivée ici, c'était un parcours du combattant effectivement pour trouver un médecin référent. Un médecin référent qui nous prend sur RV, mais il faut attendre entre 8 et 15 jours de délais. Donc, il ne faut pas avoir d'urgences effectivement. Pour un état grippal on est un peu embêté. Pour la Maison familiale, ça nous est arrivés d'appeler le n°15 le soir ou la nuit, quelquefois. Et voilà, il y a quatre ans, au début où j'étais arrivée-là, impossible d'avoir un médecin avec le n°15. Du coup on faisait revenir les parents en pleine nuit, pour venir chercher leur enfant scolarisé, quand on ne savait plus quoi faire, car on ne pouvait pas prendre de risques. Mais là, depuis deux ans, ils nous dépêchent un médecin systématiquement. Nous, la nuit, il n'y a qu'une personne qui est là. Nous avons des mineurs et des majeurs, mais il n'y a surtout qu'une personne responsable sur le site, donc on ne peut pas les emmener aux Urgences. Donc, on arrive à avoir un médecin. Nous avons jusqu'à 69 pensionnaires sur le site par semaine.

Question : À quoi est due cette amélioration ?

2. Il y a eu une grosse histoire au SAMU dans l'Est de la France où une personne, une jeune fille est décédée. Personne n'avait répondu au téléphone. Alors après, pour les élèves en journée, on ne cherche plus de médecin, ce n'est même plus la peine, c'est impossible. Les Urgences de l'hôpital sont très vites engorgées. Ça nous est arrivés d'y aller, c'est accueillant, mais il y a tellement de monde qu'on est tous sur des brancards, à la vue de tout le monde, c'est tout sauf intimiste. Ça nous est arrivés d'avoir recourt aux Urgences, un blessé côtoie un gars qui a mal à la tête. On a des accidents de sport, alors on gère, mais autrement quand on peut avoir les parents qui ne sont pas trop loin, on fait avec les parents au maximum. Dans ce cas, ce sont eux qui font les démarches.

Question : Le fait d'être un établissement ?

P.2.4 : En journée, c'est impossible d'avoir des RV. En dehors des Urgences, on ne cherche même plus à avoir un médecin

Question : Des protocoles, des conventions ?

P.2.4 : De toute façon déjà, même les protocoles d'accident, faut trouver un médecin pour signer une dérogation de machines dangereuses, c'est impossible. Il y a très peu de maniements d'outils, on est assez protégé ici.

Question : Il y a eu des situations inextricables ?

P.2.4 : **3.** Non, ça s'est toujours bien passé. Au niveau des psys… Par contre, ça s'est fait au téléphone. Comme l'élève avait son traitement. Il y a un soignant qui répond à un moment donné au 15, à distance. Et maintenant, ils se déplacent plus facilement. On a eu une crise d'asthme, on n'avait pas la Ventoline, donc il en fallait, ils se sont déplacés. On a eu une hospitalisation suite à une crise spastique, c'est pareil, ils se sont déplacés, ça s'est bien géré.

P.2.4 : **4.** On a une fiche de renseignements médicaux. Au niveau ophtalmo, on n'est pas mal desservis, podologue, kiné, également. La gynécologie, je pense que c'est très compliqué. Et puis, médecin traitant, c'est très, très compliqué aussi, c'est général. Il semble que sur la Chaume, aux Sables et sur les Sables, il y a deux médecins qui sont revenus, deux retraités qui ont repris des activités. Je ne sais pas si cela a été effectif, mais il y en a un qui est reparti.

P. : C'étaient des volontaires, ils ont pris un étranger aussi qui, parait-il, voulait avoir une habitation sur le Remblai (aux Sables), pourquoi pas… (rires !) C'est sur la plage, avec la vue sur l'océan. La Commune a acheté à La Chaume l'ancien local des médecins, il ont investi pour faire une Maison médicale. Il y en a une autre qui a été achetée aux Sables, à la place des Salines, le laboratoire du même nom, qui a toujours une permanence le matin, ils l'ont divisé en plusieurs cabinets. Celui-ci

appartiendrait au CCAS et celui de La Chaume appartient à la ville des Sables d'Olonne. Alors, je ne vous dis pas l'embrouille de compétitivité qu'il y a là-dedans. Le CCAS est propriétaire. Comment retrouvent-ils leur fond ? Je n'en sais rien, puisque c'était l'ancien Maire qui avait acheté pour les Sables. C'est une maison médicale.

P. : Il y a plusieurs maisons médicales sur les Sables : à Château d'Olonne, à Olonne-sur-Mer près de l'hôpital, il y a des médecins qui sont plus ou moins associés, du moment que ça marche. Il y a celle de la Motte, qui est très grande. Mais c'est le problème.

P. : Et ça ne va pas s'améliorer, car il y en a qui vont prendre leur retraite. À la maison médicale de Château d'Olonne, je crois qu'il y en a deux qui vont partir d'ici peu.

P.3.4 **1.** Quand on est arrivés à la retraite, en 2006, le problème s'est posé tout de suite parce que mon mari est tombé malade, donc il nous fallait des médecins. On est allé à la maison médicale de la Chaume, et on a eu la chance de tomber sur le jeune médecin, que l'on a toujours maintenant, tandis que les autres sont tous partis à la retraite. Alors comme ça, on n'a pas eu de souci. Mon mari a été très mal donc, on a couru après les spécialistes, et malheureusement, à 60 ans on lui a dit qu'il avait un cancer et à 61, il était décédé. Vous voyez, vous arrivez à la retraite et vous arrivez dans une ville où vous ne connaissez personne, alors ce n'était pas drôle. Au point de vue hôpital, Urgences, on a connu ça. Ce n'est pas toujours drôle. Et là justement, c'est là que l'on voit que les gens, et bien sont dévoués dans les Urgences, parce qu'ils ne savent pas vraiment où donner de la tête, les pauvres filles, infirmières. C'est terrible de voir le boulot qu'elles ont à faire.

2. Comme Madame le disait avant, ce que l'on voit dans les Urgences, ce sont des brancards, vous vous demandez lesquels sont urgents et pas urgents, vous voyez toutes choses. J'avais vu un gars, un jeune, il était attaché de toutes pièces. Il y avait aussi, un couple qui était là depuis le début de l'après-midi, et qui disait « *oh, la prochaine fois, on viendra le matin.* » Mais nous, la prochaine fois, on ne choisit pas quand il y a une crise. C'était des gens qui étaient là parce qu'ils n'avaient pas de médecin ou bien je ne sais quoi, ils voulaient voir plusieurs médecins. Quand on a besoin d'Urgences, on n'en est pas à se demander si on va venir le matin ou venir l'après-midi, on prend ce qu'il y a.

P. : Aux Urgences, ils entendent bien ça aussi parce que la dernière fois où j'ai emmené un élève aux Urgences, il y a une maman qui arrivait avec sa fille qui avait une otite, qui suspectait une otite, et qui n'avait pas trouvé de médecin et la maman était complètement désorientée en disant « *et bien non, je ne vais pas engorger les Urgences, mais où est-ce que je vais aller ?* » et on lui a répondu « *eh bien non, restez là, parce que vous ne trouverez pas de médecin effectivement* ». Ils font ce qu'ils veulent. Un vendredi midi, pour une otite, il n'y avait pas de solution. Elle n'avait pas trouvé de médecin.

P. : Prenez, un oto-rhino-laryngologiste, à l'hôpital, elle est à mi-temps entre ici et la Roche-sur-Yon. Et elle a eu un problème de pied, et bien nous n'avions plus d'oto-rhino à l'hôpital. C'est dingue !

P. : Dans le même ordre d'idées, j'ai une collègue aujourd'hui qui a 57 ans, qui a eu un cancer il y a quelques années, actuellement au Pôle trois unités et qui n'a pas de médecin traitant. Du fait de sa maladie passée, elle a conservé des fragilités : un total déficit en globules blancs et elle venait au travail alors qu'elle n'était pas en état de travailler. Mais elle ne trouvait pas de médecin pour constater ce qu'elle avait. Donc, elle était blanche comme une chemise et elle venait au boulot quand même. On avait affaire à quelqu'un qui était très impliquée, très assidue, mais qui était dans un grand état de souffrance. À un moment donné, avec son mari, elle a fait un siège chez un médecin pas loin de chez elle, qui a accepté, le matin, de la prendre en fin d'après-midi. En constatant son état, il l'a mise immédiatement en arrêt de travail. Voilà, il a revu une deuxième fois, mais il refuse de la prendre pour la suivre. Et aujourd'hui, elle a été amenée à rencontrer la médecine du travail la semaine dernière, non pas qu'on ait sollicité le rendez-vous, je ne sais plus quelle est la périodicité, et donc le médecin du travail était également extrêmement embêté au regard de la fragilité tout à fait particulière de la santé de cette personne. Donc, à se poser la question, si elle ne développait pas une forme de handicap. Donc, la nécessité qu'elle soit suivie par un médecin est évidente, sauf qu'il n'y en a pas à La Roche.

P. : Il y a quelques années j'ai habité La Roche, puis après je suis reparti à l'étranger. J'avais une fille, c'était un bébé, qui avait 40° de fièvre. Il y avait un médecin au bout de ma rue, j'ai fait toutes les pages de l'annuaire, il n'y en a pas un chez qui j'ai pu l'emmener. Une autre fois, huit mois après, je me suis dit « *je vais prendre mon élan* », je vais demander s'il ne peut pas être mon médecin traitant, sans personne de malade. Heureusement que j'avais une voiture, car je n'ai pas eu de médecin à la Roche. Je venais de m'installer à la Roche, mais pas de médecin traitant.

P. : C'est à la Roche qu'il n'y a pas de médecin traitant, un chiffre a été donné l'autre jour.

P. : À Nantes, il y a SOS médecins, à la Roche, il n'y a pas de ça ?

P. : Quand on est bien malade, vous savez, c'est un problème, même pour des petites pathologies.

P.4.4 **1.** Je n'habite pas Olonne-sur-Mer, ni à la Chaume, ni le Verré, j'habite Les Herbiers. Au pied du Mont des Alouettes. J'ai une interrogation, qui est plus un regard sur la société : comment concilier à vouloir moins travailler, car en général, les gens en âge de travailler actuellement ont une volonté à vouloir moins travailler que précédemment, parce qu'on les a éduqués à ça, d'un côté, et de l'autre côté un besoin en service qui est croissant, et en particulier aujourd'hui du fait d'une population en croissance et notamment d'une population âgée. Il y a une population endémique et après, il y a une population des gens qui viennent prendre leur retraite en Vendée, et qu'on apprécie de recevoir d'ailleurs. Mais, du coup, comment on va pouvoir s'en sortir avec des médecins qui ont aujourd'hui entre 55 ans et 70 ans et qui sont encore en activité et qui font 70 heures ou 90 heures par semaine ? et avec des médecins qui viennent prendre leur suite et qui ont été éduqués à faire 35 heures et ils s'aperçoivent qu'avec 25 heures, ils peuvent avoir quasiment 3.000 € par mois, donc ils font 25 heures et le reste du temps ils vont se promener, et à la limite ils ont bien raison de le faire, de manière purement égoïste on va dire. Pour moi, c'est un vrai questionnement. Ça pose la question du collectif par rapport à l'individu.

2. On a abordé tout à l'heure les soins du cœur, des dents, j'avais les mêmes propos à apporter concernant les soins psychiques. Puisqu'on est quand même dans une société, alors si on travaille moins, on n'est pas forcément moins stressé et *a priori* cette partie-là d'accompagnement psychique est aussi en détresse, en termes de soignants. Du coup, je profite de la tribune qui m'est offerte pour interpeller sur la question des soins psychiques.

3. C'était au mois de décembre dernier, une collègue qui a quitté son lieu de travail, et dont on peut penser qu'elle est fragile, et qui n'a pas pu être reçue par son médecin. Elle a erré avec sa voiture entre La Roche-sur-Yon et St Gille Croix de Vie. Elle a été arrêtée par les Gendarmes et les a copieusement insultés. Ils l'ont faite souffler dans l'éthylomètre et ils se sont aperçus qu'elle n'était pas alcoolisée. Ils lui ont fait faire des tests salivaires et ils se sont aperçus qu'elle n'était pas droguée. Elle était dans un état d'anormalité, du fait de sa problématique mentale. Et bien, ils nous ont appelé, j'ai eu le Gendarme en chef au téléphone. Je lui ai dit que c'était de sa responsabilité, maintenant qu'il l'avait sous la main, de s'en occuper. Je ne dirais pas tout, mais il l'a laissée partir. Quelques kilomètres plus loin, elle a été récupérée par les Pompiers. Mais elle aurait pu tuer quelqu'un sur la route, il serait passé une poussette, une personne âgée en vélo…

4. Dans ma vie d'avant, je ne suis là que depuis quelques mois, il y a encore quelques mois je m'occupais de jeunes gens, aux Herbiers. Avec les jeunes, on a quelques problématiques et des problèmes d'équilibre, et alors là, trouver des médecins quand on a mal aux dents, quand on a mal à la tête, ce n'est pas évident, mais quand on mal au moral…

P. : Ils ne savent pas où donner de la tête.

P.4.4 : **5.** Il y a des réseaux, mais pas en Urgences. À Georges Mazurelle (hôpital psychiatrique), ce n'est pas compliqué, le message c'est « *si vous pensez qu'il y a un risque de passage à l'acte* », en gros : *de tentative de suicide*, faut être clair, et bien « *on procède à une hospitalisation* ». Ce qui est quand même extrêmement engageant. Et puis, sur la base de quoi on peut, quand on n'y connait rien, que depuis

sa simple expérience de vie et pas forcément médicale, on peut dire « *bien là, oui, il peut y avoir passage à l'acte ou pas ?* » C'est extrêmement compliqué et délicat.

P. Dans l'exemple que vous donnez de cette femme qui sort du travail et qui peut devenir dangereuse pour les autres, ça peut être aussi être assimilé à un passage à l'acte, mais involontaire. On voit un Gendarme qui est dans le déni, qui laisse la potentialité du danger se présenter. Non-assistance à personne en danger, pour un Gendarme, cela paraît étonnant. Comme citoyen déjà, mais en plus quand on représente une force de l'ordre, une autorité.

P.4.4 : Après ils sont comme des copains quand ils arrivent au Urgences avec quelqu'un, qu'ils sont obligés d'attendre, ils n'ont pas forcément les moyens d'attendre, car on les attend sur la route.

P. Même les Pompiers attendent, ils attendent la remise en mains propres, s'il y a besoin d'un médecin.

P.4.4 : Et puis eux, c'est pareil, ils demandent « *est-ce que vous connaissez la famille ?* » Une personne avait de la famille à Hendaye et les autres en Corse : « *Est-ce que vous-même, en qualité de connaissance proche, vous pouvez venir chercher la personne ?* » « *Bien, surtout pas, débrouillez-vous donc !* » (Rires). On ne saurait pas quoi en faire.

P. J'ai l'impression que sur le secteur des Herbiers, c'est moins mal qu'avant. C'est moins mal qu'il y a dix ans pour retrouver des dentistes. Pour retrouver un médecin généraliste, j'ai l'impression que même si c'est un peu la crise, sur les Herbiers, ça commence à se résoudre.

P. : Il y a beaucoup d'industrie.

P.4.4 : **6.** Sur la question du stress et l'aspect psychologique : je confirme complètement, ce sont des cas que nous rencontrons. On a eu un cas, il n'y a pas très longtemps, qui nous posait vraiment beaucoup de soucis à la maison familiale, et elle a été prise en charge deux mois après à Mazurelle (hôpital psychiatrique). Elle était de Challans (Hôpital Riansac), elle n'a pas pu être prise en charge à Challans, mais à Mazurelle. Sur les Sables d'Olonne, à part « Café famille » il y a le Centre Jean Itard, pour les malentendants et sourds.

P. : En Vendée, il n'y a que Mazurelle.

P. : Oui, mais il y a les antennes.

P. : En psychiatrie infanto-juvénile, il y a les secteurs et les inter secteurs, comme dans chaque département. Cela dépend de Mazurelle. Il y a une antenne à Luçon et une à Challans.

P.4.4 : **7.** Sur le secteur de Fontenay le Comte, il y avait des lits réservés, qui ont été supprimés. Il y a aujourd'hui des gens qui sont potentiellement des dangers publics. Le monsieur dont j'ai parlé, pour l'anecdote, est décédé. Mais il y a un autre Monsieur, il y a + ou -1 an, qui se promenait avec un sabre dans le centre-ville de Fontenay-le-Comte. *A priori*, il n'était pas dangereux, son sabre était dans un fourreau, attaché sur lui avec une sangle. Ce brave monsieur est maintenant décédé, mais il était profondément dérangé. La difficulté, c'est qu'on a des personnes sur ce secteur de l'UDAF, les travailleurs sociaux en proximité avec les familles, et les majeurs sous protection, sont en contact avec des gens qui sont en instabilité. Par moment, lorsqu'il y a une prise régulière de médicaments, ça va aller, mais comme il n'y a pas forcément de soignants qui sont là pour s'assurer de la régularité, etc. il peut y avoir des passages où la personne oublie, intentionnellement ou non, de prendre sa posologie et puis après, on a affaire à des gens qui sont instables, au niveau moral. Au niveau moral, ça veut pouvoir dire tout et n'importe quoi. La personne peut être en état de léthargie, en état d'excitation, ou bien être hyper euphorique, agressive, se mettre en danger elle-même ou mettre les autres en danger. Voilà.

P.5.4 **1.** Je parle en mon nom et au nom de l'Association (familles laïques). Sur le Pays que l'on appelle maintenant : le « Grand littoral », c'est-à-dire les anciens cantons de Talmont et de Moutiers-les-Mauxfaits réunis. J'ai pointé, à partir de ce que j'ai pu entendre au cours de discussions et de réunions et aussi ce que j'ai vécu à titre personnel, en termes d'amélioration. Alors, pour ce qui ne fonctionne

pas très bien, dans l'accès aux soins en médecine générale dans un premier temps, l'éloignement pour avoir un médecin. Alors en ville, il y a deux médecins qui font ce qu'ils peuvent. Dont une, qui est arrivée relativement récemment suite à un départ à la retraite. La rareté des médecins, dont on entend parler dans les autres départements, ce n'est pas pire qu'ailleurs, je ne pense pas, il n'y a pas un taux de densité moins élevé de médecins en Vendée que dans d'autres départements comme la Nièvre par exemple.

2. Alors là, n'en parlons pas, la plupart des médecins viennent de l'étranger, beaucoup de hollandais, il y a des médecins turcs qui arrivent maintenant, dont on ne conteste pas les compétences. Pour vous dire que la couverture dans d'autres départements n'est vraiment pas simple. En Vendée donc, on a des médecins, qui sont relativement peu nombreux. Les gens nous disent que quand ils vont chez le médecin, il y a consultation le matin et visites sur rendez-vous au cabinet des médecins, car il n'y a pas de cabinet médical. Il y a deux médecins groupés dans un même lieu, près de la poste, c'est très pratique. Il y a aussi des infirmières qui sont regroupées là. Il y a une préfiguration peut-être de ce que serait un centre médical, mais pour l'instant ça ne fonctionne pas encore en coordination et en concertation, et en équipe si j'ose dire. Ce sont des gens, chacun dans leur coin, qui sont à peu près, dans la même aire géographique.

3. Alors le matin, depuis huit heures jusqu'à 13h30, des fois 14 heures, il y a la queue. C'est-à-dire que l'on entre chez le médecin et on ne sait pas quand on en ressort. On n'est pas tout seul, il y a des gens de toutes sortes, des jeunes, des plus vieux, des gens qui toussent, etc. Il y a des gens qui viennent de loin d'après ce que j'ai noté. Alors, ce que l'on trouve en milieu rural et en campagne, tout du moins dans ce département et que l'on ne trouve pas forcément à Paris, c'est effectivement le dévouement du personnel médical, je dirais. Et aussi la bonne volonté des voisins. On compte sur les voisins parce que quand on a un certain âge et qu'on est tout seul dans son coin, et bien comment on fait ? Alors ce sont les voisins qui s'en occupent par solidarité, et qui font que les gens peuvent se déplacer chez le médecin, lequel ne se déplace plus aujourd'hui. Il n'a plus le temps d'aller faire des visites, de se déplacer aujourd'hui, sauf cas exceptionnel, j'imagine, ou accident.

4. C'est une région touristique, donc l'été, il y a des accidents sur les plages, il y a un tas de choses. Il arrive que le médecin quitte son cabinet où il y a encore 10-12 personnes, pour aller dans un camping voir quelqu'un en train d'étouffer ou je ne sais quoi. Je me suis établi en Vendée définitivement en 1996, en tant que retraité. Ça fait déjà un petit moment et je dois constater une différence entre avant cette période, en 2000, et maintenant. Avant, le médecin se déplaçait si on était malade, chez le patient, à domicile. Maintenant, il ne le fait plus. Je veux dire que quand quelqu'un est malade, banalement, un peu plus gravement des fois, il faut se déplacer. Alors ça, je crois que c'est un vrai problème. Déplacement pour lesquels on compte sur les voisins. Donc, attente chez le médecin, ils sont débordés, c'est clair.

5. Je veux dire aussi à propos des délais que, dès que l'on veut voir un spécialiste : ophtalmo = six mois, sachant que je vais voir toujours le même ophtalmo, donc il y a le dossier. Et donc, six mois d'attente, sauf urgence. Il y a aussi dermato, j'ai entendu que c'était aussi un cas difficile en Vendée. Dans le secteur, on a deux pôles : ou l'hôpital à La Roche, ou l'hôpital aux Sables. Et puis, j'ai constaté et c'est sans doute bien comme ça, vous l'avez évoqué : il y a des médecins qui sont tantôt à La Roche, tantôt aux Sables. Alors il faut, pour les déplacements, savoir où on va aller consulter, parce que l'on va surtout aller aux Sables pour certaines choses : urologie, et pour d'autres choses, c'est plutôt la Roche-sur-Yon.

6. J'ai aussi entendu parler et vécu directement les Urgences. Les Urgences, ce sont les Pompiers quand il y a un accident de la route. C'est arrivé à ma femme, au début, quand nous étions arrivés là. Elle a eu un accident près de Moutiers-les-Mauxfaits, les Pompiers sont arrivés et elle a été emmenée tout de suite à l'hôpital de la Roche-sur-Yon. Arrivés à la Roche-sur-Yon, aux Urgences, les médecins ont été fous furieux parce qu'elle avait des plaies à la tête, des choses assez importantes quand même, et le Pompier qui l'avait prise en charge, parmi son équipe, il lui avait mis la gouttière à l'envers. Ce n'était

pas très grave, heureusement pour elle, mais on peut imaginer ce que cela aurait pu occasionner comme conséquences. Parce que les Pompiers ne sont pas non plus tous des professionnels, ils n'ont pas tous forcément une formation importante dans ces domaines-là. Souligner le fait que les Pompiers effectivement, sont très efficaces, mais dans des domaines qui touchent à la santé et à la survie des accidentés par exemple, leur formation… alors, je sais très bien qu'on ne peut pas avoir un médecin uniquement pour les Pompiers, en attendant qu'il se passe quelque chose quelque part, puisqu'il y en a déjà pas sur le terrain. Donc, difficultés.

7. Pour tout ce qui concerne les enfants, j'ai été pendant un certain temps en Vendée inspecteur l'éducation nationale, chargé de l'adaptation auprès de l'enfance inadaptée, l'AIS à l'époque, et j'ai eu l'occasion de présider à l'époque la commission départementale de l'éducation spécialisée, la CDES. Donc, j'ai entendu plein de choses de ce côté-là. Une chose que vous évoquiez, qui me surprenait moi qui venais de Paris, de la région parisienne plus exactement, c'était par exemple pour les enfants qui étaient suivis et qui relevaient de soins mais qui étaient intégrés dans les écoles publiques ou privées du Département. Ils devaient être soignés quelque part et c'était un chassé-croisé invraisemblable. C'est-à-dire, à l'époque, en 1996. Je caricature un peu, pour montrer l'absurdité de la situation, il y avait des gens qui venaient de Challans pour aller jusqu'à Fontenay-le-Comte pour recevoir des soins et d'autres qui étaient à Fontenay-le-Comte qui allait à Challans parce qu'ils avaient des problèmes de cet ordre-là. Le conseil général et maintenant Conseil départemental a remis un peu d'ordre dans les transports scolaires, en particulier pour tout ce qui relevait de l'adaptation et de l'intégration scolaire concernant les enfants difficultés, quelle que soit la nature de leurs difficultés.

8. Sinon, les Urgences, à titre personnel, j'ai eu l'occasion d'aller dans un hôpital international à Manosque, tout près du CERN. La ville de Manosque et le Département ont construit un hôpital international formidable et il se trouve que j'ai eu un problème cardiovasculaire dans les années 2010. J'ai eu l'occasion d'aller dans cet hôpital. Les gens disaient : « *tu vas voir, c'est un hôpital ultramoderne* ». Effectivement, toutes les chambres n'étaient pas encore ouvertes, c'était sûrement après des inaugurations, mais j'ai vu, aux Urgences que, y compris dans un hôpital parisien où je suis encore allé la semaine dernière, parce que j'ai un beau-frère qui est en fin de vie, avec des problèmes assez douloureux, j'ai revu un service d'urgence dans le 19e arrondissement de Paris, on retrouve exactement les mêmes scènes : il y avait des gens sur les brancards qui attendent leur tour, il y a des gens avec tous types de problème. Voilà, moi je suis arrivé avec uniquement du personnel féminin pour accueillir. Une des infirmières était toute rouge alors je lui ai demandé ce qu'elle avait, elle m'a répondu : « *c'est difficile Monsieur vous savez, ce qui vient de se passer* ». Il y a un gars qui avait été amené aux Urgences par les Pompiers ou par les Gendarmes, je ne sais plus trop, qui s'était débattu et tapait sur tout le monde. Y compris sur les infirmières qui étaient trois ou quatre. Elles s'étaient mises à trois ou quatre pour essayer de le contenir et, par chance, il y avait un homme, un Pompier de service, le seul homme dans l'établissement pour le maîtriser et faire en sorte que l'on lui fasse une piqûre pour le calmer. Et pendant ce temps-là, aux Urgences, il y avait sept ou huit brancards les uns à côté des autres, dont le mien. Quoi dire ?

9. Le constat en Vendée, c'est celui que l'on peut faire sûrement à propos de plein d'autres départements y compris à Paris. C'est vrai qu'à Paris, on a la proximité avec tous types de services, mais quand on veut un rendez-vous quelque part, avec un spécialiste, il faut attendre. Sauf urgence. Par rapport à d'autres pays dans le monde, je ne sais pas trop. Je constate que même une certaine évolution qui, moi m'intéresse. C'est, tout de même : l'amélioration des rapports entre les différents services médicaux et les malades. Enfin moi, je suis surpris de voir que, par exemple, le médecin que j'ai pu voir à Longeville, s'il n'a pas reçu un mot du cardiologue qui me suit à Paris, il me dispute et me dit « *mais alors, il faut lui demander* » ce que je ne savais pas. Maintenant, il y a un rapport entre le généraliste et les spécialistes, qu'ils soient à Paris ou ailleurs, ou aux Sables d'Olonne, qui s'opère d'une façon systématique. Au point que s'ils reçoivent un papier, le médecin m'appelle tout de suite ; ou pour les résultats d'une prise de sang d'un labo, le médecin m'appelle, ce qui n'existait pas auparavant.

Est-ce que l'utilisation de l'informatique améliore probablement les circuits ? C'est quelque chose que je trouve intéressant, en termes d'amélioration. Ils ont plus de liens entre généralistes et spécialistes.

10. Également, avec les Pompiers et le SAMU. Par exemple, mon beau-frère qui a fait un séjour il y a peu à l'Hôpital Pompidou, à Paris, s'est trouvé à l'Hôpital de la Croix St Simon, et ensuite à l'Hôpital Tenon dans le 20e arrondissement. Ma sœur a eu au téléphone les 3 médecins qui avaient suivi mon beau-frère et qui échangent entre eux ce qu'ils viennent d'apprendre. Et l'on perçoit qu'il y a entre eux une sorte de réseau, je ne veux pas généraliser à partir d'un cas précis, mais un réseau de médecins qui se prennent en charge sur le parcours d'un malade. Ils se concertent, se transmettent les dossiers et s'informent ensuite de ce que les gens deviennent. C'est ce que j'ai pu constater à Longeville et dans ce cas, à Paris. Un exemple qui montre que c'est possible. Ça a marché, ce sont des choses qui semblent marcher.

P. : Ça peut marcher si vous avez un médecin référent. Votre médecin référent qui est censé recevoir des informations. C'est obligatoire, mais il y a quand même plein de gens qui n'arrivent pas à avoir un médecin référent parce que des médecins ne veulent pas les prendre. C'est le cas aux « Fab », c'est le cas à La Roche où il y a plein de gens qui n'ont pas de médecins référents et qui ne peuvent pas être pris en charge.

P.5.4 : Conclusion, j'ai entendu au sein de l'association qu'il y avait des spécialistes, des médecins généralistes qui refusaient tout nouveau client et je ne sais pas ce qu'il en est au niveau déontologie. On est malade, la secrétaire demande : « *si vous êtes inscrit, si vous êtes déjà un client ?* » puis nous répond « *non, on ne peut pas vous prendre* ». Mais, par exemple, si un malade portait plainte, est-ce qu'il y a une possibilité d'attaquer en droit ?

Réponse : Le défenseur des droits, son délégué sur le territoire peut être saisi. Pour l'exemple donné tout à l'heure d'une collègue, il semble qu'il ait été saisi. Mais pour autant, s'il n'y a pas de médecin…

P. : Il y a quand même un problème, c'est fou.

P. : Cela renvoie à la problématique de la quantité de travail par personne soignante, on pourrait en parler par profession. Si on a 100 professionnels qui partent à la retraite, qui travaillent 70 heures par semaine en moyenne, elles ne seront pas remplacées par des personnes qui travaillent 2 fois moins voire même 3 fois moins, c'est que, forcément, il y a un problème. Et si l'on ajoute à cela une population qui augmente, on n'aura pas assez de docteurs. On pourra faire venir des Bulgares, des Roumains, qui on veut…

P.6.4 **1.** J'ai séjourné à l'étranger, 15 ans en Afrique. Je suis rentrée en France, il y a deux ans (2017). Mais j'avais déjà cette maison l'été, pour les vacances scolaires. Au niveau médical, j'avais l'obligation médicale d'aller voir le médecin, quand est à l'étranger c'est mieux. Mais je me suis rendu compte que ça s'est dégradé dans le temps, parce qu'il y a moins de médecins qu'avant et que les médecins à la retraite n'ont pas été remplacés sur notre canton. Il y a les deux villages d'à côté qui ont perdu leur médecin. Avrillé a perdu son médecin, qui est parti à la retraite et nous, à Jard, on habite tout prêt, un médecin vient de partir à la retraite, fin décembre, le suivant partira je crois dans deux ans (2021), il aura 60 ans. Peut-être trois ans. Mais bon, ils n'en peuvent plus, ils n'arrivent plus à trouver de remplaçant, c'est un vrai problème pour eux.

2. On s'est croisé, on est de la même génération, il n'y a pas longtemps et elle m'a demandé « *vous ne venez pas me voir ?* » Je lui « *non, non, ça ne va pas si mal* » et elle m'a dit « *mais moi je n'en peux plus* ». Elle a eu des gros soucis de santé et n'a trouvé un remplaçant que pour une seule semaine. Elle a été absente trois semaines. Elle me dit « *mais moi, je vais péter un câble* ». Bon, on se connaît bien et elle me dit « *on a un problème, on n'arrive pas à trouver de remplaçant pour une semaine ou deux jours par semaine et pour cet été* ». Elle me dit qu'avec son propre médecin, elle est suivie pour ses problèmes de santé et elle veut qu'elle arrête cet été. Elle me dit « *mais comment je vais faire ?* » Elle me dit que tous les jours, l'été, devant la porte, c'est l'enfer, parce qu'il n'y a pas de médecin sur notre commune de toute la Côte et cela, ce n'est qu'un généraliste, ce n'est pas un spécialiste.

3. Sur les Sables ou La Roche, et quand vous cherchez ici un dermatologue, aux Sables on vous dit non. À la Roche, peut-être, mais bon, sinon c'est à Guérande. C'est un vrai problème de médecine et je pense que ça vient d'un problème de plus haut, que cela vient des études. Que les plus jeunes ne veulent plus venir en ville, faire de la médecine de ville, mais de la médecine de village, aller plutôt en campagne et il faut soit changer quelque chose soit... On m'a dit que c'est un problème dans les équipes de médecine. Il faudrait que, dans leur cursus d'études de médecine, les étudiants fassent de la médecine en ville et en milieu rural. Pour voir que dans tous leurs stages, ils ne veulent les faire qu'à l'hôpital. C'est un vrai problème, il faut vraiment redévelopper le goût de soigner vers la médecine de ville et la médecine de campagne. Même pour des stations balnéaires, quand on est à Jard-sur-Mer, l'été c'est la plage et ils ne veulent pas venir faire un remplacement, même 4 jours, 3 semaines. Il y a des médecins qui décident d'être remplaçants, ils veulent bien faire un remplacement à l'hôpital, mais ils ne veulent pas venir en cabinet.

P. : Je connais quelqu'un, il n'y a aucun problème pour trouver un médecin sur La Rochelle. Voire même, il y en a en abondance. Partout ailleurs, c'est le désert. Autrement, j'avoue que personnellement, je ne comprends pas pourquoi ce qui s'applique aux pharmaciens ne s'applique pas aux médecins ? Je trouverais assez lumineux que ce qui s'applique aux pharmaciens s'applique aux médecins. Le politique n'est peut-être pas encore né qui pourrait décréter, faire décider par un gouvernement qu'il y ait une forme d'organisation équivalente à celle des pharmaciens. Le pharmacien ne s'installe pas où il veut. Cela dépend du nombre d'habitants. Un pharmacien pour 2.500 habitants. Par ex. je suis médecin, on me propose, j'ai envie de m'installer plutôt à Pornic, plutôt qu'à La Baule, aux Sables.

P. : Ce n'est pas le même métier. Les médecins ont leur cabinet. Le médecin généraliste a un stress du diagnostic, le fait d'être seul en cabinet. En milieu rural, dans les petites villes, on ne fait plus de la « bobologie », on fait de la vraie médecine. Et en Vendée, sur la côte, la population est vieillissante alors ils font une médecine qui est lourde, avec un suivi derrière, alors qu'ils se déplacent de moins en moins et cela, en campagne, c'est un vrai problème. Vous avez des maisons de retraites à B. ? Je suis allée visiter une maison de retraite, et bien c'est l'ancien médecin, ça fait 10 ans qu'il est en retraite, l'ancien médecin de la Chaume qui est leur médecin. Dans les EHPAD, ils ont besoin d'un médecin au moins un jour par semaine.

P. : Les médecins, ils n'en peuvent plus, ils saturent. Quand vous voyez 50 patients dans la journée, il y a de quoi, vous n'avez pas le temps de souffler.

P. : Sur 50 personnes, vous avez 49 rhumes. Peut-être que dans les 50, il y en a un qui a un vrai problème. Ils le disent : « *là, j'ai peut-être laissé passer quelque chose ?* »

P. : Ils n'ont plus le temps, tellement ils ont de patients, de se poser entre chaque patient. Ils devraient avoir le temps pour chaque patient de réfléchir, le temps de remettre le cerveau en place. Elle (l'amie médecin) me dit « *on n'a plus le temps de faire cela* ». Et du coup, cette crainte de passer à côté d'autre chose que de la bobologie.

P. : La médecine est aussi un métier d'élaboration, de collecte d'indices.

P. : Elle me dit « *je fais la psy, je discute avec la personne qui a besoin de temps, je ne peux pas la prendre trois minutes*. »

P. : Ils s'adressent au corps et à l'âme humaine, sans être le spécialiste. Distinction de la bobologie, d'avec maladie. Il y a un problème géographique, mais aussi d'une partition entre le type de pathologie pour lesquels on va consulter la même personne. Ce qui est embarrassant, c'est le nombre de personnes qui viennent tandis que les besoins peuvent être très différents.

P. : Ils ont une vraie angoisse, qui peut les réveiller la nuit en se demandant « *est-ce que je lui ai demandé s'il toussait ?* » Une question de responsabilité.

P. : Pour éviter ces inconvénients, le travail en maison médicale, un travail en équipe de médecins, ils sont au moins deux-trois, je pense. C'est un marché libéral, la médecine et donc, ils ont chacun leurs

clients, ils ne travaillent pas ensemble. Ils sont cloisonnés. Le système des maisons médicales me semble une bonne idée. Alors, à voir la dimension où les implanter…

P.6.4 : **4.** Et puis aussi les transports, l'éloignement. La Vendée, c'est un pays qui a un tissu relativement dense, mais assez étendu, il y a des gros centres. Pour aller faire une prise de sang à Moutiers-les-Mauxfaits, c'est à 7 kms. Maintenant je vais à Talmont, c'est le double. Alors j'y vais en voiture. Mais il y a les infirmières qui peuvent passer. La personne qui est immobilisée chez elle, une personne isolée, le transport ce n'est pas évident. Le transport pour tout. Je vois sur le secteur de Longeville Sur Mer, de Longeville à Talmont, avec un coup de chance, il passe à l'heure, mais des fois il ne passe pas. Quand on veut aller à Talmont ça va, quand on veut aller aux Sables ça va, le littoral est desservi par les transports en commun, mais en parallèle à la côte. Mais, quand on veut aller à la Roche depuis Longeville Sur Mer, il n'y a pas de service de car qui va de Longeville ou de Moutiers-les-Mauxfaits, ce n'est pas très loin, ça n'existe pas, il n'y a pas de liaisons, il n'y a rien. Il y a vraiment un tissage du réseau pour les gens qui ne sont pas malades, qui semble quand même insuffisant. Alors, tout repose sur la voiture. Les gens vont en voiture, ils ont plusieurs enfants, les gens ont 2-3 voitures, ce ne sont pas des gens des gens riches, ils en ont besoin tout simplement pour aller travailler.

P. : Et le gouvernement vous dit « *ne prenez pas la voiture* » ! Ils sont complètement à côté de la plaque !

P. : Ça été abordé l'année dernière, par une étude de l'URAF, le transport en milieu rural.

P. : Les anciens médecins se déplacent encore, mais chez les plus jeunes, ils ne se déplacent plus. Et cela, pour la campagne, c'est un vrai problème.

P. : Il y a aussi des endroits où ce n'est pas possible de circuler, par exemple au Remblai, c'est insupportable. Et pourtant, beaucoup de personnes âgées habitent sur le Remblai. À la saison d'été, ce sont les embouteillages, c'est l'enfer. C'est interdit à la circulation maintenant. Il y a trop de monde. Si on va là-bas, il faut marcher à pied.

P. : Ce qu'il faut dire aussi, c'est qu'on a l'habitude d'avoir un médecin de famille, le type de médecin de famille, vous savez, c'est le docteur Knock, le médecin qui accouche les femmes et puis après qui va s'occuper des parents vieillissants et, après, des petits qui sont devenus grands. J'entends quelquefois parmi nos adhérents, ce genre de réflexion : « *ça présente des avantages quand on est en confiance, mais ça peut présenter parfois des inconvénients* ». Y compris sur le plan strictement médical. Et sur le plan des diagnostics « *je connais Monsieur, untel, je vais lui donner un petit truc, j'ai l'habitude* ». Et puis parfois, l'habitude ce n'est pas si évident que cela, quand il y a un médecin remplaçant qui vient… j'avais un problème comme cela de polyarthrite, je ne sentais rien et puis un beau jour, je me suis trouvé complètement pris. Arrivé au bout de quelques jours, je me suis dit « *je ne fais que travailler, je fais trop de bricolage, j'ai taillé des haies, j'ai mal, ça va passer* ». Je suis allé voir le médecin et le remplaçant m'a dit d'aller faire une prise de sang, j'y suis allé et, l'après-midi, il m'a rappelé de venir tout de suite, les examens décelaient une polyarthrite. Donc, si je n'avais eu ce médecin-là, peut-être que le médecin que j'avais m'aurait dit « *reposez-vous* ». D'où l'importance au niveau médical de ce que l'on appelle des regards croisés.

P. : C'est vrai dans d'autres métiers, on change de regard, le diagnostic est différent et puis la réponse est appropriée.

P. : C'est ce qui peut arriver dans les maisons médicales, ça dépend comment elles tournent. Il y en a certaines où, quand vous appelez la secrétaire, vous avez votre médecin, mais si jamais votre médecin n'est pas là, automatiquement vous êtes basculé sur un autre médecin de la maison médicale. Selon ce que vous avez, elle va discuter avec vous et puis elle va vous dire « *vous venez tout à l'heure, vous allez voir le docteur untel parce que l'autre est absent* ».

P. : Ils ont accès au dossier.

P.6.4 : C'est plutôt pas mal comme système. Du coup, il faut que ce soit une maison médicale où vraiment il y a un échange.

P. : Un système informatique développé déjà.

P.6.4 : Les uns ont la clientèle des autres, au niveau du logiciel de voir ce qui se passe « *vous l'avez vu à telle date, il vous a fait ça* », il sait un peu où vous en êtes. Et quand vous êtes tout seul dans votre cabinet, vous n'avez pas tout ça. Si, vous avez votre ordinateur, mais vous n'avez pas un autre œil qui regarde.

P. : C'est le travail d'équipe, ça dépend aussi de la personne du médecin qui a recours à un collègue pour un échange téléphonique.

P.6.4 : Concernant le diagnostic, un effet peut avoir plusieurs causes ou des causes croisées. Le fait d'avoir plusieurs regards permet d'enrichir les hypothèses. Cela reste une démarche empirique.

P. : Oui, puis cela reste des hommes et des femmes. L'erreur est humaine. Et en médecine, ce sont des erreurs plus graves.

P. : On présume aussi que son médecin va couvrir toutes les pathologies et problématiques, mais le métier continue de rentrer après. En fonction des cas, en fonction de la formation, qui est perpétuelle.

P. : Les anciens médecins disent que les nouveaux sont moins formés à de la vraie médecine. Je vois bien la différence entre ce qu'ils appellent de la « bobologie » et de la médecine, mais les vieux médecins disent que justement, ils ont moins cette formation de vrais problèmes médicaux. Il me disait qu'eux, on leur faisait toucher à plein de choses, du coup ils étaient capables de presque travailler dans l'urgence, plus que les nouveaux médecins qui, maintenant, par ex. un jeune médecin ne va pas vous faire un plâtre, ils ne vont pas vous recoudre, alors qu'avant le médecin était capable de vous faire un plâtre, de vous recoudre le menton, de faire trois points de suture, pas besoin d'aller à l'hôpital. On devrait pouvoir espérer qu'au moins un médecin va être capable de faire trois points de suture. Pas besoin d'aller à l'hôpital, d'attendre 4 heures ou 5 heures, ou 6 ou 7 heures.

Question : Il y aurait une évolution des formations ou dans la façon de concevoir le métier ?

P. : Le cardiologue qui me soigne depuis plus de 10 ans et que je continue à aller voir, parce que l'on s'entend bien et qu'il me soigne bien, je suis encore là (rires), il me dit « *maintenant les cardiologues ne travaillent pas en regardant et en discutant avec les patients, ils sont tous sur l'écran* », c'est un autre aspect. Les cas, ce sont vraiment des cas, c'est-à-dire que l'on analyse une situation, on objective sans prendre en compte la personne et lui dit que c'est quand même un peu gênant. Je lui ai dit « *mais vous avez quand même bien formé des jeunes cardiologues ?* » Réponse : « *c'était avant* ».

P. : À Orléans, en 2016, ma fille a été accompagnée aux Urgences pour une appendicite, envoyée par SOS médecins que j'avais appelé. Je suis allée voir le médecin qui m'a dit « *d'aller aux Urgences, je fais un mot à l'hôpital pour qu'il vous la prenne tout de suite* ». Il fallait qu'elle soit mise sous antibiotiques ou être opérée le lendemain. Je suis arrivée aux Urgences, avant de voir un médecin, elle était mineure, je suis rentrée avec elle et je n'ai vu le médecin qu'à quatre heures du matin. Entre-temps, l'infirmière absolument charmante, je lui ai demandé « *il est où l'interne ?* » Je voulais voir sa tête quand même, lui parler ! Il pouvait peut-être venir nous parler. Ma fille qui a quand même 17 ans est capable de comprendre, on peut peut-être quand même discuter avec lui. Et bien, tous les internes étaient dans une pièce, devant un écran, en train d'attendre que les infirmières envoient au laboratoire les éléments quand on arrive aux Urgences. Et au final, ce n'est même pas l'interne des Urgences que j'ai vu, c'est l'interne de la chirurgie qui est descendu de son étage pour venir voir ma fille et qu'il a mis tout de suite sous antibiotiques, en prévoyant une opération pour le lendemain matin. Et là, au moment de quitter les Urgences, j'ai vu l'interne de nuit et lui ai dit « *écoutez, ce n'est pas possible, il est 4h du matin et je suis là depuis 16h hier, ce n'est pas possible* ». Il n'y avait aucune relation humaine.

P. : Dans cet exemple, on a le contrepoint du point de vue comme quoi le dossier du patient, le dossier informatique peut faciliter ou faire préciser ou accélérer des choses, cela peut aussi virtualiser les échanges avec le patient.

P. : Le médecin s'était engagé avec son courrier.

P. : Ce mot apparaît comme le sésame pour entrer dans le système. Il y a le mot du médecin, on s'en occupe. Celui qui n'a pas le mot du médecin...

P. : Et encore, dans ce cas, on l'a faite attendre.

P. : J'étais aux Urgences et à côté de moi, il y avait une dame qui s'était ouverte une arcade sourcilière, une dame d'un certain âge que les Pompiers avaient amenée. Elle avait besoin de 3 points de suture. Quand je suis partie à 4h du matin, on ne l'avait toujours pas recousue. Elle aurait eu besoin d'être autre part que sur ce brancard. Elle n'était pas soignée.

P. : Je vais ajouter quelque chose qui est peut-être plus important dans les campagnes qu'en ville. C'est le rôle du pharmacien dans les dispositifs médicaux. Je n'ose pas dire le couple médecin-pharmacien, d'autant plus que je ne sais pas si c'était hier ou aujourd'hui qu'il y a eu un projet d'amendement à l'Assemblée ou au Sénat qui devrait autoriser les pharmaciens à délivrer sans ordonnance un certain nombre de médicaments. Alors vous imaginez le tollé du corps médical là-dessus, les pharmaciens sont très discrets.

P. : La loi est en discussion en ce moment.

P. : Après, si le pharmacien est pour, je n'y vois aucun inconvénient. De toute façon, comment fait-on quand c'est de la biologie : un rhume, un mal aux articulations ou autre ? On va à la pharmacie maintenant. Quand on un peu de fièvre, on n'appelle plus le médecin.

P. : Les petites marques rouges sur les boîtes de médicaments, c'est cela qui pose problème.

P. : Oui, mais ils ne donneront pas ses médicaments-là. Ils ne vont pas se mouiller.

P. : C'est l'objet de l'amendement qui est en discussion.

P. : Oui, mais si cela fait partie de leur cursus d'études, je ne vois pas le problème.

P. : Il y a beaucoup de gens qui s'auto-médiquent.

P. : Si un pharmacien est formé pour pouvoir délivrer ce genre de médicaments.

P. : Oui, mais il y a des médicaments, par ex. si vous avez un glaucome, et bien vous ne devez pas prendre tel autre médicament.

P. : Oui, mais cela, ils nous posent déjà la question, ils le font déjà systématiquement : « *Quel traitement avez-vous ?* »

P. : Oui, mais le glaucome, cela concerne l'ophtalmo et l'ophtalmo n'a pas à dire à mon médecin traitant si je peux prendre ceci ou cela. Et puis, il a fallu que ce soit le pharmacien de la Chaume qui a vu quels médicaments mon mari avait et qui a demandé : « *qui prend ce médicament ?* » Alors que cela faisait 15 ans qu'il en prenait. Je n'étais pas en Vendée à ce moment-là, alors j'ai répondu : « *c'est mon mari* ». Et il m'a répondu : « *vous savez, vous devriez voir votre médecin tout de suite parce que ce n'est pas bien* ». Alors vous pensez, quand je suis rentré à la maison, mon mari a dit : « *ah, bah, si ce n'est pas bien, on va pas le prendre* ». En conclusion, il a arrêté de prendre ce médicament quelques jours. Or, pour un glaucome, il ne faut pas arrêter de prendre son médicament. Eh bien, il a eu très mal à la tête. Et comme il avait un problème au poumon, je me suis dit ça y est, le problème de cancer est arrivé à la tête. Donc, on a vite pris un rendez-vous avec l'ophtalmo en urgence et on l'a tout de suite obtenu, une demi-heure après. Je lui ai expliqué le truc entre midi et deux. Il m'a alors dit de venir tout de suite et a ajouté : « *c'est une grande erreur médicale que vous avez eue* ». Alors, que voulez-vous…

P. : D'avoir arrêté ou d'avoir pris le médicament ?

Réponse : D'avoir pris ce médicament avec sa maladie. Et c'est grâce à ce pharmacien qui arrivait. C'était un remplaçant. Les autres, vous savez… Ce pharmacien, il a bien regardé l'ordonnance et il a dû dire « *et bien qu'est-ce que c'est que tout ça ?* » Tout ça pour un glaucome.

P. : Ce médecin a confirmé le contre-diagnostic du pharmacien.

P. : Quelques fois on a des réflexions de pharmaciens sur notre secteur sur les traitements, quelques fois ils sont sceptiques, d'autres fois non.

P. : Finalement, ce pharmacien de Nantes, il s'est suicidé.

P. : Concernant la souffrance des soignants, on a parlé des infirmières, des médecins, concernant la question du stress, c'est une souffrance. Aux Urgences, la solitude, la fatigue. Par ex. les infirmières des Urgences, elles sont en sous-effectif, elles ne rechignent pas à la tâche. Les médecins à la campagne sont en *burn-out*, c'est nouveau, ils sont trop seuls.

P. : Quand vous avez des populations qui, l'été, sont multipliées par 10, par 20, par 30. Nous, sur la côte, on a des population l'hiver on est 2.100-2.300 et l'été on passe à 50.000 avec seulement deux médecins, il n'y a pas assez de médecin.

Question : Pourrait-on avoir des pistes, il a été question de la formation, de formes d'incitation, y aurait-il d'autres pistes de résolution ?

P. : Par rapport aux quotas de formation chez les médecins, le quadrillage territorial. Il faut trouver quelque chose qui fasse que pour une population de X individus, on puisse avoir un médecin, mais il n'y a pas d'obligations de l'État là-dessus, en dehors de la formation universitaire en fac de médecine. Après, c'est un métier libéral, ils vont s'installer où ils veulent. L'obligation, ce serait souhaitable. Que l'on vive en Vendée, dans la Nièvre ou en Lozère, là-bas c'est le désert. Mais en même temps, il faut une décision politique, mais pour faire quoi ?

P. : Avant une décision politique, il faut modifier les études déjà. Que les jeunes médecins ne fassent pas que des stages hospitaliers, parce qu'actuellement ils ne font que des stages hospitaliers, dans le cursus actuel. Quand vous êtes étudiant en médecine, vous ne connaissez que l'hôpital, le système hospitalier. Alors qu'ils auraient besoin de voir ce que c'est que la médecine de ville. Ça devrait faire partie des cursus. Parce qu'actuellement, un étudiant ne se rend absolument pas compte de ce qu'il peut trouver à l'extérieur, même s'il en entend parler. Déjà, il n'en veut pas, ça je pense que c'est clair.

Question : Donc, l'aspect politique pourrait porter sur la formation, pour aller vers une diversification de l'alternance ?

P. : Dans la formation, ça devrait faire partie des stages qu'on leur demande. C'est-à-dire que l'on vous demande de faire quatre mois en cardio, quatre mois en gynécologie, quatre mois en psychiatrie, et donc, on vous demanderait aussi de faire quatre ans ville et quatre mois en milieu rural. Ou six mois.

P. : Il n'y a jamais de stagiaires chez les médecins, c'est vrai.

Question : Vous parliez de l'affectation pour les stages, mais pas seulement ?

P. : Pas seulement, mais aussi essayer de couvrir le territoire.

P. : Alors du coup, ça ne devient plus une profession libérale ?

P. : Le principe est génial, mais là on va toucher… j'adhère complètement !

P. : Là, il y a l'ordre, l'Ordre des médecins. Mais ça pourrait être une très bonne solution.

P. : Il y a les études. Déjà de donner l'envie que cela fasse partie du cursus obligatoire dans les études parce qu'en fait, c'est parce qu'ils ne connaissent pas, c'est pour cela qu'ils n'y vont pas en fait.

P. : Alors que les stages, effectivement, se font essentiellement dans le système hospitalier. Donc, une idée fausse, puis il faut dire aussi que c'est quand même quelque chose qui dépasse tout à fait le cadre, mais dans lequel on peut l'inclure, c'est la tendance relativement nouvelle d'une concentration des populations. C'est-à-dire que l'on recherche actuellement, pour un tas de raisons y compris de nature écologique, économique, etc. de concentrer des populations dans des métropoles et tous ceux qui ne sont pas dans la métropole ? Tout est fait pour les favoriser, à tout point de vue. Et les services sont maintenant focalisés sur ces métropoles, qu'elles soient de grande ou de moyenne importance. En

Vendée, qu'est-ce qu'on a, je ne sais pas si l'on peut faire des métropoles, pas de très grande dimension.

P. : Mais regardez à la Roche, c'est vrai que la vie quotidienne à la Roche ce n'est pas la même vie quotidienne qu'à Talmont, c'est un gros bourg. Ce sont deux mondes différents. À tous points de vue. Talmont c'est déjà la campagne. Mais la tendance actuelle, c'est où le travail se trouve. L'analyse sociologique, c'est : désindustrialisation, concentration des services. Les services, on les met dans les métropoles. Puis après on crie, parce que tout le monde se retrouve dans un espace relativement réduit avec une densification invraisemblable, des conditions de logement… ce sont quand même des points extrêmement importants. Avec des contextes qui évoluent, des politiques qui se mettent en place qui ne sont pas toujours suivies dans le temps, alors qu'il faut du temps pour ces choses-là. Il y avait des jeunes ici dans notre secteur et ils vont aller où pour travailler ?

Question : Vous pensez à quelles politiques qui ne sont pas suivies dans le temps ?

P. : Les politiques urbaines par exemple, les politiques d'urbanisme et d'habitat et de logement et de peuplement.

P. : Et encore, en Vendée, on est quand même assez épargnés.

P. : Oui, parce que les entreprises de dimension… ça supprime des réussites de la Vendée.

P. : Si l'on prend tous les départements limitrophes, entre Nantes et St Nazaire, il n'y a rien…

P. : Il y a des choses qui existent mais pas suffisamment pour satisfaire. En Vendée, il y a tous les gens qui sont retraités comme moi, la population sera quand même diminuée. (…)

P. : En Vendée, la population augmente rapidement. Il y a du travail. C'est une population âgée. 7.000 habitants en plus par an. C'est une région agréable.

Question : Les politique publiques qui ne sont pas suivies dans le temps et qui touchent plusieurs domaines en interaction : on est sur une mutation de la pensée politique. Influencer la pensée politique, tout du moins faire appar

aître les problèmes, on peut se demander s'il n'y a pas aussi des problèmes de communication ou même de la formation de la pensée politique ?

P. : Ça fait 20 ans qu'il manque des médecins. Ce n'est pas d'aujourd'hui. Des alertes ont été données. C'est une vraie question. Surtout les gens qui s'occupent de prospective, ne prospectent pas trop… il y a quelque chose qui ne marche pas. Alors c'est vrai qu'il y a des évolutions.

P. : Une femme est ophtalmo en région parisienne. Elle m'a dit « *c'est simple, quand je me suis associée pour prendre mon cabinet, j'ai repris après quelqu'un qui était parti à la retraite, la même année. Dans ce coin-là, il y a 4 ophtalmos qui sont partis à la retraite, ils avaient déjà presque 70 ans. Il y a un cabinet qui est resté* ». Parce que, m'a-t-elle dit, c'est un problème de quotas. Et de toute façon, tous les ans, on n'en sort pas assez. Et pourquoi ça se passe comme cela ? Ce n'est pas le Conseil de l'ordre, c'est que quand vous êtes médecin, vous êtes payés par qui ? Par l'État, les finances publiques. Voilà, c'est tout. L'État est surendetté, il ne peut pas investir. S'il veut redonner plus de quotas il faut aussi qu'il paye plus de médecins.

P. : J'entendais tout à l'heure que l'on veut faire plus de formation, mais on n'a pas les locaux, on n'a pas les profs et il n'y a pas les salles.

P. : Et puis on risque d'y être plus confrontés parce que les subventions on ne va plus les avoir.

P. : On vit sur une image qui est en train, qui risque d'être complètement dépassée. C'est-à-dire, une des meilleures médecines au monde, j'ai été élevé avec cela. Ça fait partie de nos bijoux de famille et actuellement, on peut s'interroger.

P. : L'Angleterre a une médecine à 2 vitesses.

– FIN –

Atelier 5 – La Meilleraye-de-Bretagne, 21 mars 2019 (p. 72-86)

P.1.5 Le problème de la santé fait partie de nos préoccupations, et l'envie d'avoir des informations.

P.2.5 **1.** J'ai eu malheureusement assez souvent l'occasion d'aller à l'hôpital. Moi ce qui m'inquiète le plus par rapport à la thématique de l'accès aux soins, c'est l'obligation pour la majorité des gens du territoire c'est d'aller souvent à l'hôpital de Chateaubriand. On dirait plutôt la clinique, puisque pour les opérations importantes, c'est la clinique et non pas l'hôpital. Là, on a un vrai problème au niveau des chirurgiens et des intervenants d'hôpital. On a vraiment des soucis, on a des qualifications qui ne sont pas très, pas terribles. On a beaucoup de gens qui ont des soucis après une opération et peu acceptent de porter plainte. D'abord, ce n'est pas facile et il y a beaucoup de gens qui se plaignent. Je suis quand même assez étonné, que là-bas, il y ait des professionnels qui continuent à opérer alors qu'il y a pas mal de soucis derrière. Les gens voudraient bien se plaindre, mais en fait ils ne disent rien. Je prends l'exemple de la Meilleraye, on a eu il y a quelques temps, trois femmes qui ont fait des coloscopies, elles ont été renvoyées dans leurs foyers, et le lendemain elles ont eu chacune un problème, c'est-à-dire qu'elles ont une perforation de l'intestin. C'est quand même bizarre que ce problème n'ait pas été trouvé avant qu'elles soit renvoyées chez elles.

2. Autre exemple, il y a des gens qui sont opérés pour des prothèses de hanche et qui se retrouvent avec une jambe plus courte après. Quelqu'un leur a même dit, un jour, un praticien, que « *ce n'est pas grave, quand il opérerait l'autre côté, il rétablirait* ». C'est quand même assez sympa ! C'est un véritable souci. Alors, à l'hôpital, on peut toujours remplir un document, si on veut, si on n'est pas content. Sauf que, logiquement, le document est remis après au médiateur, mais il passe d'abord par la Direction de l'hôpital. Et moi j'ai eu un cas, qu'on m'a signalé, comme par hasard, le médiateur n'a jamais entendu parler de ce problème-là. Alors je pense que cela devrait être envoyé directement au médiateur et pas à la Direction de l'hôpital. Parce que le Directeur de l'hôpital, si ça l'embête, il peut se dire « *je ne vois pas pourquoi je le remettrai au médiateur* ».

3. La deuxième chose, qui concerne tous les hôpitaux. C'est la sortie d'hôpital. Les gens, on les renvoie de plus en plus rapidement, parce qu'il ne faut pas rester longtemps l'hôpital, mais il n'y a pas d'organisation du soin derrière. C'est-à-dire que, l'on ne se préoccupe pas… on vous dit « *vous allez voir votre infirmier, vous irez voir votre kinésithérapeute* » sauf que personne n'organise derrière. Alors on se retrouve avec des infirmiers surbookés comme sur la Meilleraye, les infirmiers ne peuvent pas être partout en même temps. C'est absolument impossible. Puis le kiné, c'est pareil. Alors le kiné, il est surbooké à la Meilleraye, alors pour les infirmières à domicile, c'est extrêmement compliqué, c'est pratiquement impossible. Alors, certains, ce sont des kinés de Nort-sur-Erdre (à 19 kms) qui viennent à la Meilleraye. S'il faut aller à la piscine, je ne vous dis pas le bazar que c'est. En plus, on n'a plus de transport à la Meilleraye pour se rendre sur Chateaubriand ou sur Nort-sur-Erdre. Alors, comment font les gens ?

4. L'ambulance, souvent, elle n'est pas remboursée. On va vous faire un bon de transport, mais souvent, elle n'est pas remboursée. C'est-à-dire que c'est très mal expliqué. Les gens pensent que parce qu'ils ont un bon de transport, ils seront remboursés, mais c'est totalement faux. Alors je suis vraiment inquiet pour l'avenir, parce que les gens n'ont pas de défense. Et puis n'en parlons pas des plaintes auprès de l'Ordre des médecins, parce que là ce n'est même pas la peine. Je viens encore de lire, sur Internet, tous les articles : si vous n'avez pas les moyens de prendre directement un avocat et d'aller au tribunal d'instance et au pénal, et bien je ne vois pas comment vous pouvez vous débrouiller avec l'Ordre des médecins. Ce qui fait que dans le milieu rural, il n'y a que quelques gens qui sont capables d'engager une procédure, même s'ils ont de vrais soucis. C'est un vrai souci, je pourrais vous en donner des noms ! Par contre, je suis étonné qu'il n'y ait pas plus de particuliers, ce sont des associations qui sont représentées, c'est un peu embêtant.

P.3.5 **1.** Retraité à 780 €. Il ne faut pas amalgamer un « type pauvre » et un « pauvre type ». Il faudra qu'on organise une rencontre, parce que je suis représentant des usagers à la clinique Sainte-Marie. Alors tout ce que vous dites J. m'intéresse en premier lieu. Représentant depuis un an. On est quatre représentants maintenant et de ce point de vue-là, il y a une nette amélioration, car le rapport de force s'équilibre un peu. Ce qui fait que l'on arrive quand même à une expression plus libre, plus complète, plus satisfaisante. Je dis bien une expression, car en tant que représentant des usagers, nous n'avons pas de moyens de coercition, c'est consultatif.

P. : L'affichage des noms de représentants dans le hall de la clinique.

2. On siège à quatre commissions. Le sujet est vaste. Je suis aussi membre de l'UNAFAM (union nationale des amis et famille malade psychique). (…) On le sait depuis 25 ans que l'on va vers une pénurie de médecins puisque le *numerus clausus* est fermé, je n'en connais pas toutes les raisons. Un exemple personnel, à savoir que face à cette pénurie, il y a des gens qui n'arrivent pas à trouver des médecins. Alors, quand on a quelque chose, on se dit que ça ne peut pas être assez (grave), on consulte peut-être moins facilement, et donc c'est la renonciation. Alors, renonciation ici parce qu'il y a la distance qui engendre des questions de coûts. C'était mon cas, quand j'avais mal au ventre. Finalement ça durait, ça durait, au bout d'un mois, tout le monde me disait qu'il faut quand même que je m'inquiète et quand j'ai téléphoné au médecin, je n'ai pu avoir un rendez-vous que 10 jours après, à Saint-Julien-de-Vouvantes.

3. Il y a un grand besoin d'informations entre le Centre d'accueil et de permanence des soins des médecins (CAPS), les Urgences, le 15, le médecin traitant, les médecins de ville qui sont de plus en plus difficiles à joindre, qui sont de plus en plus surbookés et fatigués, et différents dispositifs. En tant qu'usagers, on ne s'y retrouve pas toujours.

P. : Il y a les Urgences à l'hôpital, on peut y accéder quand même, assez facilement.

3.5 : J'ai un article sur l'ARS sorti il n'y a pas longtemps qui précise qu'ils sont à la fois surbookés parce que par exemple il y a plein de gens qui viennent pour prendre rendez-vous au CAPS.

P. : Ici, ce sont des médecins généralistes qui sont de permanence, sur Nantes, c'est cela.

P. : Le système c'est : il faut appeler le 15, c'est le n°15 qui met en relation, qui appelle le médecin et qui donne le RV.

Question : Est-ce que vous avez l'impression que le personnel, ils font ce qu'ils peuvent, on peut mettre en cause leur bonne volonté ?

P.4.5 **1.** En allant chez les personnes, on se rend compte des difficultés qu'elles ont pour avoir un médecin, puisque ce sont des personnes qui n'ont pas de moyens de locomotion. De moins en moins les médecins se déplacent. Ces personnes sont parfois isolées parce que la famille n'est pas forcément à proximité donc, souci : comment fait-on pour aller chez le médecin ? C'est une question récurrente. Après, il y a les aides à domicile qui vont prendre les RV, mais ce n'est pas vraiment son rôle.

P. : Il y a aussi des aides à domiciles qui amènent les personnes aux RV.

P.4.5 : Oui, parce que ça fait aussi partie des formations. Pour les salariées, il faut qu'elles aient l'assurance et qu'elles acceptent d'emmener les personnes dans leur propre véhicule. Cela ne concerna pas tout le monde.

P. : Et puis, il y a le nombre d'heure qui doit correspondre.

P.4.5 : Oui, c'est cela.

P. : Tout le monde n'a pas le même nombre d'heures à domicile.

P.4.5 : **2.** Il y a des personnes, on n'y va qu'une demi-heure au moment du repas du midi, juste pour mettre les plats à chauffer, voir si tout va bien, surveiller la prise des médicaments. Mais sur cette

demi-heure, il n'y a pas le temps, mais la personne chez le médecin. Ça veut dire que, soit on vient plus, et c'est à charge pour la personne. En fonction des revenus de chacun, ce n'est pas toujours facile non plus. De toute façon, les médecins ne se déplacent plus. Donc, c'est une problématique qu'on rencontre tous les jours.

3. Je voulais aussi soulever la problématique des rendez-vous. Quand il y a un problème particulier, les personnes ont un rendez-vous, s'il y a une opération envisagée, chez l'anesthésiste. Deux jours après, on a rendez-vous chez le cardiologue, et trois jours après on a rendez-vous pour l'opération. Mais cela veut dire trois voyages, pour des personnes qui ont 80 ans et plus, c'est quand même fatiguant. Sachant que ce n'est pas forcément que sur Chateaubriand, mais aussi sur Nantes, je trouve qu'il n'y a pas de cohésion sur le parcours du soin d'une personne. C'est tellement cloisonné. Cela a toujours été compliqué, mais c'est de pire en pire.

P. : Il faut toujours remplir des papiers, c'est ça ?

P.4.5 : **4.** Après, c'est vrai que l'on nous conseille toujours d'aller voir une assistante sociale. Mais elles ne sont pas toujours présentes. Il y a des fois, quand c'est pour une hospitalisation sur une journée, car de plus en plus aujourd'hui, c'est cela. Vous entrez le matin, vous ressortez le soir. Sauf que le soir, quand vous rentrez chez vous, et qu'il y a un handicap qui peut être présent, la personne ne se rend pas compte et du coup elle ne peut pas s'habiller, faire sa toilette, etc.

P. : C'est-à-dire qu'il y a une situation de handicap qui est liée à l'opération subie, c'est cela ?

P.4.5 : Qui est momentanée, oui. Sauf que derrière, il n'y a pas (d'organisation)… c'est : « *rentrez chez vous !* ».

P. : La personne seule, en principe, on la garde de nuit à l'hôpital, ce n'est pas beaucoup, mais on ne la renvoie pas directement chez elle.

P. : Comme je le disais tout à l'heure, le suivi des soins, le contact avec un infirmier, ça ne peut pas se faire en une heure. Vous téléphonez le soir, l'infirmier je vous réponds en disant… et encore, quand il a le temps.

P.4.5 : Également, ce n'est pas envisagé avant. On sait que l'opération aura lieu tel jour, et bien il devrait y avoir les ordonnances avant, de façon à ce que la personne, quand elle sort, sa sortie soit anticipée et qu'elle ne se retrouve pas seule. C'est là où ce n'est pas logique.

P. : Oui, mais l'opération peut être remise en cause. Si l'opération ne peut passer au dernier moment.

P. : Oui, mais en théorie, il y a une assistante sociale de l'hôpital qui doit prendre en compte.

P. : Ils étaient 5 à un moment donné et maintenant ils ne sont plus que de trois. Dans une maison de retraite, ils n'en ont plus parce que financièrement ils ne peuvent plus. L'hôpital est en déficit, ça se fait au détriment des postes.

(Aparté)

P. : Dans le secteur, il n'y a pas de maison pluridisciplinaire, de maisons médicales ?

P.4.5 : Il y a un projet à Sion-les-Mines.

P.5.5 **1.** Je ne m'occupe que des Séniors, sur Chateaubriand. Concernant la prise en charge de personnes âgées, je suis concerné au niveau professionnel et personnel aussi. Dans l'intitulé de cette soirée, ce que je retiens, c'est justement par rapport au maintien à domicile des personnes âgées. Je trouvais effectivement que ce n'était pas si simple que cela parce que ceux qui ont, peut-être pas toute leur tête, mais qui peuvent être en difficulté pour gérer, pour appeler l'aide à domicile d'un changement de traitement, pour appeler l'infirmière… toutes ces choses qu'on organise après une hospitalisation, ou encore un RV de docteur, des changements, ce qui fait que ce n'est pas si simple que cela. Je trouve qu'il y a parfois des personnes âgées qui pourraient rester à domicile et qui se retrouvent obligées de

rentrer en institution, car justement il n'y a pas une personne aidante, soutenante, quelqu'un de la famille, parce que les enfants sont loin, ça manque. Ou alors, ce sont des professionnels de certains réseaux d'aide à domicile ou des infirmières coordinatrices qui se retrouvent à gérer des choses qui normalement ne sont pas leur boulot, en relai, ou une voisine bien gentille parce qu'elle veut bien accompagner la personne chez le docteur. Si avec toutes ses capacités physiques ça va bien, si la personne âgée à domicile est capable de prendre sa voiture, de gérer, de téléphoner et d'appeler, et encore, quand il y a des opérations, on voit bien que cela peut déstabiliser. Mais c'est surtout quand on commence à arriver dans le grand âge, on voit bien que ce n'est pas si simple que ça. C'est comme si la solution, c'était la maison de retraite et que tout y sera géré.

Question : Il manquerait selon vous des étapes intermédiaires et d'accompagnement ?

2. Oui, ou alors je mettrais en 2e point la question : l'habitat adapté ou regroupé pour personnes âgées. Il y a un moment, ce qui était à la mode pour les personnes âgées, c'était les foyers-logement, il y en avait surtout à Pouancé. Parce qu'à un moment donné, les personnes âgées ont besoin de se retrouver entre elles. De ne pas se sentir toutes seules, à regarder les véhicules passer sur la route, à longueur de journée. Des petits logements qui soient adaptés, de plain-pied. Et en centre-ville, il devrait y avoir des choses plus adaptées, si cela pouvait être créé, ce serait bien. Et pas trop onéreux, car des fois les résidences services sont à 800 € ou 900 € par mois, et encore ! Des petits logements sociaux, personnalisés, adaptés, dans des petites communes rurales. Qui permettent aux personnes d'aller chez la voisine prendre le café, de faire un peu plus de liens.

P. : Alors c'est vrai que ces habitats, sur la Meilleraye, il y en a quelques-uns : la résidence les Tilleuls argentés, mais il n'y a pas de services autour. Les logements adaptés pour des personnes handicapées, de plain-pied, avec des douches accessibles.

P. : L'intérêt qu'il pourrait y avoir, c'est un plateau de services qui faciliterait la mobilisation professionnelle. Il ne viendrait pas pour une personne mais il pourrait circuler. Une salle commune, qui pourrait regrouper plusieurs logements et avoir certaines choses en commun.

P. : Ce qui était prévu à la Meilleraye, c'était des appartements avec une salle commune où les gens pouvaient éventuellement venir manger, regarder la télévision pour avoir un vrai contact, et puis une infirmière, ou une maîtresse de maison, ou gouvernante, qui devait être là, à demeure, 24 heures sur 24. C'était prévu comme ça au départ. Mais c'est tombé à l'eau, car maintenant on a dix appartements, les gens ne se parlent pas. C'est ça le problème. Les gens ne se parlent pas. Je connais bien, je parle avec eux. Le problème qu'il y a dans ce genre d'habitat, c'est qu'il n'y a pas de couloir pour aller dans une salle commune. Alors, quand des gens arrivent de Nantes, j'en connais moi, on s'est proposé pour aller les aider, mais on ne les voit plus. Ces gens-là, ils sont derrière leurs fenêtres. Si ce sont des jeunes, ils vont emmener leurs enfants à l'école, ils vont avoir des contacts. Mais les anciens n'ont pas de contacts. Beaucoup, en plus, ont du mal à marcher. Et, ce qui manque, c'est justement un couloir pour aller à une salle commune. Alors vous n'avez pas allés les voir pour le demander : « *je viens d'arriver, est-ce que vous voulez me recevoir ?* » Ce n'est pas possible ! C'est une vraie bêtise ! Quel que soit le type d'habitat, il faut impérativement voir que les gens n'aient pas besoin de sortir de chez eux, ils vont directement dans un couloir, d'un côté de l'habitat. Et pourtant, l'idée avait été lancée et ça vient d'être relancé, et ça ne va pas se faire non plus. Pourquoi ?

P.5.5 : Pour le coût financier. Parce que ça veut dire, employer une personne. Et du coup ça augmente le loyer.

P. : À l'UDAF, nous avons lancé un programme d'habitat inclusif qui s'appelle « famille gouvernante », ce dont exactement l'on vient de parler, sauf que là, c'est réservé aux personnes malades psychiques, avec un lourd handicap psychique, qui ne peuvent pas rester à domicile, font un stage chez eux, à l'hôpital psychiatrique et après on les retrouve dans la rue, parce qu'ils n'arrivent pas à se stabiliser, parce qu'ils ne prennent pas leur traitement. Et donc, que dans leur logement partagé, il y a une gouvernante, maîtresse de maison, issue d'une association d'aides à domicile, et elles sont plusieurs à se relayer 24 heures sur 24, tous les jours de la semaine. Et puis on a aussi plusieurs infirmiers qui se

relaient, qui viennent pour assurer les traitements et suivre les traitements. On a deux logements, ça concerne six personnes. Il s'agit d'infirmiers psy. Mais, quand ils se déplacent, c'est pour six personnes, ce n'est pas pour une personne. Donc, il y a mutualisation. Au niveau coût, pour ces deux logements sociaux, à l'UDAF ça nous coûte la coordination, car il y a une coordinatrice qui gère tout ça, le personnel, l'organisation et s'il y a un problème avec un habitant. Mais après, les personnes qui sont handicapées, si elles perçoivent l'allocation handicapée, elles peuvent financer une partie de leur logement social.

Finalement, c'est quelque chose qui s'autofinance. Avec, juste le fait d'assurer une présence permanente, pour la prise des soins, la prise des repas ensemble, parce que cela recrée aussi du lien entre eux et vers l'extérieur, puisque dans le quartier, du coup, ils commencent à être connus, à partager des choses. Et vu qu'ils sont stabilisés au niveau du traitement, ils sont beaucoup mieux, pour eux comme pour les autres. Il y a un habitat inclusif sur le Breil, à Nantes. On en a un autre derrière le Quai-de-la-Fosse. Puis, on a remporté un appel à projets sur le Département, pour développer justement des habitats inclusifs, il y en a donc plusieurs autres de prévus dans d'autres milieux, notamment du côté de Blin et de Savenay.

P. : Il y en a un aussi au Plessis, depuis une douzaine d'années où les personnes mettaient leurs salaires en commun. Mais ce n'est peut-être plus comme ça maintenant.

P.5.5 : Tout ça pour dire qu'il y a plein de choses qui existent. Après, peut-être qu'il faut les faire connaître, que ce soit porté par une association et monétisé.

Question : L'appel à projet, c'est le Département, l'ARS qui le lance ?

P.5.5 : Je crois que c'est plutôt l'ARS.

P. : Le CHS de Blin sollicite justement l'Association les Eaux-Vives pour un habitat de ce type, sur Chateaubriand, pour une quinzaine de places. Cela a commencé en 2014 et l'autorisation a juste abouti fin 2018. Pour vous dire le temps que cela prend. Autrement, je n'ai pas les chiffres. Il y a un nombre très important de personnes du CHS de Blin qui auraient vocation à aller dans ces logements-là, qui coûtent quand même beaucoup moins cher qu'un séjour complet au CHS.

P. : C'est un argument important pour ceux qui tiennent la calculette, de savoir qu'il y a des modalités plus économiques.

P. : Il y a des personnes qui font des longs séjours au CHS de Blin, à défaut de places ailleurs. Car il manque justement des structures médico-sociales et sociales pour les accueillir.

P. : C'est toujours la même chose finalement, si l'on se mettait plus sur un mode « prévenir » que « guérir », c'est un investissement sur le temps, mais je suis sûr qu'on y gagne énormément.

P.6.5 Il y a quelque chose qui n'est pas pris en charge. L'État connaît les retraites de tout le monde. C'est la prise en charge au niveau de la mutuelle, qui n'est pas faite automatiquement. Et cela, c'est un problème. Moi, je l'ai rencontré. Je suis juste 18 € au-dessus du plafond, j'ai quand même fait un papier au niveau de ma mutuelle, j'ai quand même touché 330 € de complément. Il y a, une quantité de gens qui y ont droit, qui ont des petites retraites et qui sont juste au-dessus. Maintenant, c'est 868 € et quelques, mais qu'en fin de compte, ce n'est pas fait automatiquement. Ça c'est un problème, car des personnes pourraient avoir une mutuelle tout à fait correcte.

Question : C'est dire qu'il y a du non-recours ? Il y a des droits qui existent, mais les gens ne sont pas informés ?

P.6.5 : En plus, le dossier, ils l'ont beaucoup simplifié. Parce qu'au départ, il fallait emmener tous les papiers du dossier retraite. Maintenant, ils ont simplifié le système : il faut que les gens aillent à la Sécurité sociale demander le dossier, pour le remplir, et le ramener. Après, s'ils ont impôts (?) dessus, ils l'emmènent à la mutuelle, qui paye. Pour le remplir, ensuite, ça passe par une commission pour les droits que l'on peut récupérer. Mais cela, ça devrait être fait automatiquement.

P. : Cette information-là n'est pas forcément connue. Et vu que les gens doivent aller vers ce service-là et qu'ils ne peuvent pas se déplacer, c'est là le problème.

P.6.5 : Ils sont contents, ils ont le minimum vieillesse, mais avec le minimum vieillesse, ils auraient aussi une mutuelle.

P. : En plus, il y a l'histoire des plafonds. Ils vont vous dire en regardant le dossier que si vous gagnez plus que ça, vous n'y avez pas droit. Alors que s'ils peuvent y avoir droit. C'est un complément, qu'il faut demander. À quelques euros près, c'est quand même dingue de manquer une prime intéressante. L'aide de la Mutuelle est de 550 €/an. Si vous vous dites « *je suis 18 € au-dessus* », vous calculez sur 12 mois, j'ai touché 550 € - (18x12), j'ai touché la différence (550-216 = 334 € /an, 28 €/mois).

P.7.5 Il y a un autre (aspect) qui est inadmissible. Quand vous êtes handicapé. J'étais à la COTOREP, on est obligé de refaire les dossiers tous les cinq ans. Alors qu'en fin de compte, ton problème c'est ta vie. C'est un truc qui ne devrait pas exister. Je sais que le médecin a juste à faire une croix dans le système et ça repart. Mais ce n'est pas une raison. Et aussi, pour le renouvellement annuel, c'est pareil. Les gens retraités touchent toujours la même retraite. Je sais que pour le minimum vieillesse, ce que l'on appelait le minimum vieillesse, c'est pareil, c'était à renouveler tous les ans, à la demande. Aujourd'hui, ils pensent changer. Le minimum serait d'envoyer un courrier pour demander si nous sommes dans le même cas et on signe. Terminé. Alors que là, ils demandent tout un dossier. Alors les gens ils se disent « *on arrête* ».

P. : Alors maintenant, vous avez votre dossier sur Internet, c'est super ! (Rires). C'est pour plaisanter.

P.7.5 : Ne plaisantez pas trop, c'est un vrai problème. Car on a des personnes, dans un tas de structures qui n'ont pas Internet. La majorité des gens aujourd'hui qui ont besoin de soins, sont des gens qui ont plus de 70 ans et qui n'ont pas Internet. Vous faites quoi ? Alors, vous allez demander à votre voisin ? Votre voisin, il est honnête, il n'est pas honnête ? Vous faites quoi ?

P. : L'année prochaine, l'État veut faire les déclarations d'impôt totalement sur Internet. Je ne sais pas si vous voyez le problème. Les mots de passe, vous les mettez où ? Vous vous en rappelez, vous ne vous en rappelez plus. Il faut avoir une connexion Internet. Ça va être une véritable catastrophe. Je peux vous dire, ça va être une catastrophe. C'est inadmissible. Ce sont les jeunes qui l'ont mis en place, ils pensent qu'ils ne seront jamais vieux.

P. : J'ai un autre exemple concernant les accès au numérique. Là, dernièrement, pour un renouvellement de carte d'identité. J'avais ouvert une connexion et commencé à remplir le dossier, c'était pour mon compagnon. Sauf qu'il me manquait des informations du genre la date de naissance, ce n'était même pas le lieu de naissance de mes beaux-parents. C'était ce genre de choses. Je me suis dit « *ce n'est pas grave* » je vais mettre en attente. Sauf qu'apparemment, ça fait bloquer le système. Et depuis, nous n'arrivons pas retourner sur le dossier. C'est un truc tout bête, on a dû réessayer 5-6 ou sept fois. En attendant, on doit faire des préinscriptions, ouvrir un dossier sur Internet, avant d'aller à la mairie. Et le rendez-vous pris à la mairie, ce sera pour dire « *écoutez, désolé* ». Je pense que c'est le fait d'avoir commencé à remplir un dossier, de ne pas avoir peut-être clôturé des choses, de valider. J'ai validé certaines choses, mais peut-être pas tout, ce qui fait que maintenant on n'y arrive plus du tout, ils ne veulent plus envoyer de codes, c'est fini.

P. : Apparemment, même les techniciens ont du mal à proposer des produits assez souples.

P. : Voilà, comme quoi, des choses peuvent paraître assez simples, mais il suffit de détails quand on ne maîtrise pas, ce qui fait qu'à un moment l'accès aux soins, au service public, on ne peut pas.

P.7.5 : On n'a pas besoin de ça.

P. : On y arrive à l'accès aux soins, pour prendre des RV par internet. Ou alors, certains médecins, il faut les appeler entre midi et une heure, sauf le lundi, sauf le mercredi, sauf… (rires)

P. : Mais, demandez le renouvellement de votre carte Vitale, la puce de ma carte était partie. J'ai voulu passer par Internet pour demander le renouvellement. J'ai fait tout ce qu'ils me demandaient, ça n'a jamais marché. J'ai dû me déplacer à la Sécurité sociale à Chateaubriand où ils m'ont expliqué qu'en fait « *c'est normal, ça ne marche pas* », c'est tout ! (Rires). Alors, il l'a fait à la main, c'est super.

P. : En fait on nous dit d'utiliser Internet, mais on ne nous dit pas comment faire. Sur leur site, ils n'expliquent pas comment faire, quand ça marche.

P. : Je ne paye pas le docteur, mais avec les 50 centimes ou 1 euro de dépassements, tu te retrouves en fin d'année à avoir 100 € à reverser à l'aide sociale. Alors je suis allé sur le site. Tu peux payer par virement, par la carte, mais ça ne marche pas. Alors j'ai fait le chèque et je l'ai emmené à Chateaubriand. Ce sont des choses inadmissibles. Et puis t'accumules. Quand vous êtes remboursés à 100%, on ne devrait pas pouvoir vous reprendre sur les 100%. Alors on va attendre d'avoir des chemins autres, pour pouvoir récupérer les fameux 50 €, c'est maximum 50 € que tu peux récupérer tous les ans. 50 €, mais en plus, tu as la prise de sang. C'est 1 € qui va se rajouter. Donc, tu arrives à la fin de l'année, tu as 100 € ou 150 € à redonner. C'est pour cela que les 50 €, c'est du baratin. Ce sont les fameux 50 centimes et 50 € qui s'additionnent, à chaque acte. Et la Sécurité sociale, comme tu ne payes rien, tu es à 100%, ça par contre on te les réclames. Pour nous réclamer, il n'y a pas à se faire de soucis.

P. : Je voudrais parler des gens qui sont à la CMU.

P.7.5 : La CMU c'est quelque chose de très compliqué aussi. Il y a beaucoup de gens autour de nous qui n'ont pas forcément la capacité de se payer une mutuelle et qui, faute de facilitation ou même d'information, car il faut premièrement avoir l'information. Une fois qu'on a l'information, il faut aller sur Internet et c'est un document illisible. Ce n'est pas forcément facilitant et donc je suppose qu'il y a un bon pourcentage de personnes qui doivent s'arrêter au milieu de la démarche en se disant « *bon, voilà, tant pis, je n'aurai pas de mutuelle, il y aura peut-être d'autres solutions qui vont pouvoir peut-être m'être proposées* ». Donc, c'est vraiment la question de cette mutuelle pour séniors, pour jeunes. C'est une problématique la CMU.

P. : Et à renouveler tous les ans. Et c'est encore plus compliqué que cela. Parce que la CMU, vous l'avez, mais il faut absolument la faire gérer par une Mutuelle. Parce que quand vous retrouvez du boulot, vous êtes 6 mois sans mutuelle. Si c'est géré par une Mutuelle, vous l'avez directement. Et cette information, on ne vous la donne pas.

P. : Et cette information, personne ne le sait. Vous le savez parce que vous vous êtes renseignés.

P.7.5 : J'étais à la CMU, j'ai fait gérer cela par ma mutuelle, ils ne m'ont pas pris en charge.

P. : Voilà, il y a une démarche de renseignement et d'information qui peut être très longue, et décourageante pour ce genre de choses, pour des personnes, moi la première, j'ai pu avoir des soucis. Faut pas avoir de problèmes.

P. : 6 mois sans mutuelles, je ne vais pas vous faire un dessin. Je pense que c'est fait exprès, que ce soit décourageant, faut pas rêver.

P. : Oui, mais ils vous diront toujours que ce n'est pas vrai.

P.7.5 : J'ai un exemple. Dans le temps, les personnes âgées avaient le droit de prendre une retraite à telle date. Ma mère était née le 29 juin, elle a pu prendre sa retraite, car elle était née ce jour-là. Et ils se sont rendus compte, quand ils ont établi ses dossiers, qu'il y avait trop de monde qui allait demander. Alors, ça allait jusqu'à la fin juillet. Et bien, ils ont raccourci la date. Et une personne qui était du même âge que ma mère n'a pas eu le droit de prendre sa retraite. Parce qu'il y avait 3 jours. Donc tout est fait, ils mettent les choses en place, ils calculent combien de personnes, ils font des statistiques et s'ils s'aperçoivent que cela coûte trop cher. Et l'année d'après, ils vont resserrer les délais... Quand ils vous demandent pour la CMU de renouveler tous les ans ou pour l'APL, ou tout ça,

c'est pour quoi ? C'est parce qu'ils pensent que les gens vont se décourager et vont finir par ne pas demander. C'est une évidence.

Pour revenir sur la CMU, sur autre chose. Je me suis retrouvé à l'hôpital à Chateaubriand, avec une personne dans la chambre qui m'a raconté quelque chose d'épouvantable. Il est à la CMU, il a un revenu de solidarité, ce qui n'est rien, donc la mutuelle est toute petite. Il va voir une rhumatologue, et il y va un taxi, parce qu'il est dans un fauteuil et qu'il est incapable de bouger. On l'entre dans la salle d'attente et la rhumatologue arrive. Elle lui dit, devant tout le monde, 8 personnes, « *voilà un Monsieur qui est à la CMU et qui se permet de prendre un taxi pour venir me voir* » ! Alors, ces gens-là, de la santé, qu'ils aient un peu de respect pour les gens qui sont à la CMU. En plus, dans un fauteuil, tu ne peux plus bouger.

P. : Le mot c'est taxi-ambulance.

P.7.5 : Oui, une ambulance, il est en fauteuil, il ne va pas venir sur la route en fauteuil !

P. : Je vais sortir un peu du territoire de la Meilleraye-de-Bretagne, mais je suis aussi curieuse de voir des territoires ruraux, étant originaire de Vendée, où il va y avoir 2 maisons de santé à 5 kms d'écart, et d'autres territoires ruraux avec 15.000 habitants où à 15-20 et 30 kms c'est compliqué de trouver un médecin. Et en plus de cela, il n'y a pas de maison de santé, il y a un médecin qui prend des RV comme il peut. Il y a quand même une disparité. On dit que dans les territoires ruraux c'est compliqué de trouver des médecins, mais il y a quand même des territoires bien développés.

Comment cette inégalité est-elle possible entre des territoires qui se donnent des capacités à avoir 2 maisons de santé, ce qui veut dire 6 médecins, à 5 kms d'écart et d'autres territoires où c'est vraiment compliqué, où il n'y a que les Urgences qui peuvent répondre à des besoins ? La question de l'urgence est donc à définir. Car, il y a des gens qui vont aux Urgences et qui n'ont pas vraiment le choix d'aller aux Urgences, mais c'est le seul endroit où aller. En même temps, lorsque l'on parle d'urgence, peut-être qu'il y a aussi d'autres lieux qui pourraient accueillir ce genre de personnes ? C'est un cercle vicieux, mais c'est la question du pourquoi. Pourquoi ces territoires mieux dotés ont trouvé cette facilité, ces subventions, ces financements pour développer des maisons de santé alors que, pour d'autres, c'est le *statu quo* ?

P. : À Laval, ville moyenne, ils font revenir des médecins retraités, ce n'est quand même pas… je comprendrais mieux dans nos petites communes.

P.7.5 : La question du territoire rural qui est en difficultés d'avoir un médecin. Je me pose la question aussi du territoire urbain, à Laval, ou à Nantes ou d'autres grandes villes, l'accessibilité à un médecin pour un renouvellement d'ordonnance ou pour une urgence.

P. : Ce n'est pas pour tout de suite. À Nantes, il y a plein de médecins, mais c'est très difficile de trouver un médecin traitant qui va vous inscrire dans sa patientèle. Et même une fois que vous êtes inscrit, vous n'avez pas un RV. Si ce matin ou ce soir vous êtes malades, vous irez en RV dans 2 jours pour votre gastro qui sera finie…

P. : Je peux comprendre d'un côté le besoin de faire des économies, mais en même temps quand cela se mélange. Il y a un moment, quand le personnel soignant nous fait pression, on se demande s'ils sont au boulot. J'ai un ami de Chateaubriand qui est décédé, il avait une tumeur au cerveau. Il est tombé sur son perron, il a été emmené aux Urgences. On m'a appelé à 22h30, moi j'habite de l'autre côté de la rue, pour le ramener chez lui. En tant qu'ami, j'étais la seule personne qu'il connaissait et j'entendais derrière les remarques, la pression de, je ne sais pas si c'était l'infirmière, si c'était… il était 22h30, je venais de me coucher. Ce n'est pas que je ne pouvais pas, en même temps j'ai 66 ans, il y a un moment si vous sortez le soir comme cela, avec la fatigue, c'est dangereux. Juste pour emmener quelqu'un. Cette pression, je trouve qu'elle est de plus en plus présente. Et derrière, j'interroge justement là-dessus, ce n'est pas une accusation, mais je trouve préjudiciable que l'on amène du personnel soignant à faire un travail d'économie qui n'est pas le sien.

P. : Si vous ne passez pas une nuit à l'hôpital, vous n'avez pas droit à l'ambulance

P. : C'est l'ami ou le voisin qui devient le service public.

P.7.5 : Quand vous parlez du cas de la personne, vous êtes allé la chercher. Moi j'ai eu un cas, absolument révoltant, une personne de la Meilleraye de Bretagne qui a fait un AVC. Les Pompiers arrivent, je ne dirai pas de quelle commune, c'était un soir où il y avait un match de football. Le n°15 rappelle et demande ce qu'a la personne, le Pompier répond « *ce n'est rien, elle est alcoolisée* ». Résultat, ils l'ont emmené à Chateaubriand, alors que c'était un AVC. Ils ne voulaient surtout pas aller à Nantes à cette heure-là. À Chateaubriand, ils l'ont réceptionnée aux Urgences et puis ce n'est que le lendemain qu'ils ont vu qu'il y avait vraiment un problème. Je ne vous donne pas les détails de ce que cela a pu faire comme dégâts si vous avez un AVC et que vous n'intervenez pas dans les 3 heures.

P. : Grosse négligence.

P. : Il y a des fermetures de casernes aussi. Vu le secteur, déjà vous avez 3 casernes qui peuvent intervenir, ça ne simplifie pas tout. Quand les Pompiers étaient à Issé, ils venaient quand même plus vite que lorsqu'ils viennent de Moisdon, de Treffieux.

P.7.5 : Dans le cas présent, je ne mets pas du tout en cause les Pompiers, j'ai fait appel à eux, ils font ce qu'ils peuvent. Il y a des mecs super bien. Là, on est tombé sur un con, c'est tout. Mais, il faut dire les choses, tout à l'heure on parlait des infirmières, je dis qu'à Chateaubriand, le personnel soignant est super. J'ai fait des séjours là-bas, c'est super. Rien à dire, ce n'est pas le personnel soignant qui est en cause, pas du tout. Ils manquent de personnel, ils sont débordés et pourtant ils sont hyper gentils. Ils ont de la bonne volonté, mais qu'est-ce que vous voulez qu'ils fassent.

P. : Il n'aurait pas fallu que la clinique soit montée, mais que ce soit l'hôpital qui reprenne ça. J'ai travaillé 6 ans à l'hôpital en entretien, voilà le problème.

P. : Ça, ça été une vraie catastrophe.

P. : La clinique, c'est le pognon, la rentabilité à fond, on peut dire n'importe quoi, à n'importe qui, n'importe comment, à partir du moment où il y a le pognon…

P. : On le sait bien. Il aurait fallu d'abord se battre pour le garder l'hôpital ! Je ne sais pas si vous vous en rappelez ? Il y a 25 ans, 30 ans, il y avait vraiment eu une mobilisation pour le garder, mais autrement on n'en aurait plus.

P. : Là, c'est la clinique.

P.8.5 Je voudrais parler des dépassements d'honoraires. Là, c'est pareil, il y a beaucoup de médecins qui sont en secteur 2, et donc qui prennent des dépassements importants. Il y en a même qui sont très, très importants. Et les personnes qui veulent être opérées sont en désarroi. Et alors, par contre, il y a certains chirurgiens qui vous disent : « *est-ce que votre mutuelle va vous rembourser ?* » Ou bien : « *quelle mutuelle vous avez ?* » pour savoir quels dépassements d'honoraires il va y avoir et si la mutuelle peut nous rembourser. Alors, on demande à la mutuelle s'il y a remboursement, on retourne voir le chirurgien en lui disant : « *non, la mutuelle ne rembourse pas* ». Et on nous répond : « *alors on ne vous fera pas de dépassement* ».

P. : Exactement. Déjà, il est sympa ce médecin, il demande.

P. : Si vous refusez de payer le dépassement d'honoraires, il se débrouille avec. Il faut refuser de payer. Ils n'iront pas au tribunal. Je connais quelqu'un qui s'est fait opérer deux fois la cataracte, il y a eu refus de payer des dépassements, ils ne lui ont rien réclamé.

P.8.5 : Ou bien, de payer en plusieurs fois.

P. : Il faut surtout refuser de payer le devis. J'ai un collègue, qui s'est fait opérer des varices en janvier, il y avait 20 dépassements d'honoraires de 200 €, il a refusé de payer. Le chirurgien l'a… (inaudible)

Question : La difficulté est de parler de situation à la limite, et quand la parole se libère, ce sont des situations limites qui sont abordées. Dans le cas présent, ce sont des situations la plupart du temps très peu prises en compte, alors comment on en parle ?

P. : D'un point de vue juridique, juridiquement : est-ce qu'un médecin à qui on ne veut pas payer des dépassements d'honoraires, peut-il refuser de vous soigner ?

P.8.5 : Alors, il ne va pas le faire directement. Je dis cela par rapport à un O.R.L. de mon compagnon. Quand j'ai pris rendez-vous auprès du professeur B. Sur Nantes, O.R.L. reconnu, en fait, il y avait des dépassements d'honoraires dès la prise de rendez-vous. Voilà, la secrétaire me dit : « *ce sera 550 € de dépassements d'honoraires ou alors, il faut attendre* ». J'ai répondu qu'il était hors de question de payer 550 €. Donc, on a attendu neuf mois. En se renseignant, on a pu trouver des spécialistes sur Lille. On s'est dit, ma foi, 550 €, ça nous laisse une marge, on va donc aller sur Lille. On est allé sur Lille, on a rencontré un autre professeur qui nous a donné des informations par rapport aux soins. On avait quand même maintenu le rendez-vous avec le professeur B de Nantes, neuf mois après. Et quand on s'est présenté, le fait qu'il sache que l'on est allé voir un autre confrère ailleurs, en gros, il ne s'est pas du tout intéressé du tout : « *pourquoi vous êtes allés voir un autre confrère, dites-moi donc ?* » C'était ça au début. On a dit : « *écoutez, vous étiez un peu long, il fallait attendre neuf mois* ». Il avait l'air étonné. Et puis, il y a eu un coup de téléphone, il a été appelé ailleurs et nous a laissé à l'interne qui finalement nous a ramené gentiment vers la porte. Finalement, il n'y a pas grand-chose à faire. Si on avait payé, aurait-on eu plus de considération ? Là, il n'en avait rien à faire de nous. Professeur qui travaille avec d'autres collègues, psychiatres, qui pratiquent aussi le dépassement d'honoraires.

P. : Concernant le dépassement d'honoraires, il y a aussi le cas d'anesthésistes. Pour un rendez-vous d'anesthésiste, normalement, si vous avez vu l'anesthésiste six mois avant, le même, vous n'avez pas besoin de reprendre un rendez-vous. Bizarrement, à Chateaubriand, il opère de la cataracte des personnes âgées. Alors qu'au CHU, il n'y a pas besoin d'anesthésiste. Or, à Chateaubriand, il faut un anesthésiste. Mais le pire, c'est qu'il faut un anesthésiste pour les deux yeux ! Et vous allez voir deux fois l'anesthésiste à 15 jours d'intervalle, pour chacun de vos yeux. C'est vraiment du vol à la Sécurité sociale. Alors nous, on a eu une dame qui est allée voir l'anesthésiste. Heureusement, quelqu'un lui avait dit « *s'il te demande un dépassement d'honoraires, tu réponds non* ». Alors, quand il lui a demandé un dépassement d'honoraires, elle a répondu « *non, je m'en vais* ». Il a répondu « *eh bien non, restez Madame, je vais vous opérer quand même* ». Il l'a quand même fait venir deux fois. C'est absolument inacceptable. Le même anesthésiste pour les deux yeux, deux rendez-vous. Et encore, aller voir un anesthésiste pour la cataracte, ce n'est pas justifié. Sauf si vous endormez la personne âgée totalement, dans ce cas c'est normal.

P. : Je me suis fait opérer la cataracte, je n'ai pas eu besoin d'anesthésie.

P. : Donc, il y a quand même une volonté de se faire du pognon sur le dos des gens. Que voulez-vous qu'une personne âgée puisse dire ? Elle fait totalement confiance.

P. : Je vais donner un autre exemple à propos d'une dame qui s'est fait opérer en début d'année de la cataracte. Elle ne voulait pas se faire opérer sur Chateaubriand, sa décision c'était sur Nantes. Donc elle est allée rencontrer le spécialiste, l'anesthésiste. Puis elle s'est faite opérer, sauf qu'il ne voulait pas prendre en charge son transport. La Sécurité sociale lui avait refusé le premier coup en disant qu'il y avait un chirurgien plus près, donc que ce n'était pas justifié. Alors, comme elle avait une histoire de pupilles qui se dilataient mal, qui ne se dilataient pas, sous prétexte qu'elle avait quand même peut-être quelque chose qui aurait pu être opéré sur Chateaubriand. Donc, du fait qu'elle avait une espèce d'anormalité, elle a réussi à se faire faire un certificat médical d'un chirurgien O.R.L. sur Nantes, pour avoir finalement, après contact auprès du médiateur, une prise en charge de la sécu de 50 € pour son transport. Mais il a fallu qu'elle en obtienne pour les deux. Et donc, de refaire un recours auprès du médiateur pour avoir un remboursement.

P. : C'est laborieux !

P.8.5 : Parce que c'est une dame qui a la capacité, qui va faire des courriers.

P. : C'est une histoire de Mutuelle, à la MGEN. Ça m'est arrivé en fin d'année dernière, j'ai eu des soins médicaux, de dentistes et de médicaments, les derniers jours du mois de décembre. Je n'ai pas reçu de courrier, on ne m'a pas prévenue. La MGEN s'est transformée en « MGEN Listia » je-ne-sais-quoi. Pour mes remboursements à la MGEN, j'ai envoyé comme j'avais l'habitude et on m'a dit « *non, on ne peut plus vous rembourser, car nous ne sommes plus MGEN, nous sommes MGEN-Listia* ». Alors ça c'est fort. J'envoyais des courriers, mais, ça n'a pas eu d'effet.

P. : Il n'y a pas eu d'arrêt pour la cotisation ?

Réponse : Non. Je ne sais pas s'il y a eu d'autres personnes concernées comme moi. On m'a répondu « *on ne peut pas vous rembourser, c'était l'année dernière, on ne peut pas prendre puisqu'on a changé* ».

Question : Ça a été racheté par quelqu'un d'autre ?

Réponse : Je n'ai pas été cherché, j'aurais pu.

Question : Parce que c'est déjà arrivé par exemple avec Harmonie mutuelle, ils ne peuvent pas faire ça à chaque fois ?

Réponse : Je me suis dit peut-être, il faudrait aller plus loin, envoyer un courrier en recommandé, mais je ne l'ai pas fait.

P. : (Avec humour) En somme, pour accéder aux soins, il faut avoir de l'argent, il faut se battre et il faut être malade parfois. Avoir, des connaissances en informatique, savoir déjouer les bogues causés par les informaticiens. Je suis étonné, autour de la table, tout le monde est quand même connecté, tout le monde a essayé, même si ça n'a pas fonctionné, tout le monde a essayé sur Internet, d'aller chercher… j'ai l'impression qu'il y a moins de monde que ça, on n'est pas représentatif de la société…

P. : Alors là, je vous arrête. Ce sont des gens qui font partie de l'Association depuis longtemps, donc tout le monde est né dans l'Internet ou automatiquement. Mais je peux vous emmener en face, il y a 10 maisons, vous allez sonner et vous allez me dire qui sait se servir d'Internet.

(…)

P.8.5 : J'ai rencontré une association la semaine dernière, du côté de Nantes, qui a mis en place du transport solidaire uniquement pour emmener les gens aux rendez-vous médicaux. Des rendez-vous qui ne sont pas pris en charge par les ambulances. Je sais qu'il y en a maintenant et ils sont nombreux. Ce qui m'interpelle, c'est la société. Tout le monde se monte en association pour répondre à un besoin qui est pourtant, on le note tous ici, relève de l'État. Et, une fois encore, on nous dit « *mettez-vous en association pour gérer cette chose-là, c'est aux citoyens de trouver la solution* ». Est-ce que c'est bien ou pas bien ?

P. : L'État étant défaillant, ce sont des Associations qui prennent le relais.

P.8.5 : Mais ce n'est pas pour autant que l'État augmente les subventions pour les associations.

P. : Sur la ligne La Meilleraye-Nantes, la ligne 40 a été supprimée. Le Tram-Train coûte 12,50 € aller 12,50 € retour. Nous, on va prendre le car à Riaillé, pour aller à Nantes : ligne 60, ça fait 2,50 € le voyage, 5 € par jour, c'est quand même moins cher. Avant, la ligne 40 coûtait 3 €, elle fait Chateaubriand-Moisdon-La Meilleraye-Joué sur Erdre.

P. : Comme contre-argument on nous répond à cela « *oui, mais si vous prenez l'abonnement, à l'année, ça revient moins cher.* » Oui, mais l'abonnement c'est pour des gens qui travaillent à l'année, qui vont faire des trajets régulièrement.

P.8.5 : Le tram-train vous amène à la borne sud, et du sud il faut venir avec le bus au CHU. Beaucoup de gens qui sont anciens, moi le premier, quand je vais à Nantes, c'est pour aller au CHU. Ce n'est pas pour aller me balader. Ni pour aller au cinéma.

Pour en revenir aux assurances, l'État devrait prendre en compte toutes ces associations avec des chauffeurs solidaires et dire « *s'il y a un pépin, on vient payer* », ce système existe pour les appartements, c'est l'État qui est garant. Pourquoi l'État ne serait-il pas garant pour des associations comme cela ?

P. : Ces associations sont là parce que, des fois, il n'y a pas d'entourage, il faut des familles pour pouvoir assurer. Même si les familles sont là, il y a aussi des RV dans la journée, les enfants travaillent, ce n'est pas toujours facile non plus…

P. : S'il n'y a pas de transports en commun qui sont proposés, ou alors des transports qui ont été supprimés justement… c'est aussi cela.

P. : Si, pour les transports solidaires, il y a, à la demande. Il faut téléphoner la veille. Si vous voulez aller à l'hôpital, par ex. visiter les gens, ce n'est pas facile parce que le matin, vous n'avez pas le droit d'aller aux visites, et avec le transport à la demande, il faudrait y rester toute la journée. Et puis, il y a des jours où vous ne voulez pas revenir à n'importe quelle heure.

P. : Ou bien, ils vous déposent et s'ils ne vous ont pas repéré, vous vous retrouvez tout seul sur le bord d'une rue. Ils n'ont pas de portable.

P. : Même avant, quand tu avais RV, admettons, à St Herblain, tu prenais ta voiture, si tu étais à 100% remboursé du transport. Pour 35 kms, tu touchais 28 € l'aller et 28 € le retour. Mais maintenant, cela a été supprimé, il y a des personnes handicapées qui ne touchent même pas d'aide. Je ne comprends même pas comment des gens arrivent à se faire rembourser dans certaines situations. Je ne sais pas comment ils font. Parce qu'à partir du moment où tu es opéré, tu es remboursé à partir du moment où tu es à 100%. J'avoue que je ne sais pas comment les conducteurs parviennent à se faire rembourser dans certaines situations.

P.8.5 : On n'a pas parlé non plus des pharmacies. On a quand même 5 pharmacies à Chateaubriand. Il y a des personnes qui arrivent d'une autre commune, car leur pharmacie est fermée, alors ils font le tour des pharmacies de garde pour aller chercher leur médicament. 5 pharmacies, mais elles ne sont pas ouvertes tout le temps. C'est un tour de garde. Donc, de temps en temps, il faut aller aux alentours pour aller chercher des médicaments. Ce n'est pas normal ça non plus.

P. : Il y a la pharmacie de Meilleraye qui demandait de fermer un jour, tout simplement parce que les gens vont chez le docteur à Joué et ils se trouvent mieux d'aller à la pharmacie au même endroit. Et pour leur renouvellement, ils retournent là-bas le chercher. C'est inadmissible. C'est un peu idiot.

P. : Pour les astreintes de pharmacie, même la Gendarmerie ne connait pas l'astreinte et en plus elle ne doit pas la donner. Éventuellement, elle va téléphoner à la pharmacie de garde pour dire que quelqu'un va arriver. Et là, il faut montrer patte blanche. Il y a eu tellement de problèmes d'agression. C'était un dimanche, à Nantes, j'étais avec quelqu'un, il venait pour son œil, le CHU ne lui délivrait pas son médicament, ils lui ont fait l'ordonnance pour aller prendre le médicament à la pharmacie de garde. Ils ont tourné : Nort-sur-Erdre, Nozay, Chateaubriand et ont fini par Pouancé ! Sur tout le territoire, il n'y avait que Pouancé. Vous imaginez un peu !? Un dimanche. Et bien sûr, il faut que ce soit ouvert. Parce que vous pouvez toujours arriver là-bas, on vous a dit que c'était la pharmacie de garde, mais c'est fermé. C'est ce qui s'est passé à Nozay, c'était théoriquement Nozay qui était de garde. Mais c'était fermé. Et les Gendarmes ont dit « *on est désolé, on ne peut pas vous donner le nom de la pharmacie de garde* ». Alors, comment faire ? Je ne sais pas. C'est invraisemblable.

Question : Comment faites-vous alors pour connaître la pharmacie de garde sur votre secteur ?

Réponse : On ne sait pas à qui demander.

P. : Sur Internet ? Faut téléphoner au 36 je ne sais pas combien… ou sur le journal. Normalement, c'est indiqué aussi sur les vitrines, mais il faut déjà se déplacer à une pharmacie.

P.8.5 : En théorie, car à Nort-sur-Erdre, à Carquefou et…

P. : On pourrait imaginer, dans la mesure où on se déplace au CAPS (Centre d'accueil et de permanence des soins des médecins) un jour férié, sur un temps où normalement il n'y a pas de médecin traitant, on pourrait imaginer, au minimum, qu'ils aient accès à une pharmacie ou à un minimum de médicaments, à portée de main, pour les donner directement à la personne. Du type, une armoire à pharmacie ou la pharmacie de l'hôpital. Même si ce ne sont pas les mêmes organisations.

P. : À Nantes, c'est pareil, aux Urgences on vous donne une ordonnance, derrière ils ne vous donnent pas les médicaments, vous allez à la pharmacie. Sauf si vous avez été opéré et que vous restez à l'hôpital. Mais vous ne partirez pas de l'hôpital avec les médicaments.

P. : J'ai le cas d'un fils qui est dans le Maine et Loire, près de Pouancé, il est venu au CAPS près de Chateaubriand (30 kms) et après il a fallu qu'il vienne à Moisdon (13 kms) pour chercher les médicaments parce qu'il n'y avait pas de pharmacie ouverte aux alentours. Ensuite, il rentrait chez lui (25 kms) (= 70 kms AR). C'est impensable. Il faudrait que les médecins du CAPS aient des médicaments en réserve pour pallier à ce problème.

(Aparté)

P.8.5 : Il y a eu un article récent sur la baisse d'activité de l'hôpital de Chateaubriand. Là aussi, il y avait des conventions qui étaient passées, je ne sais pas où cela en est rendu. L'hôpital de Chateaubriand était en principe lié avec celui de Nantes, avec Nozay, Pouancé, mais je ne sais pas si cela se passe comme cela maintenant. Il devait y avoir des liaisons avec des médecins de ces deux établissements. Il y en a forcément qui viennent, car il n'y a pas toutes les spécialités sur Chateaubriand.

P. : Si vous avez un AVC ou un problème cardio, dans certains cas, le n°15 devrait vous envoyer directement sur Nantes, alors que l'on va vous envoyer à Chateaubriand. On va passer un certain temps aux Urgences pour être pris en charge, ensuite on va demander un hélicoptère, ce qui est arrivé la dernière fois avec quelqu'un qui a fait un AVC. Manque de bol, il y avait du brouillard sur Nantes, impossible de décoller et ils ont fini par l'emmener en ambulance à Angers. Je ne sais pas si vous voyez.

P.8.5 : Quand on appelle le 15, il faut savoir s'exprimer correctement, si les gens ont du mal à dire les choses comme elles sont, ils restent dans l'expectative et ils ne donnent pas forcément suite.

Animateur : On est sur des problématiques complexes, ce n'est pas : un problème = une solution. Déjà, il faut comprendre à quel problème on a affaire, sachant qu'on n'a pas toujours les informations qu'il faudrait. Peut-être les politiques ont-ils ce problème d'information ? Car c'est aussi une affaire de spécialistes. C'est extrêmement compliqué d'être bien informé sur l'ensemble des dossiers.

P.9.5 Les Maires ruraux auxquels j'ai souvent affaire sont très sensibles à ce sujet. Je peux vous dire qu'ils y passent du temps. Ils se battent, ils sont bien conscients des problèmes. Les communes par ici, c'est entre 1.000-2.500 habitants. Les Maires connaissent la population. Pour des grandes villes, je ne sais pas, pour nos communes rurales, ils y sont très sensibles.

Animateur : Ces Élus de milieu rural sont des indicateurs de première main, dépositaires de connaissances qu'on pourrait consulter si on voulait creuser encore le problème. Ils sont proches des gens et auraient une érudition concernant l'accès au soin, de même ceux qui ont un mandat professionnel ou bénévole.

P. : Prenons le cas de la ligne 40, Chateaubriand, La Meilleraye-Nantes. Le Maire était parfaitement au courant que la ligne allait être supprimée. On se demande qui, au Conseil départemental, a préféré le tram et a supprimé la ligne 40, quand on sait qu'elle existe de nos jours de Joué à Nantes, avec très peu d'horaires. Alors qu'avant, on pouvait aller de La Meilleraye à Chateaubriand, à Moisdon, à la

banque, plusieurs fois par jours. Vous vouliez aller à l'hôpital, vous partiez le midi, vous reveniez le soir. Maintenant, les gens de La Meilleraye sont bloqués. Ils ne peuvent plus aller à Chateaubriand.

Question : Ce sont les Maires qui n'ont pas été entendus ?

Non, j'ai posé la question à la dernière assemblée, Le Maire a répondu « *attendez, ce n'est pas nous, on nous a rien demandé, on nous a obligé de prendre les choses comme cela* ». Mais si les Maires s'étaient mobilisés en disant « *nous, on n'est pas d'accord* ». Parce qu'il y a eu une enquête publique sur le transport. « *C'est le Département* » dit-on, c'est facile à dire. Le Département a décidé un jour de recréer la ligne de Tram Chateaubriand-Nantes en passant par Abbaretz. Pourquoi ont-ils supprimé le car de la Meilleraye ? Je prenais ce car avec des gens qui travaillaient à l'entrée de Nantes, je ne sais pas comment ils font aujourd'hui.

P. : C'est une aberration. C'est un cul de sac à Chateaubriand. Et puis ce n'était pas la même ligne, ils ont été obligés de changer tous les rails pour aller avec la ligne de train.

Question : Que font-ils de ce qu'ils sont censés savoir ?

Un élu du Département prenait sa voiture, vu le prix du tram, pour aller prendre le car à Nozay. Tous les matins, il partait de Villepot pour aller à Nozay (à 4 kms) prendre le car, parce que ça lui coûtait moins cher que le tram. On tombe dans la bêtise.

Question : Des personnes biens informées, peuvent ne pas remettre le débat là où il le devrait être ? On disait que les Maires pouvaient être bien informés en milieu rural, du fait de la proximité, et sur certains dossiers. Mais sur le transport, ici c'est un contre-exemple puisqu'ils sont dans des instances où ils peuvent être pris dans des relations où, vous le dites, ils renvoient à d'autres.

Réponse : Tenez, voilà un exemple très simple. La rue qui descend en face, pour aller jusqu'au bas du bourg, elle est normalement prévue pour les handicapés. Alors vous venez un samedi matin, vous prenez un fauteuil et vous essayez de descendre du haut du bourg jusqu'ici. Vous allez voir combien de fois vous allez traverser la route… Celui qui a prévu de faire les trottoirs, au lieu de faire un seul trottoir d'un côté avec tout ce qu'il fallait. On change trois fois de côté. Et en plus, vous dépassez la salle polyvalente, car quand vous arrivez au bout du trottoir, et que vous vous trompez de trottoir, vous avez haut comme cela à descendre (15 cm). Vous ne pouvez pas descendre. Alors vous faites demi-tour, vous reprenez le passage clouté, vous allez en face, vous dépassez la salle polyvalente et vous prenez à gauche. Le jour où je l'ai dit à l'un des conseillers, du Conseil précédent, il a dit « *de toute façon, les handicapés, je n'en n'ai rien à faire* » ! On a tout de suite compris.

Journaliste : Pour le Conseil départemental, il faut savoir que la majorité du CD, ce sont des gens de l'agglomération de Nantes et de St Nazaire. Les Conseillers des mairies rurales sont très minoritaires. Donc, en fait, les Conseillers départementaux sont très axés Nantes et St Nazaire. Le reste… ils s'en occupent quand ils peuvent. Les communes rurales sont sous-représentées. Je ne veux pas défendre Le Maire, mais on ne les écoute pas.

P. : Il y a une fracture de la représentation sur le territoire, produisant des inégalités.

P. : Ils vont faire un nouvel hôpital sur l'Ile de Nantes. En théorie, tout est prévu, tous les cars doivent passer devant. Parce qu'actuellement, vous arrivez devant le CHU, vous descendez, en 5 mn vous êtes au CHU. Vous revenez, vous changez de trottoir, vous prenez le car en face. Là, c'est quand même bien. Par contre le CHU nord, vous prenez le centre-ville pour aller au CHU nord, c'est un foutoir énorme.

P. : L'ex. du CHU du centre montre que quand on veut y arriver, c'est possible.

Par contre au CHU nord, il n'y a rien. Il faut que vous preniez le car, vous arrivez à Nantes, puis vous prenez la ligne de tram ou la ligne de bus. Prenez le plan de Nantes, essayer d'aller en bus, pour quelqu'un qui est malade et âgé, de la gare sud, car généralement on vous dépose à la gare sud avec le car, et remontez au CHU nord, vous allez voir le bazar.

Animateur : Il faudrait comprendre dans quelles circonstances c'est bien coordonné et pourquoi, pour d'autres, c'est mal coordonné. Il peut y avoir un tas de raisons. C'est comme la voie pour handicapés, il suffit qu'il y ait de la mauvaise volonté ou que l'on n'ait pas envie de s'en occuper.

P. : Je pense que derrière, il n'y a pas eu un suivi par rapport aux travaux annoncés. Ils ont enfoui toutes les lignes électriques, pour faire une jolie rue. Il y a eu longtemps des travaux, mais ça fait plus esthétique que pratique.

Animateur : Dans ce groupe, beaucoup de situations difficiles ont été abordées, mais peu de solutions. L'idée c'est aussi de faire émerger les problèmes, de parvenir à les décrire, à les faire remonter et que cela puisse être lu.

(…)

– FIN –

ATELIER 6 – Le Mans, 22 mars 2019 (p. 87-103)

P.1.6 J'ai une connaissance du thème. Constat que 2 personnes ont eu une information erronée sur cette réunion, qui pensaient qu'il s'agissait d'une réunion d'informations sur l'accès aux soins : Comment y accéder, qui peut y accéder ? Où, quand et comment ? Alors qu'il s'agit d'une contribution et débats.

P.2.6 Je suis avec des personnes étrangères et ces questions reviennent à chaque fois. Ils posent des questions, on ne sait pas trop quoi répondre, où les orienter. Il y a des questionnements sur le sujet. On pourrait ainsi souhaiter que des réunions d'information de ce type, d'information, soient organisées.

Question : Y a-t-il des choses qui reviennent de la part de vos interlocuteurs, pouvez-vous en donner des ex. ?

Oui, je n'ai pas de papiers pour l'instant. Est-ce que j'ai droit aux soins, par où est-ce que dois-je passer pour pouvoir me soigner, gratuitement, sachant que la personne qui n'a pas de papiers n'a pas trop le moyen de se faire soigner. C'est ce type de questions qui revient, souvent.

Question : Vous rencontrez des personnes avec des pathologies particulières ? de premières nécessités ?

Oui, il y a des personnes qui viennent de l'étranger, de l'Afrique du Sud Saharienne, surtout, confrontées à beaucoup de maladies. Ce n'est pas toujours évident.

P.3.6 Je suis venue pour des informations, savoir comment on fait pour les démarches, pour trouver un médecin traitant, un dentiste, un ophtalmo, tout ce qui est soins médicaux. Je suis venu pour savoir comment on (le centre social) peut faire. J'ai déjà une mutuelle avec l'entreprise de mon conjoint. Comment on trouve des médecins, ORL, tout ce qui est soin, tout ce que l'on a du mal à trouver. Quand ils se trouvent en retraite, comment on fait pour en retrouver un ensuite ? C'est pour cela que je suis venue aussi, parce qu'à la fin de l'année, mon médecin traitant est en retraite. Et moi qui n'ai pas Internet, comment on fait pour s'engager pour les soins ? Parce qu'avec certains autres, ils nous refusent, car on n'est pas chez eux. C'est pour ça qu'on se renseigne, quand on a des jeunes enfants.

P. : On n'a pas la réponse, on est là pour faire des constats, étudier des pistes.

Si on pouvait avoir des informations, ce serait bien. Nous les parents, c'est bien, mais pour les personnes qui n'ont plus de médecin.

P. : Vous vivez aux Sablons, et vous n'avez pas forcément la liste des médecins ?

Je n'ai pas Internet. Il y a beaucoup de démarches maintenant qui se font par Internet. Il y en a beaucoup qui recherchent parce que c'est là que les médecins traitant mettent s'ils ont des places disponibles. Celui qui n'a pas Internet, je ne sais pas comment il peut être renseigné. Les pages jaunes.

P.4.6 C'est vrai que quand on voit la façon dont c'est présenté, l'on comprend que l'on puisse se méprendre un peu. On met « *trouver un médecin près de son domicile* » (…) C'est un constat que l'on peut faire dans notre entourage. Personnellement, je ne suis pas encore confrontée à devoir trouver un médecin, mais j'ai une de mes sœurs qui a du mal à en retrouver un. J'ai une amie qui en a retrouvé un et qui, quelque temps après a dit « *c'est fini, maintenant, je m'en vais* ». Il a fallu en trouver un autre. Il y a des personnes aussi qui ont du mal à se déplacer. J'ai une amie qui habite du côté de la Chasse royale, elle avait trouvé un médecin la Chapelle Saint-Aubin (4 kms), ce n'était pas trop loin, il vient de lui annoncer qu'elle s'installe rue Haouza, aux Sablons. Et ces personnes-là ne vont pas le suivre, elles devront en trouver un autre. C'est vraiment la galère. Bien, s'il y avait des personnes âgées. Sur Arnage (6 kms) c'est pareil, dès il y a un médecin qui s'en va, il y a les autres médecins ne veulent pas prendre.

Il y a la petite affichette qui est mise dans le cabinet médical comme quoi il ne prend plus de nouveaux clients. C'est un peu le parcours du combattant. C'est la ville, et encore on est en campagne.

P. : Voilà, nous c'est ça le pire, c'est quand on a besoin de soins médicaux, les enfants et même nous les adultes, pour trouver un ORL, un ophtalmo, un médecin traitant, tout ce qui est soins médicaux, une mutuelle. Après, une mutuelle, ça se trouve facilement.

P. : Après, il faut avoir les moyens de payer aussi.

P. : Ça sert, mais quand même, on n'a pas le choix, c'est bien pour la santé.

P.5.6 **1.** Je suis confronté au problème, parce que je vieillis et, du fait de mes belles-sœurs, parce qu'elles ont 90 ans. En ce qui me concerne, mon médecin homéopathe est parti à la retraite, il nous a donné une liste de médecins qui éventuellement pouvaient prendre sa suite, mais parmi ceux-là, il y en avait qui partaient à la retraite quelque temps après. Ce qui fait que, résultat des courses, il fallait aller à la flèche (45 kms) donc, j'ai laissé tomber. J'ai trouvé un médecin qui faisait un peu d'homéopathie, ça allait. Mais seulement, le gros problème, c'est que ce monsieur, plus ça allait, plus il prenait des dépassements d'honoraires 50 €, 51, 52… tous les trois mois, il changeait. Là, je me suis sentie prise au piège parce que je ne pouvais pas avoir d'autre médecin. Pour m'entendre dire, à la fin de l'année « *je pars à la retraite* ». (Rires).

2. J'ai beaucoup de chance, car j'ai accès aux soins et dans le journal, j'ai vu que le centre médical allait ouvrir à Beaulieu. J'ai vu ça le matin, j'ai téléphoné l'après-midi, j'ai été une des premières à m'inscrire, donc ça a été. Et je crois que maintenant, il faut peut-être six mois d'attente. Quand j'y vais, je suis très contente, ça fonctionne très bien. Seulement, ils n'ont pas trouvé suffisamment de médecins. Il y a de jeunes médecins et des médecins à la retraite qui viennent de temps en temps. Et d'après ce que j'ai pu comprendre, les secrétaires se battent parce qu'elles sont obligées de dire « *ce n'est pas possible, il faut attendre d'un à trois mois* ». J'ai eu beaucoup de chance, d'autant plus que je suis très contente de ce jeune médecin.

P. : Cela fait depuis combien de temps ?

P.5.6 : Depuis le mois d'août 2018. J'ai appris en mai que mon médecin partait à la retraite en juin, j'ai dû voir ça dans le journal fin juin. Dans le journal Ouest-France, mais c'était quand même dans le journal « Le Mans, Ma ville ». Et c'est vrai que c'est très bien organisé, mais il faudrait deux ou trois centres comme ça au Mans.

P. : Et des médecins en plus…

P.5.6 : Ce qui m'a énormément choqué, c'est le fait que mon médecin sentait qu'il allait partir à la retraite, qu'il allait avoir moins de fric, alors on augmentait les honoraires, parce qu'il fallait bien… (Rires). Non, là, je fais du mauvais esprit.

P. : Si c'est la réalité ?

P.5.6 : Je n'en sais rien. Il ne m'a pas dit que c'était pour ça.

P. : La réalité c'est que vous payiez plus chaque fois.

P.5.6 : **3.** Et puis, un autre problème qui m'a énormément choqué. J'ai ma belle-sœur qui habite à la Ferté Bernard (50 kms), à l'époque elle devait avoir 93 ans. Son médecin, je ne sais pas exactement, mais elle disait toujours à mon mari et à moi que, handicapée, elle ne pouvait pas descendre de chez elle, deux étages sans ascenseur et les médecins refusaient de se déplacer. Je comprends que pour les gens qui sont valides, le médecin ne se déplace pas. Mais handicapée, à plus de 90 ans… et il fallait qu'à chaque fois elle commande une ambulance, que des brancardiers la descendent par l'escalier, même les Pompiers par la suite on dit que c'était difficile. Alors moi, je dis que la Sécurité sociale a d'autres dépenses à faire que pour un médecin qui ne veut pas se déplacer. Parce qu'en plus, elle

n'habitait qu'à un kilomètre du cabinet. Et c'était le médecin du Centre médical de la Ferté-Bernard. J'ai été très choqué ces dernières années par tout ça.

P.6.6 J'ai été confronté à ce problème de médecin traitant à plusieurs reprises, parce que j'ai eu à déménager plusieurs fois. Et en ville, à chaque fois, le problème se reproduisait, quoi qu'il arrive. Quand j'ai réfléchis au problème, j'ai pensé à :

1. Un tutorat entre un ancien médecin ou un médecin qui part en retraite et un jeune pour l'inciter, par exemple, à s'installer dans son cabinet. Voilà une proposition.

2. D'autres propositions, c'est l'agence régionale de santé qui décide de l'ouverture d'un service et de l'installation générale des médecins, pourquoi ne pas descendre d'une strate ou deux et déléguer cela au Département ou alors à la Mairie ? Qu'ils puissent faire l'autorisation pour l'installation des médecins. Pour aller plus vite. Je ne sais pas si cela incitera les jeunes médecins venir s'installer, mais ce sera une autre chose.

3. En arrivant ici tout à l'heure, j'écoutais la radio, il y avait un débat par rapport au pharmacien. Parce que l'on veut déléguer au pharmacien maintenant, pour donner (prescrire) des médicaments. Pourquoi pas, mais il faudrait inclure alors dans leur formation un moment, qu'ils sachent faire un diagnostic. Parce qu'un pharmacien qui vous donne des médicaments comme ça, juste sur votre avis, moi ça me fait un peu peur. Personnellement (rires). Donc, pourquoi ne pas inclure dans leur formation professionnelle ou continue, un moment (module) pour savoir faire un diagnostic, par rapport à des symptômes ? Après, je ne sais pas combien de temps ça prendrait. Et ça coûtera des sous, bien sûr.

P.7.6 **1.** Le problème de la désertification et le problème des médecins qui vont (s'installent) où ils veulent. Lecture d'une interview, un article du Maine Libre sur la liberté de s'installer où l'on veut, concernant la Ministre de la santé pour qui il n'est pas question d'interdire la libre installation des médecins. Par exemple, toutes les requêtes qui voulaient faire en sorte de mieux répartir les futurs médecins dans les territoires ont été rejetées.

P. : J'ai lu la même chose dans l'Ouest-France. J'en ai déduit après avoir lu l'article, que la Ministre avait tout refusé.

P.7.6 : **2.** Ce que j'ai noté comme difficultés, c'est des délais très longs pour avoir des rendez-vous chez des spécialistes. C'est très dur. J'ai noté quelque chose de positif, en France on a une couverture sociale correcte. Il y a des gens qui n'ont pas de revenus, ils ont la CMU. On peut se soigner malgré tout, quels que soit ses revenus et même avoir des opérations importantes et quelquefois très onéreuses. Il y a beaucoup de pays comme aux États-Unis qui n'ont pas le même système.

P.5.6 : **4.** Je reviens à mes belles-sœurs de 90 ans dont l'une, vu le revenu, aurait peut-être dû avoir le droit à la CMU et l'autre à un autre système. Seulement, ce sont des femmes qui ont travaillé dans différentes branches, elles ont quatre à cinq retraites différentes, dont certaines sont de 20 € par mois, ce n'est pas énorme. Mais seulement, pour remplir cela, avec mon mari on était complètement démunis parce qu'on ne reçoit plus de papiers des caisses de retraite. Mes belles-sœurs, on pouvait toujours courir pour qu'elles nous donnent les renseignements. Et, on nous disait : « *vous n'avez qu'à téléphoner pour savoir, cherchez sur Internet* ». Les interlocuteurs changent de nom. J'étais choquée, je me suis dit que c'était pratiquement impossible. Il y a une des deux qui va être sous tutelle, dans 15 jours. Et bien, je vais tanner le tuteur pour qu'il fasse la recherche, puisque le tuteur dépend du système. Je regrette, mais nous on était complètement démunis. Ça veut dire qu'une de mes belles-sœurs perçoit 745 € de retraite par mois et n'a jamais touché un centime de CMU. Et elle paie 108 € de mutuelles par mois. Et c'est vrai, c'est bien, je suis d'accord avec vous, mais il faudrait qu'on arrête pour les démarches : il y a les déclarations de revenus où c'était marqué qu'elle touchait 8.000 € par mois... Pourquoi est-ce qu'il faut qu'on donne (à la mutuelle), pour 20 € par mois, tous ces documents ? Un paquet de documents de retraite.

P. : Ce qui est pour le particulier, c'est sur Internet, mais je crois que tout est centralisé maintenant pour la retraite, il n'y a qu'un seul site ?

P.7.6 : C'est ce que l'on dit, mais ce n'est pas encore ce que l'on fait parce que j'ai le même problème. On me dit que c'est centralisé et je ne reçois plus de papiers de mes retraites complémentaires. Et bien il perd sa tête pour savoir où je peux avoir le renseignement. Bien sûr il y a Internet, mais c'est compliqué, j'ai fait la demande sur Internet et puis ça commence à boguer. Et Internet, quand on a 90 ans… et même moi, je n'ai pas 90 ans, je m'y mets comme tout le monde, enfin j'espère. Et bien, même à mon âge, je suis paumé avec Internet.

P. : Non, mais ce n'est pas évident, pour chaque caisse il faut créer son compte, son identifiant, son mot de passe.

P. : Je crois que toutes les caisses sont regroupées maintenant, sur un seul site. Non ? Ah, c'est pour le 01 avril 2019.

P.7.6 : Mais il faut se méfier, parce que je vous le dis, j'ai vraiment été confrontée, depuis un an, au problème de mes belles-sœurs, entre tout ce qu'on nous dit à la radio et quand vous êtes sur le terrain, et bien c'est une autre chanson.

P. : Quand je parlais de CMU, je visais surtout les migrants.

P.7.6 : Le dossier, il fait peut-être 10 pages. C'est kafkaïen à remplir. Et comme *a priori* sans adresse des migrants et des personnes âgées, soit des personnes quelquefois qui sont analphabètes, et bien je regrette, les assistantes sociales sont complètement démunies. Quand je téléphonais à l'assistante sociale, elle me répondait : « *qu'est-ce que je peux faire pour vous ?* »

P. : Je voulais faire un petit bémol par rapport à la CMU. J'ai travaillé avec des bénéficiaires du RSA et il faut savoir que les dentistes, il y en a plein qui refusent quand il y a des prises en charge CMU. Alors déjà, c'est très compliqué parce que pour aller chez le dentiste, souvent pour les personnes ça représente, ils ont peur. Car ce sont des soins que l'on ne va pas faire avec grand plaisir quand même. Avec les médecins ça va, mais avec les dentistes, c'est vraiment une réelle difficulté. Après pour ce tout ce qui concerne les retraites, il y a la CARSAT, vous pouvez avoir un rendez-vous.

P. : Ça va la CARSAT.

P.7.6 : Pour les retraites complémentaires, il y a le CICAS (centre d'information, de conseil et d'accueil des salariés) c'est tout ce qui concerne les retraites complémentaires. Pour faire un dossier unique, c'est le CICAS, qui récupère toutes les autres caisses.

P. : Comment ça se fait que, parce que là vous me parlez de CICAS, ça fait un an que je me suis adressé à l'UDAF parce que l'on a été aidé par un médiateur de l'UDAF et qui nous a répondu « *eh bien, vous cherchez sur Internet !* »

Réponse : Là, je pense qu'il botte en touche quand c'est comme ça.

P. : Moi, c'est pareil, c'est ce que l'on me dit à chaque fois : « *bon bien, vous cherchez sur Internet* ». Internet ne résout pas tout. Il y a des centres sociaux qui peuvent, il y a des services retraités auxquels vous pouvez vous adresser, des personnes compétentes pour vous aider à remplir les documents.

P. : In-for-ma-tion.

P.7.6 : L'information, c'est ça qui pêche en France. Les informations, c'est compliqué pour les obtenir.

P. : Je suis quelqu'un de plutôt organisé et pour ma tante, je peux vous assurer que depuis un an, et pour mes belles-sœurs, j'ai passé énormément d'heures au téléphone, j'ai frappé à plein portes…

P. : C'est important ce qui est souligné-là, ça veut dire que les informations ne sont pas sous la main. La question de l'information revient dans les Ateliers. L'on voit que des personnes censées conseiller, ne conseillent pas ou ne conseillent pas bien ou « *bottent en touche* » comme vous dites, et cela ça ne

va pas. On ne pointe pas les personnes en particulier, quoi que quand on est affecté, c'est un peu compliqué de ne pas le faire. Mais, c'est important de le dire, parce que qu'il faut que les structures et que les institutions réfléchissent là-dessus et augmentent leur niveau d'information et de conseil. Si l'on pointe que ça marche bien un endroit, il n'y a pas de raison que, ce qui se centralise bien, à la CARSAT par exemple, ça devrait pouvoir être modélisé pour que ça marche bien ailleurs. Il faudrait pouvoir comprendre pourquoi ça marche à certains endroits et pas à d'autres.

Question (à P.7.6) : Vous pouvez préciser ce qu'il en est des délais trop longs par spécialiste ? De quel type de délais il s'agit et de quels spécialistes ?

P.7.6 : Le cardiologue, j'avais besoin, c'était 3 ou 4 mois. Pour l'ophtalmo, c'est 6 mois à un an.

P. : 1 an, parce que maintenant, il ne fait plus que les choses très graves et donc il ne consulte plus et vous adresse chez un orthoptiste. Donc, qui n'est pas pris en charge par la Sécurité sociale. Ce n'est pas remboursé comme spécialiste. C'est remboursé si vous avez une prescription d'un ophtalmo qui va vous adresser vers un orthoptiste, là c'est pris. Mais comme il est surchargé, il vous adressera à l'orthoptiste et ce n'est pas lui qui fait la prescription donc, ce n'est pas remboursé.

P. : La particularité des spécialistes auxquels j'ai été confronté, c'est que parfois, même quand on les appelle à l'hôpital, on nous répond : « *ah, et bien les rendez-vous ne sont pas ouverts pour ce mois-ci, il faut attendre le bon moment* ». Il faut tomber au bon moment pour pouvoir (obtenir le RV).

P. : Ophtalmo, cardiologue, gynéco, kiné, on ne peut pratiquement plus téléphoner sans qu'on nous dise « *c'est pas ouvert (le planning) il faut attendre* ».

P. : Tout à l'heure, vous avez parlé de CMU, comme quoi c'était refusé dans certains endroits, mais même pour les mutuelles d'entreprise. Moi et mon conjoint, nous avons été obligés d'avancer des soins, même avec un seul revenu. Il n'y a que mon mari qui travaille et, au foyer, il y a deux enfants. Quand quelqu'un tombe malade, on est obligé d'avancer les sous, il faut se débrouiller. Et puis tu n'es remboursé qu'après. Et puis, les spécialistes ne prennent pas toutes les mutuelles à notre charge. Nous, on voit bien avec le dentiste, on est quatre, moi et mon conjoint et nos enfants, il faut avancer les soins et tu n'es remboursé qu'au bout d'une semaine à 15 jours. Et ceux qui ne peuvent pas, ils font comment ? Nous on gère, on y arrive, on se débrouille, on n'a pas le choix. Comme l'orthodontiste, ma fille qui a besoin d'un appareillage pendant 6 mois, il faut donner 600 € en 2 fois. J'ai demandé au docteur P. orthodontiste « *vous faites pour ma première fille qui a 10 ans, qui est prioritaire, puis vous faites pour ma deuxième, qui a 8 ans* » le mois d'après, en décalé, parce que mon mari ne peut pas gérer tout, plus toutes les factures et nous à nourrir, moi et sa famille, on ne pouvait pas. Donc, des fois, les mutuelles, on se demande pourquoi elles servent aussi. Parce qu'en fait, ce ne sont pas les mutuelles qui font la bêtise, ce sont les endroits où l'on va, les médecins, etc.

P. : Il faut aller dans les cabinets mutualistes où il n'y a pas trop de frais à avancer.

P.7.6 : Voilà, mais moi je me suis renseigné, la mutuelle nous a conseillé d'attendre 12 ans pour ma fille pour l'appareil. Mais mon dentiste m'a dit que « *ça va être trop tard* » car elle n'avait pas assez de place, ça faisait des grosses dents et pas de place pour écarter la mâchoire. Donc, le visage de l'enfant peut être déformé. Il y a des choses qu'ils font faire, mais qui sont nulles ! (Rires). Qu'est-ce qu'on invente des fois. Mais il faut penser à la santé des gens. Donc, payer une mutuelle, nous on paye cher de mutuelle pour nous quatre, avec un salaire on se bagarre, on fait ce qu'on peut, et puis les sous, il faut les avancer. On se demande pourquoi des fois. C'est pour ça qu'il y en a qui ne prennent plus de mutuelle.

P. : Je voudrais rajouter concernant le système en France, à propos de ce que j'ai dit tout à l'heure. J'ai mon fils qui était allé aux États-Unis trois ans. Il avait un ami qui était docteur, qui lui a dit que la moitié des faillites personnelles aux États-Unis proviennent de personnes qui ont eu des ennuis de santé, qui ont été hospitalisés. Et pour payer l'hôpital, on leur a vendu leur maison. Ça, c'était il y a 5-6 ans. Depuis, il y a eu Obama qui a essayé de résoudre le problème.

P. : Là, ça devient grave.

P. : On voit la question financière autour du particulier qui émerge.

P.8.6 C'est vrai que tout ce qui est soin, je dirais ce qui est soin psychiatrique, psychologique, alors ça, c'est une catastrophe ! Parce qu'il y a un temps d'attente. Je dirais, c'est encore pire, car il peut s'agir de personnes qui vont être prêtes à avoir un suivi, qui se décident à se faire soigner, etc. et on va leur demander d'attendre un délai d'attente terrible, du coup elles ne vont plus être décidées. Et du coup tout s'effondre, c'est vraiment dramatique. Des personnes qui n'en peuvent plus. J'ai vu, dans le cadre professionnel, des gens qui auraient eu besoin d'un suivi auprès de l'hôpital psychiatrique et bien il n'y a pas. Alors, elles retournent chez elles. Du coup, elles vont se retrouver de nouveau confrontées à la même problématique. Et souvent, c'était : l'hôpital psychiatrique, la prison, la rue. Voilà, c'est un cercle infernal. On trouve des tas de gens en détresse à la rue qui n'ont pas de soins.

Question : Ce que vous dites, par rapport un certain nombre de situations, c'est qu'à un moment donné, il faut faire les choses ?

P.8.6 : C'est-à-dire qu'il y a des moments où il y a une urgence. Et si on ne répond pas à cette urgence, c'est fichu, on rate le coche. Ça prend des proportions terribles.

P. : Ça rejoint une intervention à propos des enfants, leur morphologie évolue. Il y a un diagnostic, il y a des connaissances de mobilisées pour dire « *c'est là que cela doit se faire, dans ce créneau* » et on met les personnes devant des délais de, combien ? 4 mois, 6 mois ?

P.8.6 : Des fois, il y a 1 mois, 1 mois et demi d'attente. Mais quand on sait que la personne est en souffrance, il peut y avoir des dégâts irréversibles.

P. : Quelque part, ça ne prend pas acte non plus de l'énergie mobilisée pour accompagner ces personnes, c'est un gâchis. Tout retombe, avec le travail qui a été fait d'amener la personne à demander, ce n'est pas rien quand même.

P.8.6 : C'est sûr, oui, oui. C'est très compliqué.

P. : En général ce type de personne au lieu de se retrouver à l'hôpital, se retrouve en prison.

P.8.6 : Voilà, souvent c'est comme ça.

P.9.6 Je veux bien aller dans ce sens, mais par rapport aux élèves.

1. Le même problème se pose avec les enfants en milieu scolaire. C'est-à-dire qu'un grand travail a été fait par les enseignants pour permettre aux familles de ne plus avoir peur du mot « psychologue ». Parce qu'avant on disait « *non, non, mon enfant n'est pas fou* ». Et ce travail a vraiment été fait sur le terrain, depuis les années 90. S'il y a un psychologue, c'est vraiment pour prendre soin de l'enfant. Donc, je trouvais que les familles étaient prêtes et maintenant, les démarches pour le CMPP (centre médico-psychologique) c'est six mois d'attente. Il y a aussi le problème des rendez-vous orthophoniques pour lesquels il faut compter six mois d'attente.

2. Par rapport, aussi, à des démarches de santé, les familles ça leur fait le même effet. Au moment où on les rencontre, elles sont insufflées de cet élan, elles disent « *ah oui !* » Et puis, on sent une énergie parce que, voilà, elles en comprennent le sens, le bien-fondé, elles font confiance. Et ce délai d'attente fait que ça retombe. Et du coup, après, ça ne se fait pas. Non pas parce qu'elles ne veulent pas, mais parce que c'est décourageant. Je travaille dans le quartier des Sablons, j'ai même été jusqu'à répertorier le nom de tous les orthophonistes en mettant leur adresse, numéro de téléphone et en faisant un plan pour que les personnes puissent voir où étaient les orthophonistes, pour qu'elles ne se découragent pas. Et à téléphoner aussi. C'est-à-dire que je dépassais mon travail et le faisais volontiers. Mais il y a un moment où l'on s'interroge, c'est décourageant, et c'est le marathon pour les familles. Et maintenant, presque tout le monde a un téléphone portable, mais quand j'ai débuté aux Sablons, il

n'y avait pas téléphone et certaines personnes ne l'avaient pas. Donc, trop de délais d'attente, pas assez de praticiens, on manque d'orthophonistes cruellement.

3. Et pour accéder au CMPP, c'est difficile et il est trop loin des Sablons. Ça oblige que les gens aillent avenue Bollée, rue Erpell. Ce sont des gens pour lesquels il y avait 33 nationalités différentes. Donc on est face au phénomène d'immigration, j'ai répertoriés 33 nationalités différentes dans mon école, en Primaire. Demander aux gens qui n'ont pas de voiture de se déplacer, d'aller rue Erpell. Déjà, certains disent « *je ne peux pas m'acheter de tickets de bus* » de plus, rue Erpell, ce sont des quartiers qui ne ressemblent pas du tout aux Sablons et même, cela ça fait peur.

P. : Moi, j'y suis allée une fois, j'étais perdue. C'est le centre-ville.

P.9.6 : **4.** La secrétaire au CMPP, ce n'est peut-être plus la même, je lui ai retéléphoné une fois pour lui dire « *mais vous vous rendez compte les familles qui vous appellent, comment vous les accueillez ? Cela ne se fait pas ?* » J'aurais d'autres choses à ajouter après, c'était juste un écho à ce que vous disiez. Alors voilà, j'aurais une proposition à faire : ce qui manque cruellement pour mon activité, pour prendre rendez-vous, ce sont des accompagnateurs qui sont neutres avec les gens et qu'ils puissent les aider à aller vers l'orthophoniste parce que c'est un quartier qu'ils ne connaissent pas. Aller au centre social où il y a une activité, mais ils sont un peu perdus parce qu'ils ne savent pas où c'est, bien que ça leur fasse peur aussi de rencontrer d'autres gens. Et l'on s'aperçoit, que les gens sont plein de bonne volonté, mais qu'il y a une peur d'aller vers des lieux inconnus. Je ne sais pas comment cela pourrait s'appeler, mais il y a des médiateurs, non pas des médiateurs, oui cela pourrait être des accompagnateurs.

P. : Ça va coûter « *un pognon de dingue, ça !* »

P. : On peut rêver ! C'est sûr, on peut rêver ici et ça fait du bien. (Rires)

P. : Pour les aidants, il faudrait des aides qu'on a pas.

P. : Il y a des gens qui parlent de création de maisons en zone rurale, mais en ville aussi, des maisons de service public qui serviraient de correspondants justement, avec les différents services. En contact avec la CAF, la Sécurité sociale. Ça existe à la campagne.

P. : Il y a un Département où il y a un bus qui se déplace. Dans le bus, il y a Internet et les personnes aident et cherchent pour les personnes qui viennent. Et c'est génial. Les gens qui n'ont pas Internet, ils ont un contact.

Question : Pourquoi il y a eu ces bus-là ? C'est parce que les centres qui étaient installés auparavant ont fermé.

P. : Même les banques ont fermé, tout ferme.

P.9.6 : **5.** Je ne vais pas trop développer, mais il y a des constats que je dois ramener. Dans les écoles, il n'y a plus de visites médicales scolaires. Avant, en grande section, c'était systématique en maternelle. Maintenant, on demande aux enseignants de faire faire des petits tests aux enfants, d'écrits, et après c'est envoyé.

Question : Quel genre de test ?

P.9.6 : Répéter des syllabes, donner la syllabe de fin d'un mot comme « lapin », ce que l'enfant entend à la fin du mot. C'est de la discrimination positive.

P. : Par rapport au repérage d'une pathologie éventuelle, c'était le rôle du médecin scolaire.

P.9.6 : La dyslexie, c'est plus tard.

P. : Il y a l'audition et puis la vue sans doute ? J'ai mes filles qui sont en primaire de à l'école de l'Épau, elles le font. En primaire, ils le font encore, tous les deux ans, en sautant de classe. Ils demandent le carnet de santé, il y a une infirmière qui vient et qui fait de la vue et de l'audition.

P.9.6 : **6.** Il y a des différences entre privé et public. Le privé est l'enfant pauvre alors que le médecin scolaire était tout à fait ouvert et impliqué dans notre école. Et donc, il a arrêté. Pour l'enseignement privé, c'est non. Alors, dans l'enseignement public, ce sont les mêmes démarches. Il y a une infirmière qui vient et qui va faire les pré-tests. Après, le médecin scolaire va analyser quel enfant mériterait d'être vu par le médecin scolaire. Alors qu'avant, c'était systématiquement tous les enfants. C'était bien vu. Donc ça, c'est ennuyeux. Il y a trois ans, on a reçu un courrier du Médecin scolaire pour dire qu'il ne viendrait plus, sauf en cas d'urgence extrême. C'est dans le secteur privé. Mais, même dans les autres écoles, le médecin n'a plus le temps de passer tous les élèves, c'est l'infirmière qui fait les pré-tests. (…)

7. Par rapport à l'inclusion des enfants porteurs de handicap. Je suis tout à fait ouverte à cela, mais cela crée des aberrations. C'est-à-dire qu'à l'inverse d'aider certains enfants, on ne les aide pas du tout, on bouche la question du handicap. Et cela, c'est compliqué, car ils n'ont pas forcément des soins adaptés ou les aides adaptées en classe. Parce que, être spécialiste de certaines pathologies, et bien non, parce que les AVS (Aides à la vie scolaire) ne sont pas formées et en plus elles sont payées rien du tout. C'est vraiment écœurant pour les AVS, de n'être rien payées alors qu'elles font du travail (spécialisé).

Question : Quel handicap ?

P.9.6 : Tout handicap. Ça peut être l'autisme, les troubles du comportement, ça peut être des problèmes de santé, par exemple l'asthme, je ne vais pas détailler.

8. Ce qui est ennuyeux aussi, ce sont les étudiants qui n'ont pas d'argent pour avoir des soins. L'autre jour, j'ai lu un article dans le journal, une jeune fille a dit « *maintenant, les études, il faut les prolonger quatre, cinq, six-sept ans après le bac. C'est long, on n'a pas d'argent, les parents ne peuvent pas toujours aider. Et même pour m'acheter des serviettes hygiéniques et bien non, je n'ai pas l'argent, ça coûte cher* ». Le soin, ça concerne son propre corps. Et puis j'ai le cas de ma propre fille, étudiante mais qui travaille en même temps pour arriver à vivre, à survivre. Et du coup, elle s'est empêchée de se faire soigner certaines choses comme par exemple les dents, des choses comme ça parce que ça coûtait trop cher par rapport à ses revenus.

9. Ensuite, ma belle-fille, sage-femme à l'hôpital. Elle est encore jeune. Elle s'est formée il y a à peu près 15 ans. Il y a 15 ans, elle avait l'impression d'être proche de la patiente pour parler, aider, accompagner et être proche du bébé. Et maintenant, elle est devant un ordinateur à remplir tout le dossier, le dos tourné à la patiente. Elle dit : « *j'ai l'impression de ne plus connaître les gens, de ne plus être en relation avec eux* ». Et ça, ça fait souffrir les professionnels. Car, c'est plus des dossiers que du temps. Dans les EHPAD, elles ont un temps limité de 10 m, pour s'occuper de trois personnes.

P. : 3 mn pour faire la toilette d'une personne. J'ai une collègue qui m'a dit qu'heureusement elle arrivait en retraite, car ce n'est plus possible. Nous quand on fait notre toilette, on met plus de 3 mn (rires). Même pour te laver les cheveux, tu mets plus de 3 mn. Sinon, ça sert à rien de se mettre sous la douche.

10. Quand on lit toutes les études qui sont faites sur le soin du corps, le besoin de parler, le besoin de se sentir accompagné, aidé, sécurisé et réconforté. Les études sont faites et l'économie vient enrayer tout ce que l'on sait, ce qui serait bon à donner aux gens et on ne le fait pas. Moi, cela me révolte et c'est de pire en pire.

11. Ensuite, mon dentiste m'a dit il y a un an qu'il ne me prenait plus « *parce que je me suis spécialisé, je fais de la micro chirurgie, donc je ne prends plus mes patients* ». Alors comment je fais ? Il m'a donné l'adresse d'un dentiste, je prends RV dans la semaine qui suit, j'étais contente. Cette dentiste est une personne qui vient des Pays de l'Est et elle a une manière de travailler qui m'a fait faire un bond. J'ai eu l'impression de revenir au Moyen-Âge… C'est-à-dire qu'elle ne m'a pas du tout consultée sur mes dents. Je lui ai dit que je craignais d'avoir une carie au niveau de mes dents de devant. Elle n'a pas pris de radio, mais elle m'a orientée à prendre des facettes. Donc, elle voulait me soigner 3 dents, me les

dévitaliser pour mettre des facettes. Je me suis dit « *je ne comprends pas, elle n'a pas vérifié si j'avais ou pas des problèmes* ». J'ai rappelé mon dentiste précédent et lui ai dit : « *je ne peux pas me laisser soigner par quelqu'un en qui je n'ai pas confiance* ». Il m'a redonné une autre adresse et ce nouveau dentiste m'a dit « *non, je ne prends pas de nouveaux patients* ». Alors, comment je fais ? Mon premier dentiste a répondu « *dites que vous venez de ma part* », ce que j'ai fait. Il y a eu 4 mois d'attente. J'avais peur d'avoir une carie, alors je faisais comment si j'avais une carie ? Je n'en avais pas, donc tant mieux. Mais ce nouveau dentiste a un certain âge et dans 2 ans, il va être en retraite. Donc, j'ai l'impression de ne plus avoir de dentiste.

P. : Tout ce qui est soins médicaux, c'est la galère.

P. : Vous avez des cabinets mutualistes où on a davantage d'accès et de suivi.

P. : Je ne connais pas, je ne sais pas ce que c'est, je ne sais pas comment ça marche.

P. : Ils sont au tiers payant.

P.9.6 : **12.** Ils ont instauré le délai de carence pour les enseignants, alors je suis totalement contre. Je sais ce que c'est d'être enseignant. Je connais mes collègues et jamais elles n'auront envie de s'arrêter parce qu'elles ont mal à la tête ou des symptômes. Elles vont au bout du bout, et là, c'est l'horreur. J'ai plusieurs collègues qui ont des maladies et elles travaillent. Mais avec le jour de carence, elles s'empêchent de s'arrêter si elles en ont besoin. Une collègue a été obligée, car elle a des problèmes pulmonaires graves. Donc, jour de carence, elle reprend le travail, le médecin constate que ça ne va pas bien, elle se fait arrêter et ils refont un jour de carence. Et comme elle vit toute seule avec son enfant, elle n'a pas trop d'argent, elle dit « *mais ce n'est pas possible* ».

P. : Le renouvellement de l'arrêt maladie amène un nouveau jour de carence même si ça s'enchaine ?

Réponse : Dans le privé, c'est 3 jours de carence, dans la fonction publique, c'est un jour, mais avant il n'y en avait pas.

P.9.6 : De toute façon, je suis absolument contre. Si vraiment on pense que l'on soigne quelqu'un et bien on doit nous apprendre à nous soigner aussi, mais pas de jour de carence. Quelqu'un qui est malade est la première personne à être malade. Alors s'il y a des personnes qui trichent, il y a des tricheurs partout, mais on ne peut pas être heureux d'être malade.

P. : Surtout quand on est enseignant.

P. : Surtout, si vous prenez un jour, vous pouvez mieux vous soigner et revenir plus tôt.

P.9.6 : **13.** Oui. Et les médecins généralistes. À Yvré l'Évêque, dans une commune près du Mans, il y a une grande banderole « *recherchons 2 médecins généralistes* ». Ça fait un moment de ça, ça fait presque 6 mois.

14. Et pour finir, c'est très personnel, j'ai une démarche personnelle de soin de mon corps. Là, j'ai commencé à suivre une manière de m'alimenter qui sort du monde industriel, que j'avais déjà suivie, il y a une vingtaine d'années. Et je m'étais guérie de problèmes tels qu'une allergie au rhume des foins. Et donc, à nouveau, je recommence. Là où je ne suis pas contente, c'est qu'au niveau de la Sécurité sociale, ils pourraient valoriser des démarches de ce type, non pas pour m'applaudir, mais pour dire « *voyons, est-ce qu'il n'y aurait pas des manières de vivre ou de fonctionner autres qui font que l'on pourrait aussi proposer à d'autres personnes de faire cette démarche ?* »

P. : Il faudrait qu'ils y croient eux-mêmes !

P.9.6 : **15.** Et cela, c'est un peu la rage. Par exemple pour le sucre. Y a-t-il des bons ou des mauvais sucres ? Et je regarde, tout à l'heure, parce que je me documente beaucoup : en fait ce sont les lobbies des marchands de sucre qui vont répondre à la question. Donc, ils vont dire qu'il y en a des bons et des mauvais, mais forcément, ils vont aller dans le sens de vendre leurs sucreries.

P. : On est sur la question de l'indépendance des travaux qui peuvent dire si des choses ou d'autres sont bonnes pour l'équilibre.

P.9.6 : **16.** Pour terminer, je pense que l'économie a pris le pas sur la santé. Elle a pris le pas sur l'alimentation. On nous ment, on triche, on nous fait manger n'importe quoi. Le bio n'est pas accessible à tout le monde. C'est beaucoup trop cher et c'est voulu. Ensuite, le soin, c'est prendre du temps, donner du temps aux gens, mais les docteurs n'ont plus le temps. Les soignants n'ont plus le temps. C'est : avoir des médecins partout, qu'on ne soit pas obligé de prendre la voiture pour se faire soigner. Quand il y en a. On est dans une période de régression, de désertification, c'est un appel urgent. Et les gens renoncent à se faire soigner, je pense. Nous, on a des ressources intellectuelles. Mais comment on peut faire pour aider les gens qui arrivent, les migrants ?

P. : Moi, je suis un peu perturbée par rapport à ce problème des migrants qui sont un peu analphabètes. Vu ce que je connais, j'ai du mal. Pour remplir un dossier, il faut se faire aider. C'est kafkaïen. On vous demande de répéter plusieurs fois la même chose. Pour moi, c'est simple : tous les dossiers d'aide sont fait de telle façon pour décourager les gens.

P. : Il y a plein de gens qui ne demandent pas d'aide. C'est tellement compliqué, il faut arriver avec une valise de documents. C'est tellement compliqué qu'ils y renoncent. Pour les déclarations de revenus, il y a des croisements. La CMU ne prend même pas la déclaration de revenus. Alors que cela devrait suffire. Tout à l'heure, je parlais d'un dossier de 10 pages, ça ne fait pas 10 pages, mais tout de même, il a fallu que j'aille le chercher sur Internet, que je l'imprime à mes frais. Et quand j'ai vu ça, je me suis dit « *il sont fous !* »

P. : Pour la CMU, ils demandent tous les bulletins de salaires pendant 12 mois. J'ai fait une fois la démarche quand mon mari était en arrêt maladie et bien, heureusement qu'on avait notre mutuelle. Il faut un gros dossier juste pour 6 mois d'arrêt pour qu'il ait un peu d'aide, en attendant de pouvoir reprendre le travail.

P. : Et les femmes de ménage qui ont 6 employeurs, faut qu'elles fassent les allers et venues.

P. : C'est fait pour embêter les gens, pour faire plein d'administratif.

P. : Ça me semble complètement évident. Avant, je le savais de manière intellectuelle, je l'avais vu. Quand vous êtes confrontée, que vous êtes complètement crevée, vous vous dites « *là, non, je ne peux plus* » et on laisse tomber.

P.10.6 J'avais noté, cela va rejoindre ce que P. (8.6) a dit. Je fais aussi partie d'une association qui aide les personnes en difficulté avec les addictions et surtout avec l'alcool.

1. Donc, effectivement, j'avais noté la difficulté. Pour un malade, quand il est enfin décidé à aller en soin : c'est tout de suite et ce n'est pas pour le lendemain. Donc la difficulté de trouver un médecin, ils les ont, mais il y a la difficulté après cela de pouvoir aller en Centre de soins. C'est surtout cela où, en règle générale, il faut attendre un temps de 3 mois. Même pour des addictions, quand la personne veut vraiment y aller. Pour un sevrage, elle trouve assez facilement un établissement, mais après cela, pour aller dans un Centre de soins où il n'y a que 12 ou 14 lits, et bien évidemment, il y a une bonne file d'attente. Donc, on lui dit « *il faut attendre 3 mois* ». Après cela, ça se traduit en général par un maximum de 2 mois. Parce que souvent, les gens accueillis dans ces Centres, il y en a qui abandonnent en cours de route, pour diverses raisons. Il faut quand même, en attendant, que le malade, fasse comme il peut.

2. J'ai, plus précisément ici, le cas d'une personne qui a subi une intervention chirurgicale. Ça se passait mal parce que c'était une sciatique conséquente et donc, impossible, sur 4 kinés au Mans qui vont à domicile, il n'y en a aucun qui a voulu aller faire des soins à domicile.

P. : Ils ont le droit de refuser ou pas ?

P.10.6 : Je ne sais pas. Dans ce cas, il a fini par trouver un kiné, par l'intermédiaire d'une amie qui connaissait quelqu'un. C'est souvent comme cela, malheureusement, par relations, qu'on arrive à un kiné mais qui, pareillement, ne pouvait pas aller à domicile. Mais ce Monsieur, heureusement, a trouvé de l'aide auprès d'un ami ou d'un voisin qui l'emmène chez ce kiné, pour avoir des soins.

3. Je rencontre aussi, là où je milite pour le logement, des personnes qui sont à la CMU et qui hésitent à aller en soins dentaires, parce qu'il reste, même avec la CMU, tout à l'heure on évoquait par rapport à Cabinet mutualiste, il reste, après cela c'est un choix, il reste des charges assez importantes.

Question : Sait-on pourquoi les 4 kinés ont refusé, car c'est leur mission de se déplacer ? Pourquoi dans ce cas-là, ils ont refusé ?

Réponse : Parce qu'ils n'avaient pas le temps. Ils avaient trop de patients.

Question : Il y aurait au moins un poste pour un kiné supplémentaire pour les visites à domicile ?

P. : Oui, c'est certain, mais c'est que disait la Ministre, ils freinent les formations de kiné, d'après ce que j'ai compris. Ce n'est pas seulement les médecins. Les kinés, il y en a de plus en plus besoin. Pendant un temps, il y avait beaucoup d'étudiants qui allaient en Belgique. Ça a été fini, parce qu'ils ont été surchargés en Belgique. Mais je sais que l'examen d'entrée est terriblement, très très serré. Surement qu'il doit en manquer beaucoup.

Question : Vous disiez que les gens ne prenaient pas de soins dentaires parce qu'il y avait des restes à charge assez conséquents, vous avez une idée de la proportion, une marge ?

Réponse : Je ne saurais pas vous dire. Je n'ai pas eu le temps d'approfondir. Cela date d'hier.

Question : Suffisamment pour que les gens renoncent. C'est-à-dire qu'ils peuvent avoir une carie et avoir mal, mais ils peuvent ne pas y aller ?

Réponse : Non, ce n'est peut-être pas pour des soins comme cela, c'est pour des poses de prothèse dentaire.

P. : Je connais S. que tu connais bien, il n'a qu'une dent et il ne se soigne pas du tout. Comme il dit « *je suis un sans-dents* ».

P. : Pour rejoindre ce qui était dit concernant les protections féminines, tous les articles d'hygiène, si vous remarquez, c'est très cher. Les brosses à dents, le dentifrice et tout ça. Quand on sait le montant d'un RSA, si la personne fume, il ne reste pas grand-chose. Tout cela, ce sont des choix, alors les gens préfèrent manger plutôt que de se soigner.

P.10.6 : Sur la question des étudiants qui allaient en Belgique, c'est pour avoir le diplôme Belge ? C'était par rapport au *numerus clausus* ? Alors, on veut bien qu'il y ait éventuellement des professionnels formés en Belgique ou des Pays de l'Est et, finalement, qu'il y ait plus de professionnels sur le marché du travail, mais on ne veut pas les former en France parce qu'on estime que l'on dépasse le chiffre.

P. : Sans compter que c'est très cher en Belgique. Donc, il n'y a que certains qui peuvent le faire.

P.11.6 C'est vrai qu'en France on peut se soigner. C'est, quand même, pas mal par rapport à certains pays. Mais moi, je vois, je connais le cas d'une personne qui n'a pas le droit à la CMU. Elle est seule, elle a le minimum vieillesse. Donc elle paie une mutuelle, mais la plus basse, parce qu'elle n'a pas trop d'argent. Elle a un mal fou pour se faire mettre des couronnes, des soins. Parce que là, elle ne rentre pas… disons que quand on est entre-deux, comme ça, ce n'est pas évident.

P. : A-t-elle une aide santé ?

P.11.6 : Elle a une complémentaire santé, mais au minimum. (Apartés). Je voulais savoir aussi par rapport aux surplus d'honoraires : est-ce que le Gouvernement ne pourrait pas mettre un plafond ou quelque chose ? C'est dingue, car on connait une personne qui devait se faire opérer du dos, un

médecin du Mans lui demandait 1.000 €. Mon mari est allé se faire opérer de la cataracte et je crois que c'est pour tous à peu près pareil, c'est 180 € de surcoût, par œil.

P. : Plus l'anesthésiste, 50 € de dépassement d'honoraires, pour une opération où il n'y a pas d'anesthésie totale. Ça dure 5 mn.

P.11.6 : Le Gouvernement devrait interdire ces surplus d'honoraires. Partout on en paye maintenant.

P. : Ce que je trouve choquant par rapport à la cataracte, c'est que les ophtalmos disent « *si vous voulez que je vous opère, il faut payer* ». Ils nous font payer le papier avant d'ailleurs (rires). Est-ce qu'il y en a, y a-t-il des ophtalmos qui acceptent d'opérer sans dépassement d'honoraires ? Et bien, j'en doute. Ça coûte 250 € à peu près.

P. : Oui, parce que la relation au médecin, c'est une confiance aussi. Et si on a confiance, on a envie d'être opéré par la personne que l'on connait. (Apartés).

P.9.6 : **16.** Je voulais faire part d'un autre souci qui concerne les certificats médicaux pour les pratiques du sport. Le médecin de notre commune qui comprend à peu près 1.000 licenciés, adultes et enfants, ne fait pas passer la visite, car au mois de septembre, il se retrouverait avec 1.000 visites médicales à faire, alors elle ne les fait pas. Elle signe les certificats car elle connait plus ou moins les gens. Et elle n'est pas la seule à faire cela. Et elle ne se fait pas payer. Quand elle ne fait pas de consultations, elle ne fait pas payer. Il y en a qui font payer, mais ils se mettent en tort. Je l'admire, elle prend des risques et sinon, on ne fait pas de sport. Ou sinon, il n'a plus le temps de s'occuper des autres. La preuve, il n'y a plus de médecin.

P. : Les certificats sont valables 3 ans. Pour l'aquagym, mais pour les enfants, c'est tous les ans. Pour la course à pieds, c'est tous les ans. La gymnastique volontaire, c'est 2 ans. Et l'année où il n'y a pas de certificat médical, il faut faire une attestation comme quoi il n'y a pas eu de modifications de santé. (Apartés).

P.12.6 Concernant les Urgences de dents, mon mari avait une rage de dents. On lui disait d'attendre le dimanche entre 10 h et midi. Et encore, ce n'était pas pour être soigné, mais pour avoir un antibiotique, pour le soulager. Il a fallu qu'on attende le dimanche alors que ça s'était déclaré 2-3 jours avant. Il s'est retrouvé à l'hôpital plusieurs mois après pour se faire arracher la fameuse dent.

P. : À l'hôpital, ils prennent les mutuelles, c'est rare que tu avances les frais. La clinique, si. Il y a des frais que tu paies. J'ai eu un dentiste, j'étais dans un épisode où j'avais la CMU, ça a duré une année, la secrétaire me disait « *vous avez la CMU* ? » Et bien, il n'a pas voulu me consulter tout le temps où j'avais la CMU.

P. : C'est honteux, ils devraient être pénalisés ces gens-là. Ce n'est pas normal.

P. : Moi, j'ai CMU ou mutuelle. Voilà, il faudrait qu'ils s'arrangent avec toutes les mutuelles. Ça sert à rien d'embêter les gens pour avoir une mutuelle et une CMU s'ils rejettent les gens. Si les gens paient une mutuelle, pourquoi ?

P.12.6 : Pour les Urgences, c'est pareil, si le médecin n'est pas là… Il faut des médecins autour pour éviter d'aller aux Urgences.

Question : C'est-à-dire que vous prenez le bottin téléphonique ?

P. : Il y a un numéro maintenant que l'on peut appeler pour les Urgences, un numéro vert 0800, qui peut vous diriger.

P. : Ce n'est pas le 15 ? Je compose le 15 la nuit.

P. : Non, c'est un autre centre. Le 15 c'est les Urgences. Il faut bien dissocier un service renseignements, pur, renseignements pour les RV, renseignements médicaux pour les gens qui veulent

s'auto-médiquer et urgences, vraies urgences, parce que j'imagine que ceux qui sont en urgence vitale, ils doivent attendre.

P. : J'ai appelé le 15, j'ai eu tout de suite.

P. : Il faudrait qu'il y ait 2 numéros, que les gens distinguent bien, qu'ils puissent décider d'aller pour les Urgences (qui n'en sont pas) et un numéro vraiment vital pour les gens, entre la vie et la mort.

Question : C'est-à-dire, qu'est-ce qui peut arriver ?

Réponse : Un choc allergique, un arrêt cardiaque.

P. : Et comme tout le monde est dans la file d'attente, ce n'est pas hiérarchisé, il y aurait des personnes qui auraient besoin tout de suite…

P. : Les gens savent très bien si c'est urgent ou pas, d'eux-mêmes.

P. : On leur dit de patienter ou on les rappelle. C'est ce que l'on m'a dit l'autre fois où ma fille avait 40°

P. : Ça doit dépendre des jours. Bien distinguer : besoin d'informations et urgences.

P. : Parce qu'il y en a qui vont à l'hôpital pour un petit bobo. Ils peuvent attendre. Il y en a qui exagèrent.

Question : Les Urgences n'interviennent pas que pour des premiers soins, elles permettent aussi aux personnes de s'auto-médiquer ?

Réponse : Oui, elles peuvent donner un renseignement médical.

P. : Il y a les Urgences dentaires aussi. Vous les appelez le dimanche. Vous allez voir le dentiste qui est de garde, il constate ce que vous avez, mais il ne vous soigne pas. C'est uniquement le dimanche. Et l'on paye pour cela.

P. : Pour s'entendre dire « *oui, vous avez bien mal aux dents* » !! (Rires)

P. : Il vous donne une aspirine.

P. : C'est un monde de fou, on sait très bien que l'on a mal aux dents !

P. : Il y a un n° de tél. spécifique pour les Urgences dentaires, juste pour constater et vous donner un Doliprane. J'ai eu affaire à cela une fois, parce que je pensais qu'il allait me soigner et je me suis déplacé. Il m'a répondu « *non, non, il faut aller chez votre dentiste* ».

P. : C'est abuser, il y a quand même des aberrations. Il ne prend pas beaucoup de risques.

P. : Il n'a pas le temps non plus, car il a aussi toutes les urgences du Département qui viennent vers lui pendant deux heures, le dimanche.

P. : C'est un distributeur de médicaments. L'urgence et les antibiotiques, il n'a que deux choses.

P.9.6 : Il existe beaucoup de choses pour prendre soin du corps. Mais finalement, ce sont des soins que l'on paie. Il y a des centres. Par ex. au Mans, il y a « Bien-être » (association, soins alternatifs). C'est merveilleux tout ce qui est proposé, mais ça oblige les gens. C'est une sélection par l'argent. Les gens qui peuvent se payer ça, tant mieux pour eux. Mais ceux qui ne peuvent pas, ils font comment ? Ils n'ont pas accès à la Sophrologie, au Yoga, à la thérapie et pourtant tout ce qui est paramédical est bienvenu : la prévention, l'aide ou l'accompagnement.

P. : Et ça fait gagner de l'argent, parce que les gens ne tombent pas malades.

P. : Dans les Centre sociaux, ça commence à venir. Il y a des sophrologues, on peut avoir des séances pour 1,50 €, ça se démocratise. Au Mans et à Coulaines, au Centre social, il y a des séances de Sophrologie au centre social Roncerays-Glonnières, ça existe aussi. Évidemment, il y a beaucoup de monde qui suit cela, ça commence.

Question : Comment justifier ?

Réponse : C'est selon, on paye… à Coulaines, si on est inscrit, on paye 1,50 € la séance. Il faut être abonné, adhérent. Aux Roncerays, je ne sais pas. Moi, je fais d'autres activités. C'est selon les ressources. On paie selon ses ressources. C'est bienvenu. C'est une bonne chose.

P. : Les personnes vieillissantes, tout le monde est concerné. Accès aux soins pour tous. Quand une personne ne peut plus rester chez elle, elle va dans une maison de retraite et là, il y a les soins qui sont donnés, mais il y a une question de revenus.

P.5.6 : Pour les maisons de retraite, il y a les aides sociales. Ça m'a choqué : entre mes deux belles-sœurs, il y en a une qui a toujours eu plus d'argent que l'autre. Elle a plus dépensé que l'autre, sans faire de folies, en restant raisonnable quand même. À la retraite, la première a eu droit à l'aide sociale tout de suite, parce qu'elle n'avait pas grand-chose. Et ils lui ont laissé tout ce qu'elle avait pour payer son enterrement. Très bien. L'autre arrive à la Maison de retraite, en EHPAD, elle a 150 € ou 250 € de revenus de moins par an, mais seulement elle, elle a économisé sou par sou. Alors j'ai demandé à l'EHPAD s'il fallait faire un dossier d'aide sociale, puisque ce sont les EHPAD maintenant qui sont en lien avec le Trésor public. La première chose dont ils ont besoin quand on entre en EHPAD : un papier de la banque pour dire ce que l'on a. Ma belle-sœur, elle attend. Maintenant c'est à vous de demander.

P. : Pour les retraites, ma mère ça lui est arrivé, qu'elle paye pour sa propre mère à la maison de retraite car elle n'avait pas d'argent. Maintenant ils demandent aux enfants.

P. : Ça a toujours été.

P. : Ma mère ne pouvait pas gérer, car elle nous avait nous et mon papa, mais comme ils n'étaient pas mariés, ça allait. Mais s'ils avaient été mariés, il aurait été obligé de payer pour sa belle-mère.

P. : Là où ça se complique, c'est quand la personne a Alzheimer. Là, il faut aller dans des maisons spécialisées et je vais vous donner deux exemples. Ma mère est morte. On a fait comme tout le monde, on a pris tout ce qui restait sur son compte bancaire, on a vendu sa maison et après on s'est tous cotisés. On était nombreux. Mais, j'ai un oncle qui avait Alzheimer aussi et ses enfants ne voulaient pas payer alors ils l'ont mis à l'hôpital psychiatrique. À l'hôpital psy, il n'y a rien à payer, il est malade.

Question : Mais il est suivi quand même pour Alzheimer ?

Oui, mais avec des drogues, on le fait dormir. Et c'est moins bien. Mais ça existe. Et il suffit d'avoir un médecin complaisant.

P.5.6 : Personnellement, ce qui m'a choqué, c'est qu'une personne de 95 ans, qui a économisé toute sa vie : que l'on prenne tout à sa mort, cela ne me choque pas. Parce qu'après tout, elle sera morte. Mais, j'ai dit à mon mari, sachant qu'elle ne voulait pas aller en EHPAD « *si elle apprend que tous les mois elle paie l'EHPAD, elle va en mourir* », alors il faut qu'on se débrouille pour ne pas qu'elle le sache. Mon mari lui a dit « *ce n'est plus la peine que tu regardes tes comptes, tu t'embêtes plus* » et elle n'en sait rien. Mais si elle l'apprend…

Question : C'est l'idée que tout puisse disparaître, avant qu'elle-même disparaisse ?

P. : Les organismes puisent sur les économies. Alors, c'est vrai que si vous comptez sur l'héritage…

P.5.6 : Ça, ce n'est pas un problème. Avec mes belles-sœurs, on n'a jamais compté sur l'héritage. Qu'ils prennent, mais pas quand elle est encore vivante.

P. : C'est ce que je voulais dire, elle se voit disparaître, mais elle continue de s'identifier à ce qu'elle a accumulé.

P. : C'est logique, quand tu paies un loyer, c'est sur tes revenus.

P. : Ce sont quand même des montants importants dans ce cas.

P.5.6 : Elle sait que sa sœur qui est dans le même état ne paie pas… Donc, comme elle ne le sait pas, c'est très bien. Je savais que l'État prendrait tout, mais je pensais qu'il ne le ferait qu'à sa mort.

P. : Pour dire qu'on a quand même un système, une couverture en France qui est quand même assez bien, c'est que des SDF par ex. qui n'ont pas de famille, qui n'ont rien, ils sont acceptés quand même en maison de retraite, à la charge de l'État.

P. : Je me demande si ce n'est pas récent, le fait de prendre sur ses comptes ?

P.5.6 : Si, c'est récent, parce que l'année dernière, pour mon autre belle-sœur, le Trésor public qui gérait nous a demandé qu'on justifie de ses retraites. Il ne nous a pas demandé ce qu'elle avait comme capital tout de suite. Après, le Conseil départemental s'est réuni et a décidé, parce qu'il y a un minimum qu'ils doivent laisser pour l'enterrement quand même. Et un jour, on a reçu un papier disant qu'ils lui laissaient tout. Et bien sûr, ils prennent la pension de retraite, là ce n'est pareil. Et ils laissent 10%, au minimum 104 €.

P. : Pour le RSA, on avait des livrets, vous ne pouvez pas savoir. Et ils viennent demander le RSA. Il y a des fois, c'est un petit peu… (brouhaha) C'est pour dire qu'il y a des situations pas toujours comparables.

P.5.6 : On parle d'accès aux soins. La question qui me venait aussi, c'est l'accès à son propre dossier médical. Par ex. je change de dentiste. Il m'a dit qu'il transférerait mon dossier à son collègue. Mais comme j'ai dû changer trois fois de dentiste, je me dis, mais « *pourquoi moi, je n'ai pas accès à mon dossier personnel ? Et pourquoi je n'aurais pas une clef USB où il pourrait être mis dessus ?* ».

Px. : Au centre CPAM de la Sécurité sociale, ils ont mis en place ce qu'on appelle le dossier médical partagé. Et donc, si le médecin met quelque chose dessus, vous y avez accès ainsi que tous les médecins, normalement.

P. : Mais ce n'est pas encore généralisé.

Px. : Si, si. J'y suis allé, maintenant, c'est ouvert. La CPAM l'ouvre en direct ou en pharmacie.

P. : Le médecin accepte de le mettre à jour ?

Px. : Si le médecin accepte, oui. Mais ce n'est pas mis à jour automatiquement. Par ex. mon médecin a essayé de le mettre à jour, mais il y a des problèmes. Ce n'est pas encore bien rodé. Parce que c'est tout récent.

P. : Après, la carte Vitale, on ne peut pas la mettre dans notre ordinateur ? Le code, ils nous le donnent à la pharmacie ?

P. : Je peux vous lire quelques lignes là-dessus : « *le DMP, dossier médical partagé, doit permettre un gain de temps et d'argent, mais ce qui pêche aujourd'hui est le manque de coordination des professionnels de santé qui ont du mal à coopérer. Les dossiers ne sont pas toujours classés et les praticiens vont bien souvent faire des analyses sans tenir compte de ce qui a déjà été réalisé. Autre atout majeur : permettre un accès facile et rapide au dossier médical la nuit, le WE et en cas d'urgence vitale. Jusqu'à présent les antécédents médicaux des patients ne figuraient pas toujours dans leurs dossiers, simplement parce que la question ne leur avait pas été posée* ». Cela existe depuis le 06 novembre 2018. C'est récent.

P. : Ça suppose que le médecin soit connecté à l'application. Ça veut dire, un travail supplémentaire pour le médecin. S'il estime qu'il a déjà assez de travail administratif…

P. : Il a juste à mettre la carte Vitale normalement.

P.9.6 : Comme le disait ma belle-fille, sage-femme, le soignant se retrouve avec plus de temps passé derrière l'ordinateur qu'avec le patient. Et moi, en tant que professionnelle, j'ai vécu cette demande de dossiers. C'est-à-dire qu'entre le moment où j'ai débuté mon métier et après, c'est normal que cela évolue, et bien on nous demandait de faire des dossiers, des dossiers, des dossiers, d'empiler des

dossiers, mais c'est impressionnant. À un moment donné, d'être en réunion, de prendre des notes et encore des notes… des fois j'avais l'impression de ne pas être avec les parents ou avec les collègues parce qu'en fait je devenais secrétaire de séance, parce que je devais écrire sans arrêt. Et on compile tellement de dossiers qu'on ne les lit plus.

P. : Là, en l'occurrence, ce sont des dossiers électroniques, on peut penser justement que c'est fait pour éviter d'avoir à réécrire.

P.9.6 : Il y a ce que l'on appelle les plateformes, les Dropbox où il y a notre nom qui est donné dans les écoles où on travaille et pour un élève, on peut avoir un renseignement. Mais les collègues n'ont pas le temps de le faire... Donc, soi-disant, c'est au service de… mais ce n'est pas fait. Une simple information comme *« untel va chez l'orthophoniste* », bien oui, mais quel orthophoniste ? Tu n'as pas le nom, alors il faut que tu redemandes aux parents. Et le moment où tu écris sur l'ordinateur, tu vas chercher le nom de l'orthophoniste auprès des parents et tu le ramènes sur l'ordinateur. Il y a des écritures qui ne se font pas. Tu multiplies cela par 30 élèves… Et puis, faut-il vraiment savoir ? Est-ce que ce n'est pas de l'ordre du privé ?

P. : Sur le médical, on est sur la question du secret médical.

P. : Par rapport au dossier médical partagé, vous pouvez vous opposer à ce que le médecin accède à votre dossier.

P. : C'est toujours sous condition de votre accord.

Question : Il va venir solliciter votre accord ou bien c'est tacite ?

P. : S'il n'a pas de code, il ne peut pas y aller ?

P. : S'il met la carte Vitale, il peut y aller. C'est pour vous le code, pour accéder à votre compte par Internet. Vous pouvez ouvrir votre dossier avec votre code. Par contre, le médecin n'a pas besoin de votre code. Vous pouvez ouvrir votre dossier à la maison, sur Internet. Vous allez sur le site du dossier médical partagé, vous avez juste la création de votre compte à faire et vous avez accès à votre dossier et savoir s'il y a quelque chose dessus. Je l'ai su en passant à la Sécurité sociale. J'avais récupéré un papier, j'ai vu l'affiche.

P. : À la pharmacie aussi. (Brouhaha)

P.5.6 : C'est à propos de ce dossier partagé que le Gouvernement parlait de payer des personnes en tant que secrétaires auprès des médecins.

P. : Non, ce n'est pas ça. C'est parce que Le Président est parti en Estonie il n'y a pas longtemps. Et là-bas, ils ont tous les dossiers administratifs et médicaux sur une puce, comme une carte bleue. Et donc, ils sont en train de migrer vers ce genre de système.

P. : On va être pucés, comme les chiens ! (Rires)

P. : Je crois, là, que c'est une information à prendre avec des pincettes.

P. : Vous voulez parler des assistantes médicales. C'est ce que voudrait mettre en place le Gouvernement. Par exemple, ce serait l'assistante médicale qui prendrait la tension.

P. : Comme l'orthoptiste pour l'ophtalmologue. On va aller vers un truc au rabais. C'est dingue.

P. : Je ne sais pas, je suis allé voir mon ophtalmo, le fond de l'œil a été fait part un orthoptiste, ça ne m'a pas gêné.

P. : Moi aussi, j'ai connu ça avant. L'orthoptiste faisait ça et après j'avais la consultation avec l'ophtalmo. Mais là, non, il ne consulte plus du tout. Tout est fait par l'orthoptiste.

P. : Pendant qu'on est dans la salle d'attente chez le médecin, il nous prend la tension, il donne ça au médecin et le médecin gagne du temps. Mais effectivement, il ne faut pas tomber dans l'excès.

P. : Ils réfléchissent aussi aux consultations à distance. Là, ça se fait déjà. Ah, c'est horrible.

P. : On peut penser que le dossier partagé éviterait un abus de saisine de soins, alors ce serait logique de faire un effort de côté-là. On entend aussi d'autres inquiétudes à travers ce qui peut être dit là. Ça peut laisser un sentiment de frustration après cette séance, ce qui est partagé par d'autres Ateliers.

Question : De quelle vision s'agit-il pour le système des soins à venir ?

Animateur : Ceux qui ont connu le précédent système jusqu'à il y a quelques années reposait sur une vision dont on connait à présent l'histoire des mouvements résultant de rapports de forces et de convictions. On a l'impression que le modèle mute et évolue vers autre chose et que le facteur économique y joue un rôle de premier plan : éviter de gaspiller, mais pas seulement, recherche de profit, disparition de l'État financeur de services publics. Une vision qui n'est pas celle de départ et qui avait amené ce qui nous fait dire que nous avons encore certains avantages, une bonne couverture. Par ex. auprès des plus précaires, quoique contrebalancé aussi par d'autres témoignages.

– FIN –

ATELIER 7 – Fontenay le Compte, 25 mars 2019 (p. 104-120)

P.1.7 **1.** Au niveau de l'URAF, on avait réfléchi il y a un an concernant la santé au niveau des familles, comment c'est vécu. On sent bien qu'il y avait des choses compliquées, qui n'étaient pas vécues de la même façon si on était situé en ville ou en campagne, d'une part. Et que le réseau des médecins n'est pas du tout le même, ainsi qu'au niveau des spécialistes. C'était implicite et on s'est dit qu'il fallait qu'on étudie le problème d'un peu plus près pour faire remonter justement à la Région, aux Élus pour se coordonner et faire en sorte que les choses se passent au mieux. Même si l'on sait que c'était compliqué parce que, pour le nombre de médecins, c'est eux qui décident. Ce n 'est pas simple à mettre en place. Entre temps, les Gilets jaunes se sont manifestés. Je pense que c'est un sujet qui a été abordé dans le Grand débat.

2. C'est pour dire aussi, quelque part, je n'ose pas dire que l'on était en avance sur la réflexion, mais cette réflexion est générale en France. Alors, au niveau de la particularité des statistiques, du nombre de médecins, etc. on sait un certain nombre de choses par l'INSEE et par l'ARS. Sauf que ce n'est pas forcément par ce biais-là que l'on voulait aborder le sujet, mais plutôt une réflexion au niveau des familles. Les familles, ce sont des parents, des grands-parents peut-être, puis des enfants et ce n'est pas du tout la même approche. Parce que si on a des enfants, il faut les faire garder, il y a plein de choses derrière et les grands parents aussi. J'ai ma mère qui a 92 ans, mon beau-père qui en a 90, il faut s'en occuper. Pas plus tard que tout à l'heure, avant de partir, ma femme était absente de la maison, le téléphone sonne : « *allo, tu n'es pas là ? Il faudrait que tu passes parce qu'il faut absolument que je vois le médecin demain* ». Voilà comment ça se passe. Vu de chez moi, quand on examine les choses d'un peu plus près, je me dis que l'on n'est peut-être pas les plus mal lotis. J'habite du côté de La Chataigneraie, pour l'instant ça va à peu près. Bien que pour trouver un médecin traitant, cela devient hyper-compliqué. Et puis, il y a le problème de tous les week-end. Le week-end, ce sont les Pompiers, autrement les Urgences.

P. : Il me semble en effet qu'au niveau des remontées des Gilets jaunes, il y avait la question de la carence des services publics. C'est une question vive au niveau de l'opinion publique actuellement.

3. Il y a 2 ans, je me suis fait opérer d'une épaule, il a fallu que j'attende 1 mois avant d'avoir un scanner. J'ai appelé à Fontenay, ils ne le faisaient pas. Ils m'ont dit « *peut-être à Niort ou à la Rochelle, sinon c'est sur La Roche* ». Après, on m'a dit qu'il aurait fallu que mon médecin traitant appelle et j'aurais eu un RV plus rapidement. C'est sans doute vrai. C'est pour dire aussi que, finalement, il y a des circuits qui peuvent être plus rapides à certains moments, quand l'urgence est là. Après tout, pourquoi pas.

4. Je dirais que quand on est dans le circuit, une fois qu'on est pris en charge, ça se passe plutôt bien. Si on est hospitalisé. Après, la mécanique se met en place, les soins là, le diagnostic, le médecin traitant. Et toutes les affections, pas la *bobologie*, les petites grippes, les angines, avec les enfants, ça se traite. En même temps, les médecins que l'on a encore chez nous ne sont pas regardants sur les horaires.

Question : Quel genre d'amplitude ont-ils par exemple ?

Ça peut être jusqu'à huit heure le soir. Je ne sais pas combien ils ont de patients dans la journée, mais quand j'y vais il y a 2 personnes avant moi et quand je pars, il y en a 2 qui attendent et j'ai passé 10-15 minutes. C'est une moyenne de 4-5 personnes par heure. Après, ça dépend des situations. Mon médecin a une soixantaine d'années.

P.2.7 **1.** En tant qu'habitante de Fontenay confrontée aux difficultés justement avec les médecins, c'est pour cela que je voulais venir. Sur Fontenay, il y a, je crois, 4 ou 5 médecins qui sont partis à la retraite et ils n'ont pas été remplacés. Donc, évidemment, c'est une surcharge pour ceux qui restent. Et puis, les nouveaux arrivants n'arrivent pas à avoir de médecin. C'est toujours le problème. Et comme vous dites, après, ils sont obligés d'aller aux Urgences, ils n'ont pas le choix. Si on veut prendre un RV, j'y ai été confrontée, j'ai voulu prendre un RV en radiologie pour passer une échographie à Fontenay, il y avait 6 radiologues jusqu'à présent, il y en a 3 qui sont partis à la retraite, ils n'ont pas été remplacés, donc

ils ne sont plus que 3. Il y avait 3 semaines d'attente pour avoir un RV ! Et donc, mon médecin m'a dit « *il ne faut pas que vous attendiez, allez à Niort* » et je suis allée à Niort. Parce que, comme vous dites, c'est très, très long.

2. Alors, ça va, parce que moi je peux me déplacer, j'ai la voiture. Mais les personnes âgées qui ne conduisent pas, pour se déplacer, elles sont prises en otage et sont obligées d'attendre les 3 semaines. Et puis, il y a des personnes qui sont obligées d'aller à La Chataigneraie (24 kms) ou obligées d'aller à la Roche-sur-Yon (60 kms) ou à la Rochelle (50 kms) simplement pour aller passer des échographies, des radios. Comme vous dites, pour avoir des RV, c'est difficile. Une fois qu'on est pris dans le truc, c'est pareil. Je suis allé à Niort (32 kms), à Inkermann (polyclinique) ; une fois que j'ai passé mon échographie, j'ai été prise en charge, c'était pour des problèmes d'ORL et après ça a été. Le plus dur, c'est pour démarrer. Au départ, j'ai cherché, j'ai téléphoné à Luçon (30 kms) où ils m'ont dit « *oui, on vous prendrait bien mais vous comprenez, on donne priorité à ceux qui habitent à Luçon, à Fontenay vous avez radiologie, adressez-vous à Fontenay* ». Alors que je viens d'appeler à Fontenay et ils m'ont dit « *on ne peut pas vous prendre* » et à Luçon : « *nous aussi c'est pareil, on est à flux tendu, alors on donne priorité à ceux qui sont à Luçon* ».

3. Donc, après, j'ai cherché par moi-même. Je suis allée à Niort, mais Inkermann, c'est une clinique, c'est privé et il y a des dépassements d'honoraires. Donc, c'est toujours pareil, les personnes qui n'ont pas de mutuelle, ou qui n'ont pas les moyens, ce sont encore des frais supplémentaires.

4. Également, je suis passée par l'ORL, j'ai dû avoir une petite intervention, là aussi : dépassement d'honoraires, supplément ! Alors, il faut se renseigner au niveau de la mutuelle, si on a une prise en charge, mais tout le monde n'en a pas la possibilité. Ce sont des démarches que tout le monde ne peut pas faire. J'ai passé la matinée pour avoir un RV, à téléphoner à droite et à gauche, simplement pour passer une échographie. Et il ne faut pas être pressé ! J'ai eu mon problème au mois de septembre et je n'ai eu mon intervention qu'au mois de février. Le temps d'aller passer l'échographie, d'aller voir un ORL. Je suis d'abord allée voir un ORL à Fontenay, parce que j'avais un problème de calculs dans la glande salivaire, et la seule chose qu'il a su me dire c'est, carrément : « *on vous opère, on vous enlève la glande salivaire, vous risquez d'avoir une cicatrice et puis on risque de toucher le nerf facial et votre bouche de travers* ». Donc, j'en ai parlé avec la doctoresse qui m'a dit d'aller voir quelqu'un d'autre. Je suis allée à Niort et ils m'ont fait l'intervention, mais en passant par l'intérieur de la bouche, sans rien m'ouvrir du tout. Cela a été beaucoup plus vite fait.

P. : On vous proposait une intervention qui risquait d'avoir des conséquences pas très heureuses. Qu'est-ce qui vous a fait douter à ce moment-là ?

P.2.7 : Déjà, la perspective d'avoir une cicatrice, pour une femme et puis le risque de me retrouver la bouche de travers. Je n'ai que 60 ans, j'en aurais 80, peut-être que… (rires) à l'hôpital, à Inkermann, l'ORL m'a dit qu'il me le ferait avec juste une anesthésie locale, en passant sous la langue et après, à l'intérieur de la bouche, puis ensuite une incision et me l'enlever. Ça s'est fait comme cela.

P. : C'est un autre procédé opératoire.

P.2.7 : Ça va parce que j'ai pu me déplacer. Mais une personne qui ne peut pas, elle est obligée de faire avec.

P. : Il y a des médecins qui sont plus jeunes et qui utilisent des techniques.

P.2.7 : J'avais regardé justement sur Internet, j'avais vu qu'on pouvait le faire par ultra-sons.

P. : Cela vous a alerté en fait, vous vous êtes renseignée pour asseoir votre conviction ?

P.2.7 : Et je suis retournée voir la doctoresse pour discuter. Donc, c'est sûr, ça a pris du temps.

P. : Et vous aviez une interlocutrice pour faire avancer les choses. C'est vous qui avez instruit le dossier, qui avez fait les démarches. Il faut être motivée, il faut avoir du temps et quelques moyens.

P.2.7 : Et là, quand vous avez des dépassements d'honoraires, il faut retéléphoner à votre mutuelle, se renseigner. C'est vrai que tout le monde ne le fait pas ou n'a pas la possibilité de pouvoir le faire. Je pense aux personnes âgées.

5. Une chose maintenant, qui se fait beaucoup, c'est de prendre les RV par « doctolib » mais ça, ça va pour nous et notre génération. C'est pareil, parce qu'on est jeune, on arrive encore à maitriser, mais les personnes âgées sont complètement perdues avec genre de système.

P. : Et tous les médecins ne sont pas encore sur doctolib. Et à Fontenay, la radiologie, c'est là le problème, ils ne sont pas sur doctolib.

P.2.7 : **6.** À Fontenay, par contre, ce qu'ils ont fait en radiologie maintenant, le temps que vous arriviez, il y a une borne où il faut s'enregistrer et toutes les personnes ne savent pas comment ça marche et n'y arrivent pas. Les personnes âgées ne comprennent pas. Il y en a beaucoup qui s'en vont, car elles ne savent pas comment ça fonctionne. C'est trop compliqué pour elles.

7. Je suis arrivée en 90. Je connais des personnes qui travaillent à la Mairie, qui reçoivent des coups de fils de gens qui arrivent à Fontenay et qui téléphonent pour savoir s'il y a des médecins et puis il n'y en a pas… Puis après, ça va pendant la semaine, mais durant le WE, il n'y a pas de médecins. Donc le WE, que vous ayez des enfants ou autre, et bien ce sont les Urgences. Et les Urgences, il faut compter 5-6 heures d'attente, si ce n'est pas plus. Selon ce que vous avez. Et en plus, aux Urgences, lorsque vous arrivez, ce sont eux qui déterminent si vous êtes prioritaires ou pas. Ça m'est arrivée une fois de me retrouver aux Urgences, il y avait un enfant d'une dizaine d'années qui était là, qui souffrait, qui devait avoir l'appendicite ; il y avait une dame qui venait d'arriver, qui était enceinte et qui avait une hémorragie ; et bien ils n'étaient pas prioritaires, il y avait encore des cas plus graves avant eux. Ils étaient là à attendre, je ne sais pas combien de temps ils ont attendu. Donc, quand vous avez une femme enceinte… Alors on se dit, non il ne faut pas passer, car il y a une autre personne, qui est prioritaire. C'est cruel. C'est pareil, l'enfant qui a l'appendicite qui souffre, qui est plié sur une chaise, ça fait mal. On a envie de dire « *prenez-le, faites-le passer !* ». Ils sont obligés de faire un tri, c'est compliqué. Et puis tout le monde ne comprend pas pourquoi celui-ci passe avant.

P. : Ce qui suppose de révéler aux autres ce qui se passe. Il se passe beaucoup de choses en quelques heures. Les Urgences, c'est une école de patience. Depuis 90, vous avez vu un tournant se faire ?

P.2.7 : **8.** Bien sûr, il y avait beaucoup plus de médecins quand je suis arrivée. Et maintenant, il y a 4 ou 5 médecins qui sont partis à la retraite. Pour les Urgences, quand vous avez des enfants et que c'est le WE et que vous avez une voiture, vous allez aux Urgences. Il n'y a pas de médecin de garde. On va aux Urgences, il n'y a pas le choix. Il n'y a pas d'autres solutions.

P.3.7 **1.** J'exerce depuis 7 ans. J'ai travaillé aux Herbiers, à La Chataigneraie et maintenant à Fontenay. J'accompagne des personnes justement, qui peuvent être en rupture de soins, de par leur pathologie, et aussi de par leur isolement social. C'est surtout pour ces personnes-là que cela peut-être le plus compliqué. Parce qu'ils sont isolés vraiment, ils n'ont pas de famille. La problématique c'est beaucoup de pathologies psychiatriques pas prises en charge. Et aussi, des personnes avec des déficiences mentales et qui du coup ne peuvent pas forcément comprendre les consignes, la prise de RV, des choses comme cela. L'informatique pour elles, ce n'est pas du tout envisageable.

2. En sachant que nous, parfois, on a besoin d'un médecin traitant très rapidement, notamment pour faire renouveler une ordonnance ou pour orienter vers des structures de soins, de type foyer de vie, faire un suivi auprès d'un CMP. Les dernières problématiques que l'on a eues, ce sont des médecins qui ont cessé leur activité précipitamment. Notamment, à Bazoge (-en-Pareds) et à L'Hermenault c'est compliqué parce que pour ces personnes-là il n'y a pas de médecin remplaçant qui intervient. Donc, on remet aux majeurs protégés leur dossier médical, mais ils ne savent pas forcément quoi en faire. Ni même expliquer ce qu'ils ont. Après, on peut se tourner vers des cabinets des différents secteurs. Mais, soit on nous répond qu'il n'y a plus de place, soit on nous répond que ce n'est pas le secteur d'intervention, que c'est trop large, trop éloigné géographiquement. On est vite bloqués.

3. La problématique aussi, c'est que ce sont des personnes qui ne peuvent pas se déplacer. Certaines ne peuvent pas se déplacer, mais on peut trouver des solutions avec le transport solidaire. Donc, là, ça va à peu près. Mais ce sont les personnes qui ne peuvent pas se déplacer à cause de leur état de santé. Là, c'est compliqué, parce que même s'il y a un transport solidaire, ça ne règle pas le problème. Pour la plupart, ce sont des personnes qui ont des moyens financiers limités qui se retrouvent avec des problèmes de dépassements d'honoraires. Il y a le tiers payant aussi qui n'est pas appliqué chez beaucoup de médecins, car ils ne sont pas équipés du système pour passer les cartes Vitales. Ce n'est pas énorme, mais pour certains, avancer quelques euros, ce n'est pas possible.

Question : Des exemples de déplacements difficiles ?

P.3.7 : **4.** Il y a une personne âgée qui est en famille d'accueil. Au niveau de son état de santé, pour ses déplacements, il lui faut un fauteuil spécifique et la famille d'accueil n'a pas le véhicule adapté. Donc, dans ce cas, si le médecin ne se déplace pas, il n'y a pas vraiment de solution. D'ailleurs, maintenant, les médecins sont réticents pour faire des bons de transport. Alors, dans certains cas, il y avait eu des abus, mais parfois quand même, ce serait vraiment utile. Il y a des personnes qui sont en campagne et qui ne peuvent pas, qui n'ont pas de moyens de locomotion.

Question : Vous parliez de problématiques psychiques, de la déficience intellectuelle, la difficulté de décrypter les dossiers administratifs. Et de la psychiatrie, quel est le problème ?

P.3.7 : Les CMP, au niveau de l'attente, c'est pareil. Pour avoir des RV, le délai c'est très long. Pendant ce temps-là, les personnes, il suffit qu'elles n'aient pas de médecin traitant et pas encore de suivi au CMP, cela veut dire que l'on arrive à des situations difficiles avec des incuries. Et, il faut vraiment attendre que les gens pètent les plombs on va dire, pour qu'ils soient hospitalisés. C'est les Urgences et puis après, c'est une prise en charge. Une fois qu'il y a eu le passage par les Urgences, le CHS à la Roche, après cela suit à peu près son cours. Mais tant qu'il n'y a pas ce premier pas de fait…

P. : Ils atterrissent tous aux Urgences ?

P.3.7 : Certains en abusent aussi des Urgences. Notamment les majeurs protégés, car ils ne sont pas capables de se raisonner et de se dire « *est-ce que c'est grave ou pas ?* » Et de reporter. Donc, ils engorgent les Urgences. Du coup, quand ils ont vraiment quelque chose, c'est compliqué de les prendre en charge, car ils ne sont plus forcément pris au sérieux.

P. : Ce qu'il y a, c'est que quand il y a une vraie crise, c'est déjà un peu tard, il y a déjà de la casse, dans différents sens du terme.

P.3.7 : Oui, de la casse au sens matériel et au sens psychique, avec les familles.

P. : Il y a même du danger pour les personnes ?

P.3.7 : Oui, pour les tiers, pour tout l'environnement

P. : Vous parliez des délais d'attente qui pouvait être longs pour les CMP**.**

P.3.7 : Au moins un mois. Sachant que la pathologie évolue en dents de scie. Donc, au moment où il y en a besoin, s'il n'y a pas un RV, après la personne va un peu mieux, donc elle se dit « *non, je n'y vais pas* » et puis après… c'est comme cela qu'on en arrive à des personnes complètement excentrées des soins, qui sont en rupture totale. (…)

Question : Y a-t-il à un moment donné des personnes qui sont prêtes à s'engager dans un soin ?

P.3.7 : Sauf que là, il y a un délai d'attente.

Question : Vous avez toujours connu cela, après il y a eu une évolution ?

P.3.7 : Oui. Après, c'est peut-être plus présent dans le Sud-Vendée. Les Herbiers, le CMP ça fonctionne peut-être un peu mieux.

Question : Vous croisez les pratiques avec les autres attachés à la tutelle, est-ce que vous croisez des choses semblables ?

P.3.7 : Oui, on a tous des personnes qui n'ont pas de médecin traitant. Où là, on n'a pas de solutions, si ce n'est de leur dire d'aller aux Urgences. Certains arrivaient à avoir un médecin de garde, des fois, je ne sais pas comment ils faisaient exactement. Est-ce que c'est leur cabinet qui leur donnait les coordonnées d'un autre médecin ? Ou, est-ce que c'était en appelant le 15, on leur donnait les coordonnées ? je ne sais pas. Sans doute, je sais que certains bénéficiaient du médecin de garde. C'est à partir de 20 heures, quelque chose comme ça.

P.4.7 On a eu un gros problème avec les médecins. On avait 3 médecins et puis on en n'a plus qu'une, qui a 81 ans. Heureusement qu'elle est là. Et elle se déplace. Elle travaille à l'ancienne, elle est là je pense, 18 heures sur 24. Il faut attendre 2 heures, des fois 3 heures.

P. : Il y en a qui n'ont pas de médecins. Il y en a qui vont jusqu'à L'Hermenault (10 kms), Mervent (22 kms) et Vouvant (24 kms).

P.4.7 : À L'Hermenault, il n'y a plus qu'un seul médecin pour un secteur qui représente une vingtaine de communes, ça représente 5.000 habitants. Si vous avez une personne d'un certain âge, ils ne vous prennent plus de RV, il faut vous débrouiller vous-même.

P. : C'est-à-dire, ils ont leur consultation qui est ouverte ?

P.4.7 : Si vous voulez aller voir un spécialiste, c'est à vous d'appeler. Ils en passent 4 ou 5 à l'heure. Alors, il ne faut pas trainer.

P. : Et si vous venez pour une angine et que vous avez mal au genou, tout d'un coup, on va vous dire de revenir pour le genou parce que vous avez pris RV pour l'angine. C'est une situation qui est dramatique. Le Docteur G., ça fait 4 ans qu'il est parti et C., il y a 8 ans. Le médecin qui est parti il y a 8 ans n'a pas été remplacé. C'est tombé aux oubliettes. Il y a un cabinet avec 3 bureaux, il y a un dispositif pour le recevoir. Il y a une infirmière qui vient.

P. : La problématique est là aujourd'hui. Il y a des locaux à peu près partout, y a le matériel qu'il faut, mais la seule chose qui manque, c'est qu'il n'y a pas de médecin à mettre dedans.

P. : L'Ordre des médecins y est aussi pour quelque chose, car il pourrait, je pense, intervenir et faire une répartition des docteurs sur le secteur. Faire comme pour les pharmaciens qui ont des populations (d'attribuées). Ça devrait être pareil pour les médecins. D'ici quelques temps, le pharmacien pourra se demander « *mais qu'est-ce que je fais* ».

P. : Je crois aussi que les jeunes docteurs d'aujourd'hui ne veulent pas faire autant d'amplitude horaire que les anciens médecins. Ils font des horaires de bureau.

P. : On en avait trouvé un, qui était prêt à rester. Mais, c'était son épouse qui ne voulait pas rester en campagne. Ils veulent aller en ville parce qu'il y a plus de loisirs (opéra, théâtre). Ils ne veulent pas vivre en campagne. C'est pour ça que l'Ordre des médecins devrait imposer quelque chose. Il y a plein d'autres professions où ça se fait.

P. : Ou, au moins, un minimum de temps après être sortis d'études. Ils font toutes leurs études gratuitement, au moins pendant 5 ans après être nommés (docteurs), on devrait obligatoirement les mettre quelque part.

P. : Ça fait un peu comme les professeurs, quand ils passent leur diplôme, on les envoie à tel endroit, suivant la région. C'est pareil pour les médecins. Non pas qu'ils restent toute leur vie, mais au moins 5 ans. Et tous les 5 ans, on renouvelle. Car là, ils souhaitent tous être en bord de mer ou dans les grandes villes. À la Rochelle, il n'y a pas de problème. En ville, on en trouve.

P. : Mais la population vieillit aussi.

P. : Il y a aussi le transport solidaire, mais il faut quand même que la personne puisse monter dans la voiture. Au minimum.

P. : Pour les personnes âgées, la difficulté est grande, ça devient catastrophique. Quand je dis : « personnes âgées », je dis très âgées, grabataires, qui sont chez elles. On fait ce qu'il faut pour les maintenir à domicile, mais on n'est pas capable de leur dire qu'elles vont être soignées chez elles.

P. : Il y a les kinés aussi qui ne se déplacent plus.

P. : Il y a une incohérence entre le maintien à domicile des personnes âgées et la difficulté de transport qu'il y a derrière.

P. : Pour les kinés, c'est pareil. Pour les personnes âgées qui ont des grosses difficultés, s'ils elles ont besoin de kiné, elles sont obligées d'y aller, comment elles font ?

P. : Dès qu'on parle de soin, on parle de transport.

P. : Dans les secteurs où c'est la campagne, il y a 10-12 kms à faire pour aller voir un spécialiste. Et encore, c'est un minimum.

P. : Si vous êtes à Charzais (17 kms) et s'il faut venir au centre-ville de Fontenay, c'est pareil, ça dépend où vous êtes.

Le transport solidaire, ça fonctionne comment ?

P.5.7 C'est une association qui est née de la communauté de Communes, de la Chataigneraie. C'était le contrat local de santé justement, qui avait mis en évidence cette difficulté du transport pour les personnes âgées, pas forcément la santé, en partie, pour les courses et autres. L'association réunit des bénévoles, retraités pour la plupart, qui ont du temps devant eux et qui se proposent de transporter des personnes qui ont un besoin particulier pour aller chez le médecin, le pharmacien, faire des courses, aller au cimetière ou jouer aux cartes… bref. Pour plein de raisons. Chacun cotise 3,50 € Et après, la prise en charge kilométrique, c'est un remboursement à la hauteur de 40 cents du kilomètre, pour tous les kms parcourus. On s'est un peu heurtés au problème des taxis. L'idée, c'est de rester transport local : La Roche, Fontenay, … Le bénévole qui transporte est libre, ou pas, d'accepter.

P. : Quel genre de problème peut-il y avoir avec les taxis ?

P.5.7 : Concurrence déloyale, parce que 95% des transports, c'est pour faire 10-15 kms.

P. : Certaines communes ne le mettent pas en place.

P.5.7 : Il y a un référent par commune qui va trouver des chauffeurs potentiels, comme tout le monde n'est pas disponible au même moment. C'est une mutualisation de moyens et de plannings. On en est à 20.000 kms parcourus dans l'année. 1.800 transports, de mémoire.

P. : Ça fonctionne aussi pour les transports scolaires.

P. : Et pour une personne à mobilité réduite, est-ce qu'on va la chercher chez elle ? Est-ce qu'on lui prend le bras ?

P.5.7 : C'est là un peu la difficulté, parce qu'on n'est pas des professionnels, on est des bénévoles. J'insiste beaucoup là-dessus quand on fait des réunions, parce qu'on a nos limites. C'est aux bénévoles d'évaluer s'ils peuvent transporter une personne en sécurité, c'est la limite du système. D'une part, si une personne qui est impliquée est handicapée, est-ce que la voiture est équipée ? Il faut savoir dire « *non, ce n'est pas de mon ressort, je n'ai pas la voiture adaptée* ». Il faut quand même le dire parce que si un jour il y a un couac… On vérifie les assurances également. Il y a un cahier des charges. Chaque chauffeur fournit ses points au permis de conduire, l'assurance, et il cotise aussi. C'est en place depuis deux ans. Et on est monté en puissance, on a presque doublé en nombre de kms.

Question : Cela crée des liens nouveaux ?

P.5.7 : Oui, par exemple, quelqu'un transporte une personne qui a 80 ans passés. Elle a 60 ans et se trouve être sa voisine. Elle la transporte, mais elles ne se connaissaient pas avant, alors qu'elles habitaient à 200 mètres l'une de l'autre. Maintenant, elle l'invite, elles prennent le café l'une chez l'autre. Cela crée du lien social.

P. : Ce qui est heureux et dommage en même temps en France, c'est que, s'il n'y avait pas d'association, on ne vivrait pas.

P.5.7 : Je vais parler un peu politique, mais il faut dire que l'on prend des décisions à Paris qui ne sont pas du tout adaptées au terrain. Et, localement, au niveau Communes et communauté de Communes, on est coincés par les décisions qui sont prises. On nous dit « *ça, ce n'est pas votre domaine, ceci pas votre domaine, ça pas votre domaine* ». Après, qu'est-ce que l'on fait ? Alors que l'on a les solutions. On est capable de mettre en place les solutions. Pour peu qu'on nous aide un peu.

Question : Qu'est-ce qui peut faire dire au politique des instances parisiennes que ce n'est pas votre domaine, quels arguments ?

P.5.7 : C'est le transfert des compétences. Il y a des compétences communales qui sont passées aux communautés de Communes. Et puis le Département a perdu quand même un nombre de compétences qui sont passées au niveau régional. Je crois qu'aujourd'hui le transport scolaire est régional. C'est d'une incohérence.

P. : C'est une incohérence parce que sur la région, la Vendée était au sommet, et puis la Mayenne, il n'y avait pratiquement rien et comme ils veulent équilibrer, la Vendée perd plein d'avantages.

P.5.7 : Oui, je ne sais pas comment ça se passe là-bas, mais j'ai entendu dire cela. Il y a des subventions derrière.

(…)

P.6.7 Les docteurs, c'est aussi un maintien de la population dans les petites villes, dans les milieux ruraux. Souvent, les personnes qui viennent demandent les écoles et le médecin. Quand on a des écoles, c'est super, mais quand on n'a pas de médecin.

P. : Si on a des écoles, on a des enfants, si les enfants sont malades, il faut les faire soigner.

Question : Il y a des endroits moins bien dotés. Après, il y a moins de familles qui viennent ?

P. : Oui, après ce sont les personnes âgées qui restent.

P.7.7 **1.** On a un service qui a 42 lits et sur 42 patients, nous en avons plus de la moitié qui n'ont plus de médecin référent, donc comment fait-on pour ces personnes-là ? Actuellement, la question se pose régulièrement aux soignantes qui sont, tous les jours, confrontées à ces problèmes-là. Ce sont des personnes âgées, elles ont des renouvellements de médicaments. Alors, qui fait le renouvellement de médicaments ? À qui s'adresse-t-on et comment fait-on ?

2. J'en ai parlé avec les infirmières coordinatrices. Est-ce que la solution ce ne serait pas de faire remonter une information à chaque fois que vous avez un patient qui n'a pas de médecin référent, de renvoyer l'information à l'ARS ? Pour les sensibiliser, pour que quelqu'un prenne, un jour, des décisions. Parce que nous n'avons, à L'Hermenault, un seul médecin pour une population de 5-6.000 habitants. C'est mission impossible. Déjà, le médecin qui reste, il en fait, il doit faire 60 heures par semaine. Jusqu'à quand il pourra les faire ? et puis, dans de bonnes conditions après, il faut quand même être raisonnable aussi. Entre 35h et 60-70h, il y a de la marge. Donc, ce n'est pas normal.

3. À partir de là, comment on fait ? Et ces personnes âgées, comment on les soigne ? Si, un jour, il y a une difficulté, comment on fait ? On les envoie aux Urgences, mais les Urgences vont faire venir une ambulance, mais qui s'en occupe ? Toute la problématique est là, car ces personnes n'ont pas de

possibilité de communiquer beaucoup. Toute cette problématique n'est pas prise en compte et cela devient très, très grave.

4. Pourquoi il n'y a pas de médecins dans notre secteur ? ça a été évoqué tout à l'heure. Notre secteur à L'Hermenault a été une zone prioritaire très longtemps, sauf que ça été réévalué, il y a un an ou deux et L'Hermenault a été déclassé. Il a été repassé en zone où il y avait soi-disant des médecins. Sauf qu'il n'y en a plus qu'un actuellement. Dans le secteur, il y en a trois-quatre qui sont partis à la retraite dans l'espace d'un an. L'un est parti à cause d'un problème de maladie. Celui qui reste ne peut pas faire les visites à domicile.

5. De plus, à L'Hermenault, il y a une maison de retraite qui a besoin de médecin. Tous n'avaient pas besoin d'un médecin, mais maintenant ils viennent de prendre la décision d'un suivi pour tous afin de ne pas laisser de personnes de la maison de retraite sans soins. Donc, prendre toute la maison de retraite, plus tous ses patients, ça devient vraiment problématique. À une époque, il y a des personnes qui venaient de Thouarsais-Bouildroux et d'autres secteurs qui venaient sur L'Hermenault (14 kms). D'ailleurs, c'est le nouveau médecin qui est parti, parce qu'il est malade. Ils n'ont plus qu'à récupérer les dossiers médicaux, mais pour aller où ?

P. : À la Chataigneraie on leur dit « *ce n'est pas le secteur* », à Fontenay on leur dit aussi « *ce n'est pas le secteur* ». À Fontenay c'est surbooké. Il y a des gens qui disent « *c'est trop* loin ».

P.7.7 : Alors, quelles solutions ? Est-ce qu'il faut faire des actions ? Faire quelque chose pour que cela fasse bouger nos politiques quelque part ?

P. : Et la moyenne d'âge des médecins, ils sont tous presque à la retraite, il n'y a pas d'autres médecins derrière.

P.7.7 : Il y en a un nouveau, il a 60 ans.

P. : S'il n'y a pas de nouveaux remplaçants, dans quelques années, ça va être encore pire.

P.7.7 : Il faut bien que l'on trouve des solutions. Nos infirmières coordinatrices, elles font comment si un malade leur dit que leur pathologie a évolué ? Qui va s'en occuper ? Ce n'est pas le rôle des infirmières coordinatrices, elles ne peuvent que conseiller. Elles disent « *mais comment on fait pour trouver un médecin référent ?* » Alors, faut-il alerter les autorités plus haut ? Parce que si, un jour, il y a un problème plus grave, il y a une personne âgée qui décède, qui sera responsable ce jour-là ? Sans parler d'aller jusque-là, mais il faut quand même l'envisager. Ça fait partie des éventualités.

P. : C'est la question d'un signalement de personnes en danger ou qui le devient, du fait d'une absence ou d'une carence.

P.7.7 : C'est pareil pour les pharmaciens. À L'Hermenault, il y a une pharmacie. On avait une réunion sur le secteur sur cette problématique-là et le pharmacien a dit « *je suis dans l'illégalité en permanence, parce que c'est moi qui renouvelle les ordonnances en permanence* ». Parce qu'il n'y a pas de médecin pour faire le renouvellement, la personne ne va pas interrompre son traitement. Qui va prendre la responsabilité de dire comment on fait ?

P. : Ça pose la question de la réorganisation des soins. Pour qu'il y ait des médicaments, il faut que cela soit légal. Il faut que ce soit pour des pathologies repérées, mais on ne pas rester plus d'un an sans voir le médecin. 6 mois c'est déjà beaucoup.

Question : Le cadre légal n'a pas prévu ce cas-là ?

P.7.7 : Aujourd'hui non. Il y a des pharmaciens qui le font, mais parce qu'ils vous connaissent bien. On n'en sait rien.

P. : Il y a des variables d'ajustements qui ne sont pas légales, mais on a l'impression que ça fait système et que si les situations s'aggravent, qu'il n'y aura pas d'autres solutions.

P.7.7 : Le soir où on avait réunion, il y avait une personne de l'ARS qui était là. Elle a entendu tout ce qui s'est dit, mais elle n'a pas pris position bien sûr. Est-ce que cela aboutira un jour à quelque chose ? Peut-être qu'il faut plein d'actions, de petites actions. On ne va pas y arriver en deux jours. De toute façon, les médecins, on ne va pas en trouver comme ça, il n'y en a pas. Alors, effectivement, ils vont dans les villes. Peut-être il pourrait y avoir un petit déport ? S'ils étaient obligés de s'installer dans certaines régions…

P. : J'ai entendu une émission comme quoi il y avait assez de médecins en France, seulement ce n'est pas bien réparti. Donc voilà, on pourra toujours former des médecins, si après on ne les oblige pas à venir.

P. Sur la Côte d'Azur, il y en a un tous les 100 m. ils attendent même les clients. On m'a dit qu'un médecin sur la Côte d'Azur gagnait moins bien sa vie que chez nous, ça surprend. Dans une réunion où il y avait un médecin parmi nous, il disait qu'un médecin aujourd'hui qui travaille 50 heures ou 60 heures par semaine, il faut trois médecins aujourd'hui pour le remplacer.

P. : C'est ce que je disais, aujourd'hui les jeunes médecins veulent faire des heures de bureau. Ils veulent faire 8h-12h, 14h-18h. 35 heures par semaine, pas plus.

P.7.7 : Ça se comprend, j'ai des collègues ingénieurs, ils font 35h-40 heures. Ils veulent une vie comme cela, avec des loisirs. Alors, il y a aussi le problème de la féminisation du corps médical. Les femmes travaillent à mi-temps.

P. : Ils ne veulent pas travailler le samedi alors qu'avant ils travaillaient le samedi.

P. : Ce n'est pas sa compétence, mais le Conseil départemental va peut-être embaucher des médecins, a-t-on vu dans le journal. Pour les répartir dans des zones.

P.7.7 : Il y a aussi des médecins qui souhaiteraient être salariés.

P. : À la Bazoge où il n'y a pas de médecins, ils ont fait une étude…

P.7.7 : Le problème, c'est que ces médecins-là vont être concentrés dans un ou deux secteurs sur la Vendée, entre le Nord de la Vendée et puis chez nous. Peut-être qu'il y en aurait sur Ste Hermine, mais ce n'est pas garanti. Ça veut dire que ces médecins-là, s'ils sont sur Ste Hermine, ils ne vont pas venir sur Fontenay (14 kms). Ça va donc se tenir autour du Cabinet médical de Ste Hermine. Après, tout le monde va aller là-bas. Mais ce ne seront pas des médecins référents. Ils vont être missionnés d'un coup de là, d'un coup de l'autre, il n'y aura pas de suivi.

P. : Il n'y aura pas de suivi, c'est ça. Parce que, j'en ai entendu parler aussi. Ces médecins qui seraient salariés, ils sont par exemple à Bazoge, ils vont y être trois ans. Et puis après, s'ils veulent aller à Angoulême ou à Bordeaux où ils seront salariés, ils vont faire le tour de France comme cela.

P.7.7 : Dépanner comme ça, je dis c'est des rustines, qui ne peuvent pas tout coller...

P. : Il y aussi les spécialistes. On parle des personnes âgées, s'il faut les faire admettre dans les Urgences, il vaut peut-être mieux les laisser chez elles. Certaines, ce n'est même pas la peine de les transporter aux Urgences. Parce que si c'est pour les faire attendre dans le couloir, entre 6 et 8 heures d'attente, ce n'est pas la peine.

P.7.7 : Je ne vais rien vous apprendre, mais quand c'est la bourre aux Urgences, les personnes âgées sont les personnes que l'on passe en dernier. C'est pour cela que ça ne sert pas à grand-chose de les amener non plus.

P. : On ne peut pas les laisser mourir chez elles non plus !

P. : À 11h30-minuit on vous rappelle pour venir les chercher. On ne s'inquiète pas si elles restent toutes seules chez elles.

Question : Il y aurait des solutions ponctuelles concernant par ex. les médecins salariés, mais il n'y aurait pas la dimension durable ?

P.7.7 : Non, ça peut n'être qu'une solution transitoire effectivement. À moins qu'ils passent du salariat à une activité libérale au même endroit. Mais, il y en a qui vont dire « *qu'ils sont mariés, ont un mari, ont une femme, qu'ils ne se plaisent pas là, ils vont donc aller ailleurs, j'annule mon contrat* ».

P. Nos secteurs (géographiques) ne seront jamais aussi attractifs.

P.7.7 : Dans le couple du médecin, il y en aura toujours qu'un (ou une) qui travaille, peu importe que ce soit l'homme ou la femme qui est médecin. Mais l'autre, a toujours un statut, dans une entreprise qui a une hiérarchie importante. Et chez nous, on n'a pas les postes pour ces gens-là. Il n'y a pas de place. Donc, cela veut dire qu'il devra faire 80 à 100 kms pour aller travailler. Donc, ça ne l'intéressera pas.

P. : Et il y a longtemps que cela dure. C'est un vrai sujet, mais qui n'a pas été pris en compte. On n'a pas pris en compte l'âge des médecins. Ça fait plus de vingt ans que le problème existe et ça fait au moins vingt ans qu'on en parle, que l'on dit « *comme fera-t-on quand les médecins vont arriver à la retraite ?* »

P. : Et pourtant, à la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et de la statistique), ils sont au courant, ils ont les statistiques. Aujourd'hui, il n'y a rien de plus facile. Ça on le sait depuis longtemps.

Question : Comment expliquer cette sorte de laisser-faire ? Puisque les données sont connues ?

P.7.7 : Ce que l'on m'avait dit à l'époque, c'est le *numerus clausus*, pour limiter le nombre de médecins et pour limiter les frais de la Sécurité sociale, pour faire moins d'actes.

P. : Mais aussi parce que les médecins sont bien représentés parmi les décisionnaires. Ils ne vont pas s'imposer des contraintes. Ils sont juges et partie. Ils sont bien représentés à l'Assemblée nationale. Ça a créé des problèmes depuis longtemps. Et ça s'aggrave parce qu'actuellement les médecins arrivent vraiment au bout et puis derrière, il n'y a personne. Ce qui manque, c'est une autorité au-dessus de cette autorité-là. Qu'il y ait l'obligation de s'installer dans des zones. Comme les pharmaciens. Les pharmaciens sont renouvelés à partir du moment où il y a un certain nombre de population. (…)

P.8.7 **1.** Autour de tout cela, il y a plein d'inquiétudes. J'ai reçu plein d'appels d'amis. Déjà mes enfants. J'ai un fils qui habite à Pouillé, une belle-fille qui habite à Mouzeuil, un fils à L'Hermenault. Le médecin n'a pas voulu prendre ma belle-fille et il y a deux petits enfants. Alors, par connaissance, à Fontenay, j'ai un ami médecin qui a dit « *je veux bien te les prendre pour dépanner, en attendant qu'il y ait un autre médecin qui arrive* ». Si un médecin arrive à Mouzeuil. Au moins, il y en a un qui arrive en août (dans six mois). J'ai une amie du secteur de L'Hermenault, elle vient de partir sur Mermande (77 kms), à Mermande, le médecin la prend toujours, mais jusqu'à quelle limite ? La qualité des soins derrière, elle va être où ? Et elle m'a dit, cette semaine, que pour avoir un renouvellement, la secrétaire demande un délai de 5 semaines avant le RV. Donc, il faut prévoir. La secrétaire est dépassée aussi. Les médecins, sont dépassés. Elles n'arrivent pas à gérer si on leur demande d'autres RV plus spécifiques. Le médecin L. prend encore un peu (une nouvelle clientèle), Mme D. prend aussi encore un peu, mais eux aussi ont leur limite.

2. On parlait des spécialistes. Ma maman a Alzheimer et pour avoir une consultation, c'est six mois. Qu'est-ce qu'on fait pendant les six mois ? On adapte. Quel attrait pourrait-on donner à ce nouveau médecin pour l'attirer dans notre campagne ? Parce que j'ai une nièce qui est en fac de médecine, elle commence cette année, ils sont 600, ils en prennent 150. En première année, elle redouble. Elle n'est pas mal placée, mais elle redouble quand même. En dessous de 150, on prend, au-dessus on ne prend pas. Et il parait que maintenant, le généraliste est une spécialité, c'est ce qu'elle m'a dit après en avoir rediscuté avec elle. Mais si le nombre de médecins en France est suffisant, c'est la répartition qu'il faut

revoir. Quand je pense que les infirmières, quand elles font leurs études, prises en charges, elles doivent redonner cinq ans, avant de s'installer à domicile (brouhaha). C'est politique.

3. Ma belle-fille me dit que, maintenant, dans un couple, il faudrait avoir chacun son médecin. Je pense qu'elle a raison. Je vois, mon médecin a 59 ans, je pense que je pourrais être bientôt confronté à… On habite à 10 kms de Fontenay, on ne va plus au médecin de Fontenay. Du côté de L'Hermenault, si on n'y va pas par connaissances… c'est quand même dommage.

P. : Et puis après on vieillit, tant qu'on peut conduire, ça va. Mais le jour où on ne pourra plus conduire, c'est pareil… C'est le problème du transport.

Question : Avec les médecins-traitant, référents, où en est-on ? Est-ce qu'il nous est demandé d'avoir un médecin traitant référent ?

P.8.7 : **4.** Il y a l'obligation effectivement. Mais s'il n'y en a plus, comment fait-on ? Parce que, la personne qui m'a appelée dans le secteur de L'Hermenault, on lui avait dit d'aller à Fontenay, aux Urgences et qu'il y aurait quelqu'un qui assurerait les renouvellements. Ça se fait. Parce que moi, j'ai travaillé aux Urgences, j'ai travaillé 25 ans à l'hôpital et quand les Urgences se sont créées au nouveau Pôle santé, il y a eu un cabinet pour faire de la bobologie.

P. : Il y a actuellement, aux Urgences, un interne en fin d'année de formation qui fait cela, qui a un local. Il a une ligne directe, vous téléphonez, vous prenez RV et il vous consulte. Mais il va quand même demander ensuite référence à un médecin. C'est pour des petits trucs, mais ça peut dépanner et désengorger les Urgences.

P. : Quand on n'a pas de médecin pour renouveler, c'est 6 mois de délai.

P. : Il y a deux-trois ans, on m'avait transmis une procédure, il fallait écrire à la CPAM pour solliciter un conciliateur qui devait désigner d'office un médecin. Donc, on avait une adresse mail et je l'ai sollicité plusieurs fois pour plusieurs dossiers, je n'ai eu aucune réponse. Ça ne fonctionnait pas.

Question : Là aussi, il avait été prévu un recours pour l'accès au droit, comme par ailleurs pour le droit au logement, sauf qu'en fait, ça ne fonctionne pas ? Ces saisines-là ne fonctionnent pas ? Elles fonctionnent théoriquement. C'est comme si le système était proposé à consommer avec des options, mais ce n'est pas alimenté.

P.8.7 : **5.** On voit que les suggestions faites portent sur des points névralgiques où ça coince visiblement. C'est attristant de voir quand même tous ces étudiants en médecine. On sait qu'en première année de médecine, il y a aussi des jeunes qui cherchent à s'orienter, mais on sait qu'il y a quand même des étudiants qui ont la vocation, qui ont du désir et pour eux, d'en arriver là et d'être découragés à cet endroit-là alors qu'on sait par ailleurs qu'il y a des besoins, ça fait mal.

P. : C'est quelqu'un qui se pose la question, en effet, d'aller en kiné, parce qu'elle ne passe pas la première année. Et je peux vous dire que si les médecins sont à 60 heures, elle est à plus de 60 heures sur ses cours. Là elle est découragée parce qu'elle a beaucoup travaillé…

P. : Mais là, ça va évoluer à partir de l'année prochaine ?

P. : Je suis en arrêt de travail depuis un an, j'ai eu une intervention, opération d'un pouce, je suis allée à Nantes. L'intervention s'est pas trop mal passée et pour l'accompagnement, je n'ai rien à dire.

(…)

P.8.7 : **6.** Je me demande s'il ne faudrait pas soulager les médecins au niveau secrétariat. Pour se dégager un peu de temps, car au niveau papiers, c'est lourd. Ils passent beaucoup de temps à cela. Il n'a pas été question d'ouvrir un poste ?

P. : Actuellement, il a pris une secrétaire à son cabinet qu'il rémunère, ce qui lui permet de prendre un peu plus de patients. C'est plus simple pour lui aussi pour s'organiser. Ce n'est pas la panacée, mais

c'est mieux. Que ce soit pour l'administratif ou faire payer les gens, passer la carte Vitale. On passe à la consultation, puis l'on voit la secrétaire.

P.8.7 : **7.** C'est du temps de gagné en fin de journée, qui peut être utilisé pour d'autres consultations. Une des aides possibles apportées au médecin serait de lui apporter une aide administrative et si elle était financière, elle pourrait être destinée à une aide pour l'embauche d'un temps partiel (d'une assistante). Lors de la réunion dont je parle, les Maires des communes concernées étaient présents. Les municipalités se sont dit : « *pourquoi pas ?* » Elles financent des projets et là, pourquoi ne pas financer un poste de secrétaire puisque ça concerne 14-15 communes ? On mutualise et on paye une secrétaire au médecin pour qu'elle lui permette de souffler. D'ailleurs, il a dit l'autre jour « *si j'ai une secrétaire qui fait tout mon travail (administratif, accueil) de 2.000 patients je peux passer à 2.500* ». C'est quand même beaucoup, tout cela fait partie des pistes. (Brouhaha)

8. Au pôle santé, la communauté de Communes paye la location des locaux. Ils ont demandé, c'est dans leur contrat, au moins une secrétaire. Il y en a trois en roulement pour permettre d'avoir un service permanent 7 jours/7. Quand les médecins sont là, les secrétaires sont toujours là. Cela inclut leur remplacement, les congés. C'est une gestion d'équipe. Ça correspond à 3 temps pleins pour 5 médecins. Quitte à mettre des subventions, pourquoi ne pas payer le salaire d'une secrétaire ? Plutôt que subventionner la restauration d'un lavoir, je n'ai rien contre les lavoirs. Mais au bout d'un moment, il faut résonner service.

P. : Les lavoirs étaient un service public, mais c'est vrai que maintenant… ça a évolué. (Rires)

P. : Il y a les machines à laver et ça a changé de priorité. Il y a des choix à faire.

P.8.7 : **9.** Les territoires évoluent, ils ont beaucoup grandi. La communauté de Commune de Fontenay est devenue très grosse, et elle ne prend pas forcément en compte les besoins des gens autour qui viennent de se rajouter. C'est le problème des communautés de Communes qui sont un peu trop vastes et qui ont absorbé les petites communautés de Communes autour. Et après on se rend compte qu'il ne faut pas prendre en compte que la ville, il faut aussi prendre en charge les territoires attenants. Quand on parle de la France on pense à Paris, mais pas à la Province et la communauté de communes de Fontenay, c'est pareil : c'est la ville qui compte et les territoires ruraux autour... Mais si on les supprimait, la commune de Fontenay serait bien pauvre aussi.

Animateur : On est sur la question des strates politiques. Il peut y avoir des blocages à cet endroit-là. Il n'y a pas vraiment d'égalité qui soit garantie de ce point de vue-là ?

P.8.7 : Non.

Animateur : Le fait de déléguer ou de répartir des compétences n'est pas suffisant ?

P.8.7 : **10.** Non, même dans un secteur comme celui de Fontenay, avec une communauté de Communes, telle qu'elle est actuellement, il devrait y avoir un recensement dans chaque secteur pour pouvoir dire « *voilà, il y a un besoin important, il faudrait intervenir un peu là* » et essayer de répartir les choses. Que ce soit Foussais-Payré ou L'Hermenault ou Fontenay, ce n'est pas la même chose. Tout le monde est citoyen à part entière et on a tous droit au même accès aux soins. Alors on fait des grandes communautés de Communes, étendues, il faut qu'elles soient grandes pour qu'elles y arrivent financièrement. Puis, en fait, plus on agrandit et plus ça réduit les budgets bientôt. Et la périphérie est mal servie.

Question : C'est une chose que vous observez, le fait qu'il y ait une centralité comme dans les villes ?

P.8.7 : Oui. Il y a l'hôpital-clinique, le pôle santé et encore heureux qu'ils se soient regroupés ensemble.

Question : Vous parliez de recensement des besoins, c'est-à-dire ?

P.8.7 : **11.** Il y a tout le rural autour, avec des zones éloignées de 12-13 kms. Ce que je constate aujourd'hui, nous on était une communauté de Communes, il y en avait une à L'Hermenault, qui était trop petite, soi-disant. Donc, elle a été rattachée à Fontenay. Mais aujourd'hui, vient se greffer, ça fait

comme un système qui fonctionne bien et puis on vient rajouter une porte sur le côté et alors, évidemment, c'est toujours difficile… ils n'existaient pas avant et maintenant il faut qu'ils existent. Mais ça met beaucoup de temps, le temps que les Élus, que tout le monde se connaisse. Et les besoins, personne ne les connait pour le secteur de L'Hermenault. De la même manière qu'on ne connait pas plus les besoins du secteur de Foussais ou Mervent, j'en suis presque sûr aussi. On ne les a jamais prises en compte. Les petites communes rurales autour de Fontenay, n'ont jamais été prises en compte.

Animateur : Vous soulevez de vrais problèmes, depuis le départ. Vous identifiez des strates de pôles de décision, avec la décentralisation, les redistributions de territoires, les territoires se réorganisent. Il y a l'enjeu des communautés de Communes qui grossissent, avec plus ou moins de raisons. Vous invoquez l'accès à la connaissance du territoire, le fait que les Élus puissent travailler ensemble, puissent se connaître. C'est un véritable enjeu visiblement ainsi que sur la connaissance des besoins des gens. Finalement, même s'il y a une architecture par strates qui existe, il n'empêche qu'on ne garantit pas à chaque strate la possibilité de s'autodéterminer ou d'être éclairée.

P.8.7 : Voilà, ou d'avoir un éclairage.

Animateur : Ainsi, l'enjeu du recensement des besoins est important, car il apporterait un arbitrage pour que les décisions puissent s'orienter quand même ?

P.8.7 : Oui, il faudrait qu'il y ait quelqu'un qui centralise toutes ces données pour pouvoir les redistribuer après, auprès de tous.

Animateur : Encadrer les décisions, qu'elles ne soient pas prises au gré des humeurs…

P.8.7 : Ou du bon vouloir des Élus. Ou de ceux qui sont un peu plus fort les uns que les autres. Il y a tout cela.

Animateur : Ce regroupement de connaissance des besoins, de l'identification des besoins, pourrait être de quel niveau ?

P.8.7 : Je ne sais pas exactement, il faudrait que cela parte du local. Quelque part, on a des Députés dans nos secteurs, on ne sait pas trop ce qu'ils font. Parce qu'en fait, on ne les voit pas souvent. Il faudrait qu'ils soient un peu plus terre-à-terre.

P. : C'est vrai, au niveau des communautés de Communes, ce serait de mieux connaître nos difficultés à propos des médecins. Comment ils réagissent par rapport à L'Hermenault ?

P.8.7 : Je ne sais pas, on n'a pas de réponse. On n'a pas eu du tout de réponse. Les Maires en discutent les uns avec les autres par groupes, mais après, il n'y a pas d'informations centralisées qui disent où sont les besoins. Alors, aujourd'hui, dans la ville de Fontenay, ils cherchent à récupérer des médecins et bien sûr ils n'en trouvent pas plus que les autres.

P. : S'il y a des médecins qui viennent, ils se serviront sans doute les premiers.

P.8.7 : Très certainement. Parce qu'il y a une chose qui est sure : c'est que les cabinets médicaux de tout le secteur ont été fait par les communes et les communautés de Communes. Seulement, à L'Hermenault, c'est la différence, c'est un cabinet médical privé.

P. : Il est communal quand même ?

P.8.7 : Non, il est privé-privé. Il a été monté par les médecins et par les pharmaciens qui se sont pris par la main, parce qu'il n'y avait d'autre possibilité. Si on avait attendu un Cabinet médical financé par le Département, on n'en aurait pas du tout. C'était donc heureux qu'on en ait un. Mais maintenant, si on n'a pas de médecin à mettre dedans… Il est clairement privé. C'est pratiquement le seul du Département. On a le mérite d'en avoir un, mais comment va-t-on le faire fonctionner ? Tout à l'heure, il était question des médecins que le Conseil départemental met en place et bien, cela veut dire qu'à

L'Hermenault, jamais un ne viendra. Parce qu'il n'a pas été financé par le Conseil départemental. C'est cela qui est aberrant dans le système. On nous impose des choses et après on dit « *débrouillez-vous* ».

(Aparté)

Question : Concernant les décisions, c'est décevant : sur les résultats, ou sur la façon dont elles se prennent ? Ou, y aurait-il un lien entre les deux ?

P.8.7 : Tout est un peu lié. Les décisions sont prises, on n'écoute pas forcément les gens du terrain. C'est ça le problème. Les politiques sont trop loin. Pas les Maires, mais les Députés. Les Maires encouragent les choses. Mais dès que l'on arrive à l'échelle au-dessus… Que ce soit les Députés d'aujourd'hui ou d'avant, il y a 10-15 ans, c'est la même chose, on a toujours eu les mêmes problématiques.

Animateur : Vous parliez de système. Il y a quelque chose de systémique d'organiser, de coordonner l'action des acteurs et d'inciter à débloquer des fonds. Puisqu'il y a un certain nombre d'interlocuteurs et que l'on voit que l'on se dirige vers un diagnostic, à peu près, du problème, en écoutant les uns et les autres. Or, il y a un moment où il y a des convergences fortes quand même. Un Député pourrait tout à fait avoir les moyens de persuasion pour rassembler les gens sur un territoire et procéder par étapes, sans engager les gens tout de suite ?

P.8.7 : Un Député, il faut qu'il écoute. Et la fameuse réunion qu'on a eu à L'Hermenault sur le problème du Pôle santé qui ne fonctionnait pas, c'était une alerte du médecin et tous les Élus étaient là. Mais, ce jour-là, Le Député n'y était pas. Alors quand même ! Au moins, s'il ne pouvait pas, il pouvait envoyer un remplaçant. Mais il n'y avait personne.

Animateur : Pour un Député, ça peut être valorisant de mettre en place une innovation co-construite ?

P. : Peut-être qu'il faudrait que ça passe par en haut aussi, parce qu'on a le Ministre de la santé qui pourrait nous dire « *je vais vous déléguer des gens pour veiller* ».

P. : Je suppose qu'on ne doit pas être le seul secteur en France dans ce cas. Je pense à la Lozère. (Brouhaha)

P. : Les fermetures de maternités. Où il faut faire 50-60 kms.

Animateur : Il y a sans doute aussi des initiatives qui mériteraient d'être dupliquées. Souvent la critique qui peut être faite, c'est de ne pas plaquer un modèle sur un autre, mais on peut toujours proposer ?

P. : C'est là où le modèle parisien pêche beaucoup, parce qu'ils pensent « *Paris est comme ça, et le reste c'est comme ça* ». C'est décidé de là-haut. Chaque territoire a besoin de trouver son modèle de fonctionnement.

P. : Et puis il faut aller au terrain, écouter ce qui se dit. Quand des réunions sont publiques, il faut au moins que des politiques s'y intéressent. Par exemple, il n'y a plus de CLIC (centre local d'information et de coordination) sur L'Hermenault, c'est revenu sur Fontenay, c'est pareil ! Le soir de la réunion, la personne (l'élu) est en maladie, il n'y a personne pour la remplacer et être à cette réunion importante. Alors, des infos, il n'y en a pas eues qui sont revenues… Après, on se demande pourquoi ça n'a jamais bougé. La réponse est simple. Personne n'en n'a pris acte. Ça n'a pas été transmis.

Animateur : Il y a là, effectivement, un problème communicationnel. Ces informations-là doivent être partagées. Il n'en faut pas beaucoup pour qu'elles se referment. S'il manque des maillons…

P. : Je vais dire une boutade, mais en milieu rural, c'est plus facile de trouver un vétérinaire qu'un médecin. Même la nuit, les vétérinaires se déplacent. Même s'il y en a moins actuellement.

Question : Alors pourquoi trouve-t-on plus facilement des vétérinaires ? C'est contrôlé ?

P. : Ça attire plus les jeunes ?

P. : Le bétail est plutôt à la campagne, mis à part les animaux de compagnie. (Silence)

P. : Ça devient une grosse problématique pour tout le Sud Vendée, ce n'est pas spécifique à L'Hermenault.

P. : On est mieux loti qu'à certains endroits, parce qu'on a la maison de santé qui est importante et qui fonctionne bien.

P. : Par contre, c'est vrai qu'il y a des maisons médicales dans chaque commune maintenant. Il y en a une à Maillé et à L'Hermenault.

P. : Mais il n'y a pas de médecin dans les deux !

P. : Du point de vue du territoire, il faudrait en mettre une tous les 10-20 kms. Il faudrait que les personnes soient à une distance de 10-15 mn au maximum.

P. : Pourquoi est-ce que les médecins ne viennent pas y faire des permanences de semaine ? pour éviter que les personnes se déplacent.

P. : Les médecins de campagne comme on avait autrefois, c'est fini. Il y avait d'ailleurs rarement des consultations, c'était beaucoup des visites au domicile. Je me souviens, il y a 50 ans. Même le soir.

P. : Ils ont une vie de famille aussi.

P. : On en avait, c'était minuit.

Question : Vous disiez aussi tout à l'heure que vous l'avez vu venir aussi ce changement-là ?

P. : On voyait bien que notre docteur vieillissait.

P. : Le drame c'est que tout le monde le voyait, mais personne n'a agi. Personne n'a pris de dispositions.

P. : À mon avis, le Ministère de la santé n'est pas clair depuis les années 90. Car il fallait anticiper des décisions à ce moment-là.

P. : Aujourd'hui, on subit. Il ne s'est rien fait depuis 20-25 ans.

Animateur : Ce qui semble paradoxal, c'est que l'on parle beaucoup de participation, de concertation, de pouvoir local, ce qui est très bien. Mais ce que l'on entend ici, c'est aussi qu'il y aurait eu une vacance aux plus hauts niveaux de décision ? Parce qu'il y a quand même une concentration de moyens d'observation, de données, de cartes, des tributs d'experts qui ont fait leur travail de relevés, de recensements. Il y a eu une écoute, on a sondé et malgré tout, à l'arrivée, on aurait l'impression de subir l'indécision ? Je veux bien que l'intelligence vienne du terrain, mais pas seulement. Qu'est-ce qui fait que les deux types d'intelligences : expertise terrain et prospective scientifique, ne se soient pas rencontrées ? Vous parlez de Député, de maillons intermédiaires, mais on peut se demander ce qui s'est passé au niveau d'un Ministère qui a quand même des budgets, des politiques d'action ? On a l'impression que quelque chose a fonctionné à vide.

P. : Effectivement, ça donne cette impression-là.

Animateur : Dans la conception que j'ai de la participation, de la prise de parole, il faut créer l'écoute en face. Au départ, ce n'est pas une préoccupation des usagers (du soin). C'est une préoccupation de ceux qui sont là pour organiser la participation. Il y a les Élus, les professionnels, mais l'on entend que les professionnels sont aussi en difficultés, les professionnels du soin. Il semblerait qu'ils subissent… Je ne sais pas comment c'est perçu par les accompagnants juridiques au niveau des Tutelles ? Mais, quand il a comme cela une multiplication de situations difficiles, vous êtes mis devant une forme d'impuissance ? Puisque cela ne dépend pas de vous. Vous, vous mettez en lien, en réseau. Vous vous décarcassez, mais vous n'avez pas tous les interlocuteurs qu'il faut.

P. : En plus, on passe beaucoup de temps comme cela, c'est une perte d'énergie. Ce n'est pas efficace.

P. : J'imagine les soignants qui se retrouvent à fonctionner à deux, au lieu d'être cinq, les médecins doivent avoir des grands sentiments de solitude. Il y a des gens qui ont mal, qui se plaignent. Qui vivent des grandes souffrances.

P. : Vous appelez, vous faites le n° 15, au minimum, sans exagérer, c'est 7 mn d'attente.

P. : Elles sont longues.

P. : Il ne faut pas que vous ayez quelqu'un en détresse respiratoire, vous ne pouvez pas tout faire.

P. : On tombe aussi sur des médecins qui sont à bout de souffle. Ça arrive qu'ils ne soient plus du tout bienveillants. On ne peut même plus leur en vouloir.

Question : Vous en avez rencontré ?

P. : Oui, en particulier un qui m'a appelé, c'était des propos, il insultait en fait. Il était hors de lui parce qu'il n'avait pas été payé d'une consultation, il était en colère contre le système, contre tout. Alors que c'était quelque chose qui pouvait être réglé très simplement. Je pense qu'il en avait marre. On sentait qu'il se plaignait de l'administratif qui représentait une part trop importante de son travail.

P. : Il y a quelque chose à travailler.

P. : L'on trouve des gens compétents à différent endroits qui se retrouvent isolés ou confinés dans une forme d'impuissance qui est plus liée à un système. Des fois, dans le système, il y a des suites d'incompétences, mais en l'occurrence, là on a l'impression…

P. : Il y a certaines fois où on a pu leur proposer de se dégager de certaines missions. Je pense notamment aux vaccins. Ça a pu être attribué aux pharmaciens. Et en fait on se rend compte qu'une certaine génération de médecins n'accepte pas d'être déchargée. Alors que c'est pour leur permettre justement de faire mieux le reste de leur travail. Mais ils ne sont pas prêts aussi à lâcher. Ils y sont très attachés.

P. : L'Ordre des médecins n'est certainement pas tout clair non plus par rapport à ça. Il a sa part de responsabilité dans ce qui se passe aujourd'hui.

P. : Il y a quand même des actes simples où ils pourraient être secondés par des infirmières. Il y a plein de système comme au Canada notamment où les infirmières sont beaucoup plus présentes, où les tâches sont partagées.

Animateur : Rien n'empêche une instance comme l'Ordre des médecins, qui fait autorité et autorité de régulation dans la profession, d'essayer de convaincre. L'on peut comprendre que les mutations professionnelles ne soient pas évidentes effectivement. Il y a un moment donné où quand on a 30 ou 40 ans de métier, on n'a pas forcément envie de refaire du 2.0 à chaque fois qu'on nous dit que c'est ce que l'on doit faire. Ça, ça peut se comprendre aussi. Quand on est au mi-temps de la vie, à 40 ans, ce n'est pas pareil. C'est vrai que l'on est dans des contextes où il y a eu des successions de changements y compris administratifs, qui s'appellent des « simplifications » mais en réalité…

P. : Ça n'a rien simplifié !

Animateur : Tout cela ça crée aussi une toile de fond où le changement lui-même perd de la crédibilité et il y a des gens qui saturent, surtout lorsque ce sont des métiers relationnels, au départ. Ce n'est pas comme s'ils n'avaient pas essayé de se coltiner l'administratif. Il y a vraiment aussi un problème de résistance, non pas au changement, mais à des changements qui sont quand même perturbant. Dans tous les métiers en général, ça peut provoquer une grosse souffrance. Alors, comment gérer l'évolution ? Cela aussi, c'est pareil, il y a des méthodes différentes.

P. : C'est vrai que pour l'informatique qui est arrivée dans les 20 dernières années, maintenant qu'elle est là…

P. : Justement, à ce sujet-là, la Directrice de la maison de retraite de Muron, essaye de mettre en place, je ne sais pas si ce n'est pas déjà commencé, la télémédecine.

P. : Oui, c'est ça. Après, c'est compliqué pour des personnes, il y a des limites. En maison de retraite ça va, car ils sont accompagnés, il y a des infirmières qui sont là. Mais après, au domicile, je pense que c'est une chose, ce sera… Déjà, la technologie, ça ne va pas être dans toutes les maisons. Alors, s'il faut transporter les personnes dans un lieu où c'est connecté, ce ne sera pas ça la solution. À la marge peut-être. Ça peut être une amélioration dans certains domaines.

P. : Peut-être pour consulter un spécialiste à distance, quelqu'un à Nantes.

P. : Et éviter de transporter la personne pour pas grand-chose.

P. : Avoir des images et les transférer à un autre spécialiste pour avoir un avis médical. On ne va pas soigner des grippes comme ça.

Question : Votre sentiment en cette fin de session ?

P. : Le sentiment que l'on est un peu abandonnés, qu'on n'a pas de solutions.

P. : Non, on n'en n'a pas et personne n'a de solutions miracle, à sortir du tiroir.

P. : Si, je pense qu'il faut assister les professions médicales dans l'administratif, surement. Soit : se regrouper à plusieurs. Je pense qu'il y a une piste de travail à ce niveau-là.

P. : Ça fait partie des pistes les plus rapides qui peuvent être apportées. Parce que c'est un soutien logistique et matériel autour du soin.

P. : Pour les personnes âgées, on a parlé du transport solidaire. Avec l'accompagnement à domicile, il y a des possibilités. C'est de la coordination. C'est beaucoup de coordination derrière tout ça. Et le bénévole a ses limites. Effectivement, on peut faire plein de choses, tant qu'on est en bonne santé et que l'on trouve des bénévoles pour le faire. Ils ne sont pas en augmentation. Ça se saurait.

P. : Il y a aussi l'éloignement par rapport aux hôpitaux locaux ou ailleurs, au-delà de 15-20 kms, ça pose quand même question.

P. : Il y a l'éloignement familial aussi, les enfants ne sont plus forcément autour comme on était il y a 20 ans. Les personnes âgées sont plus souvent seules. Les gens sont plus amenés à travailler à l'extérieur, donc l'accompagnement de personnes âgées de sa famille, c'est difficile. Elles sont plus isolées, quand il n'y a pas de famille. Les services d'accompagnement à domicile, c'est vraiment (essentiel), mais s'il n'y pas de médecin derrière.

P. : C'est un phénomène qui n'est pas forcément évident à identifier que celui des familles. Les personnes se déplacent en fonction des endroits où il y a du travail et comme ça suit aussi certaines logiques, du coup les familles se dispersent beaucoup, se déplacent beaucoup. Dans une vie, c'est de plus en plus vrai, l'aire géographique (couverte par chacun) a énormément augmenté plutôt dans une dispersion que dans une concentration.

P. : D'un point de vue démographique, les villes grosses et moyennes ont plutôt grossi en terme d'habitants, puis les périphéries autour. Alors que le milieu rural avec la diminution d'exploitations agricoles, ça s'est plutôt vidé. Et les personnes âgées sont restées par contre.

P. : L'éloignement de la famille est important là-dedans.

Animateur : Alors qu'il y a d'autres domaines où l'on dit que l'aspect local est important : de retisser des liens, de faire des circuits-courts sur la production, sur le travail.

P. : Oui, mais on est un peu contradictoire là-dessus. Il faudrait que les deux se coordonnent. Il y en a qui disent que l'on va revenir à l'âge de la bougie.

Animateur : La crainte de revenir à la bougie. En même temps c'est la question du changement et du progrès : jusqu'où c'est un progrès ?

P. : Oui, à un moment donné ce n'est plus un progrès.

P. : L'informatique, par exemple, repose aussi sur des dépendances à des matériaux (terres) rares, à de l'énergie, etc. tout est imbriqué. Il y a des parties qui sont compliquées.

– FIN –

ATELIER 8 – Fresnay-sur-Sarthe, 27 mars 2019 (p. 121-134)

P.1.8 Connaître le nombre d'habitants par région, faire l'estimation du nombre d'habitants par médecin. Répartir les médecins sur le territoire, les amener dans des maisons médicales ou créer des secteurs. Amener les médecins à pratiquer dans des secteurs quitte à les y obliger. C'est ça qu'il faudrait faire. Parce qu'à certains endroits, on ne manque pas de médecins, il y a des activités touristiques, etc. Certains médecins s'y installent facilement et moins facilement dans d'autres endroits où c'est un peu monotone.

Question : Sur le secteur de Fresnay, avez-vous observé des manques au niveau du médecin référent par exemple ?

P.1.8 : Il y a du monde, parce que les médecins refusent des patients parce qu'ils sont débordés de travail. Il y a trois médecins à temps plein, avec des fois des remplaçants ou des suppléants qui viennent à la maison médicale. Des médecins en formation aussi qui ont déjà une certaine expérience et qui peuvent pratiquer seuls. Des stagiaires.

Question : Votre réflexion porte plus sur les endroits où il y aurait moins de dotation ?

P.1.8 : On dit « les déserts médicaux », mais les campagnes se désertifient aussi, il y a de moins en moins d'activité professionnelle dans les campagnes. Les gens vont plus facilement aller habiter en ville.

Question : Vous avez des situations où ça a pu poser problème pour vous ou pour votre environnement ?

P.1.8 : Habitant à Fresnay, on arrive encore à se débrouiller. Mais des fois, c'est limite… on est obligé de s'imposer un peu pour avoir un médecin traitant. C'est-à-dire d'insister dans nos demandes, de leur dire qu'on est habitant. Ne pas hésiter à s'adresser à des remplaçants quand on a besoin de consultations.

Question : Il y a beaucoup de médecins remplaçants ?

P.1.8 : Oui, des médecins qui ont dépassé l'âge de la retraite et qui continuent à pratiquer pour suppléer au manque de médecins. Il y en a plusieurs qui sont déjà venus à Fresnay. J'y vais pour moi. Mon copain âgé, ça m'arrive de l'accompagner chez le médecin aussi.

Question : Les médecins en exercice sont des retraités à qui l'on a demandé de venir suppléer ?

P.1.8 : Oui, c'est ça.

Question : Combien de temps pourront-ils le faire ?

P.1.8 : Il y en a qui restent quelques mois et qui partent après.

Question : Ça suppose que vous puissiez changer de visage. Et à chaque fois, ça donne quoi par rapport au suivi ? Le suivi médical, ça se passe bien, il n'y a pas trop d'interruptions ?

P.1.8 : Après, c'est à nous de nous connaître aussi. D'expliquer ce qui ne va pas. Les points importants sur notre santé. Quand on explique les points importants, on est relativement bien soigné.

Question : Ça suppose de bien se connaître. On imagine des personnes qui sont moins au clair…

P.1.8 : Oui, des personnes qui n'ont pas la facilité d'expression peuvent connaître des difficultés. Il faut connaître ses points faibles.

Question : Avez-vous été confronté à des questions d'urgence médicale ?

P.1.8 : Après, c'est les Urgences, c'est le SAMU, les Pompiers. Les médecins traitant ne se déplacent plus comme cela maintenant. Il est décédé le médecin en question. Autrefois, j'y étais allé pour maman, il nous avait quand même pris à son cabinet en urgence, entre deux consultations. Il y a quelques années de ça. Maman est décédée depuis.

Question : Elles se font où les Urgences ?

P.1.8 : Soit Alençon (22 kms), soit Le Mans (40 kms). Dans d'autres cas, c'est Angers (136 kms) ou Caen (140 kms) avec des déplacements en hélicoptère.

Question : Comment vous savez où il faut aller en fonction de ce que vous avez ?

P.1.8 : Ce sont les médecins urgentistes qui décident. Ils communiquent ça aux ambulanciers. Suivant la pathologie des personnes. Ça se fait bien, généralement. On arrive quand même à avoir les urgentistes assez vite. Des fois, c'est aussi aux personnes de savoir à qui s'adresser. À Fresnay, on a une caserne de Pompiers, ce sont eux les plus vite arrivés en cas d'urgence. Sinon, il faut s'adresser au SAMU, ils font appel à des médecins et les ambulanciers de garde.

Que ce soit des médecins généralistes, des spécialistes, des dentistes, il faut les faire venir sur tous les secteurs, créer des maisons médicales. Et quand une zone est suffisamment remplie de médecins, on les envoie ailleurs.

Question : La maison médicale ici est située où ?

P.1.8 : Pas tout à fait dans le centre-ville. On y trouve des infirmières, le médecin généraliste, le podologue, le kiné, un médecin homéopathe, le secrétariat. Les secrétaires s'occupent des papiers et le médecin n'a pas à le faire. Ça lui donne du temps pour faire plus de consultations. C'est une maison de santé pluridisciplinaire. Ça fait quelques années qu'elle est ouverte.

P. : Dans une maison de santé, on accueille comme vous dites, il y a un podologue, un cabinet d'infirmière, un médecin éventuellement. C'est une structure basique. Ce n'est pas une structure importante comme celle que l'on retrouve à Sillé Le Guillaume (17 kms) par exemple où c'est vraiment la grosse structure, avec plusieurs médecins, avec des spécialistes, etc.

P.1.8 : Sur la maison médicale, on a un médecin, mais il y en a d'autres en libéral, installés dans leur maison. Ils sont généralistes. Ils n'interviennent pas sur la maison médicale.

P.2.8 Il y a beaucoup de choses à dire. Du fait du COSIA (Collectif santé associations 72), je suis impliqué dans pas mal de choses. Je suis au bureau du « CNAESEA » (Centre national pour l'aménagement des structures des exploitations agricoles) qui regroupe les personnes âgées et personnes handicapées sous l'égide du Département. Je suis aussi au Conseil territorial de santé et suis Vice-Président d'une association « Autisme fédération Bretagne-Pays de Loire » (AFBPL) pour tout ce qui concerne le handicap et la dépendance. Il y a beaucoup à dire. Le constat c'est, qu'effectivement, il commence à y avoir un manque de professions médicales, de médecins sur le territoire français. Mais, quand on compare avec d'autres pays plus proches, qui ont à peu près la même configuration que le nôtre au niveau de la population, on n'est pas si loin que cela. Par contre, quand on regarde les implantations de médecins en France, on voit où ils sont. La grosse concentration, c'est entre Menton et Cerbères (côte méditerranée) entre Biarritz et Concarneau (façade Atlantique), un peu en région Ile-de-France et un peu en Rhône-Alpes Auvergne. Après, la deuxième chose, c'est qu'en France, nous avons un système très particulier, unique au monde, c'est que la médecine est libérale, mais financée par nos impôts. C'est une réalité.

Il n'y a aucun autre pays au monde qui fonctionne comme cela. C'est le beurre et l'argent du beurre, il faut dire les choses comme elles sont. Une autre chose, c'est la féminisation de la profession de médecine libérale et au-delà, de la médecine comme le buccodentaire, aussi le chirurgien-dentiste. Ce qui a des conséquences parce que l'homme qui était médecin avant, avec une culture où il était très impliqué ne comptait pas le temps, il se déplaçait, il allait chez les gens. C'est-à-dire que c'était presque un sacerdoce. Aujourd'hui, ce n'est plus ça. Pour la plupart, ce n'est plus un sacerdoce, c'est une profession comme une autre ou, il ne faut pas généraliser non plus, une profession qui permet de gagner sa vie et de faire un travail qu'on aime bien. Et ça s'arrête là. On n'est pas dans sacerdoce.

Le problème avec les femmes, et je le conçois très bien, c'est qu'elles privilégient leur vie de famille et, en moyenne, ne travaillent plus que quatre jours par semaine. Le mercredi, c'est réservé aux enfants. Elles sont à 55 % des nouveaux médecins qui arrivent. C'est une nouvelle donne importante qu'on n'a pas prise en compte.

Globalement, notre société fonctionne sur un logiciel qui n'est pas du tout adapté. C'est-à-dire qu'on est toujours sur un logiciel de 1945 et ce qui a été mis en place en 45, c'est extraordinaire. Franchement, on peut dire que le monde entier nous l'a envié. Et pendant longtemps. Mais le problème, c'est qu'on est toujours sur le même logiciel. Il y a eu des petits changements à la marge, mais globalement le logiciel est le même. Et ça, ça ne peut pas marcher. La société a changé. Il n'y a pas que dans les campagnes qu'il y a des déserts médicaux, il y en a aussi au Mans.

P. : Il y a moins d'habitants dans les campagnes qu'en ville, c'est à prendre en considération pour la répartition des médecins. Parce qu'un médecin, s'il ne peut pas faire un chiffre d'affaires suffisant dans un endroit, après, il faut lui donner des secteurs.

P.2.8 : Je ne pense pas que ce soit une question de chiffre d'affaires, parce que le médecin qui fait son boulot correctement, où qu'il soit, il n'a pas de problème de clientèle.

P. : Des fois, il y a des déplacements, c'est pour ça que c'est bien d'avoir des maisons médicales à différents endroits et puis, amener les gens à se déplacer à la maison médicale comme cela se passe à Fresnay. Mais, il y a aussi une maison médicale à Sougé-Le-Ganelon et ce sont les médecins de Fresnay qui se déplacent à Sougé-Le-Ganelon. Alors, ils ont une journée pour prendre leurs patients, parce que les visites se concentrent sur une journée.

P.2.8 : Oui, il faut innover. On parle de maison médicale. J'ai connu ça quand j'étais jeune, on appelait ça des dispensaires. Et à un moment donné, il y avait des dispensaires partout. Où il y avait des regroupements, on pouvait se faire soigner les dents, il y avait des médecins, des spécialistes, etc. Et, à un moment donné, on a dit : « *on va fermer tous les dispensaires, il y a la médecine libérale.* » Or, on est en train de les recréer. Car, qu'est-ce que c'est qu'aujourd'hui une maison de santé pluridisciplinaire si ce n'est pas une sorte de dispensaires ? On n'a pas su changer de logiciel.

Or, vous voyez, pour employer un vieil adage : gouverner c'est prévoir. Le problème, c'est qu'on ne prévoit rien du tout. Parce que l'on est toujours dans le court terme. On gère le quotidien, plutôt que de se projeter à 10 ans, 15 ans et de savoir comment évolue la société aujourd'hui. Aujourd'hui, il y a un gros problème qui est d'actualité, une chose qu'on n'est toujours pas en mesure d'appréhender sérieusement : c'est le vieillissement de la population. Ce qui a un grand rapport avec la santé. Avant, à 65 ans, les retraités disparaissaient, c'était fini. Aujourd'hui, et c'est formidable, c'est bien, on vit jusqu'à 85 ans, même plus, il faut inventer la société qui va avec. Il faut inventer la santé, la prise en charge de la santé qui va avec. Et ça, on n'est pas en mesure aujourd'hui de le faire. Quand on regarde les statistiques, on s'aperçoit qu'il y a de moins en moins de médecins qui veulent s'installer en libéral. Il préfère, à la limite, être salarié…

P. : Ça peut être bien pour les médecins, pour les Urgences, très bien.

P.2.8 : Oui, il y a d'autres choses qui ont été mises en place, par exemple tout à l'heure vous parliez des Urgences. L'hôpital du Mans, c'est une catastrophe. Ils sont complètement noyés par les Urgences. Il y a 82 infirmières aux Urgences, je ne sais pas si vous imaginez, c'est colossal. Ils sont noyés, noyés, noyés, ils battent des records tous les mois. Pourquoi ? Eh bien, parce que les Urgences aujourd'hui, le sondage est un peu difficile à exprimer : c'est de la bobologie. C'est-à-dire qu'il y a des gens qui n'ont rien à faire aux Urgences. Ils viennent là, parce qu'ils n'ont pas la possibilité d'avoir un médecin. Alors, faciliter c'est quoi ? C'est d'aller aux Urgences. Il faut savoir que, normalement, et là on est dans une contradiction qui est absolument incroyable, c'est que pour aller aux Urgences, il faut passer par le 15, c'est la loi. Théoriquement, vous ne pouvez pas aller aux Urgences tout seul. Il faut passer par l'appel au n°15. Sauf qu'il y a une loi qui dit aussi que si une personne se présente aux Urgences, on ne peut pas la refuser donc, vous voyez, on est dans une dichotomie complètement folle… et, il n'y a personne,

à un moment donné, qui tranche. Alors, on a mis en place des maisons médicales de garde, je ne sais pas si vous en avez une sur le secteur, peut-être à Mamers, qui sont, pour les WE essentiellement, où il y a des médecins qui sont de service. Le problème des maisons médicale de garde, c'est que, quand vous allez aux Urgences…

P. : Il y a des petites interventions qui peuvent être pratiquées par des médecins généralistes.

P.2.8 : Mais, quand vous allez aux Urgences, vous ne payez pas. Quand vous allez à la maison médicale de garde, vous êtes obligés de payer. Les gens ne vont pas à la maison médicale de garde, parce qu'il faut payer. Et les maisons médicales de garde aujourd'hui sont sous-employées parce que les gens n'y vont pas. Et comme on ne peut pas les refuser aux Urgences, ils préfèrent faire la queue ou attendre cinq heures aux Urgences.

P. : À ce moment, les gens font un choix économique, ce qui peut se comprendre.

P.2.8 : Ça peut se comprendre. Le problème, c'est que personne ne tranche. Je ne suis pas un responsable, alors qu'est-ce qu'on attend pour modifier la donne ? Trouver une solution pour éviter ça, pour désengorger les Urgences, parce que c'est catastrophique. Je m'occupe beaucoup d'autisme aujourd'hui. Quand un autiste attend cinq heures aux Urgences, c'est une catastrophe. Ça se termine très mal. Ce qui m'étonne, c'est qu'il n'y a pas eu de mort.

Question : Ça peut s'ajouter sur des crises ?

P.2.8 : Au bout de 45 minutes, l'autiste va partir en vrille. Et ces gens-là, ont vraiment besoin. Mais, il faut travailler en amont. Il ne faut pas attendre que tout le monde aille aux Urgences. Il faut voir comment, en amont, il faut mettre des choses en place pour éviter d'aller aux Urgences.

P. : En France, est-ce qu'il y a suffisamment de médecins formés pour ne pas connaître les déserts médicaux ? S'ils étaient bien répartis… Il faut établir des zones et obliger les médecins à s'y installer. Et ne pas les laisser s'installer là où il ne manque pas de médecins.

P.2.8 : Là, on serait dans la coercition.

P. : À une époque, les médecins ne pouvaient pas s'installer où ils voulaient, ils étaient obligés de s'installer dans des endroits où il y avait besoin de médecins.

P.2.8 : Ça doit être il y a très longtemps alors. Aujourd'hui, les infirmières ne s'installent pas où elles veulent. Un pharmacien ne s'installe pas où il veut. Mais aujourd'hui, il y a un lobby qui est tellement fort, c'est un lobby corporatiste, mais pas seulement chez les médecins. C'est pour tout comme ça.

P. : Il y a des moyens de locomotion qu'il n'y avait pas autrefois, parce qu'avant, les gens restaient où ils habitaient. Ils n'avaient pas des facilités de déplacement comme il y en a aujourd'hui.

P.2.8 : Quand vous êtes une personne handicapée et que vous ne pouvez pas vous déplacer, et quand vous êtes une personne âgée dépendante et que vous ne pouvez pas vous déplacer tout seul, comment vous faites ? Est-ce que l'on a mis en place des réseaux ?

P. : Un médecin, il s'installe où il veut. Autrefois, il avait des complications pour déménager, maintenant, c'est facile.

P.2.8 : Sauf qu'aujourd'hui, un médecin, il va là où il veut et non pas là où on a besoin de lui. Que faut-il faire ? Quelle est la réponse ?

P. : C'est ce que je dis, c'est de créer des zones, amener les médecins et les obliger à s'installer.

P.2.8 : Allez expliquer cela aux médecins et aux syndicats, vous allez voir ! C'est la grande bagarre aujourd'hui, parce qu'on est en train de rappeler comment il faut faire.

P. : Ça fait partie de la moralité.

P.2.8 : Aujourd'hui, il y a deux options : l'option de coercition, c'est-à-dire on leur dit : « *vous devez, vous venez de terminer votre huitième année de médecine, vous avez votre diplôme et pendant trois*

ans vous vous installez là où on a besoin de vous », pendant trois ans ou un an, peu importe, et non pas « *là où vous avez envie de vous installer* ». C'est le premier point, on est dans la coercition. Et là, c'est la levée de boucliers, je peux vous dire. Ça fait "du bruit dans Landerneau". Il y a une autre solution qui est un peu plus « maligne », mais qui revient au même, c'est de dire : « *si vous vous installez dans une zone où il y a quelqu'un et où il n'y a pas de besoins spécifiques, vous ne serez pas reconnus par la Sécurité sociale* ». C'est un moyen détourné de coercition. Mais pour l'instant, ça ne se fait pas parce qu'il y a une levée de boucliers.

Les médecins n'ont aucune obligation de résultat. (…)

Soyons responsables, il ne faut pas tout attendre de l'État. Il faut que nous, citoyens, nous soyons responsables. Pour la santé, c'est pareil. Je citais le cas, tout à l'heure, de la personne qui dit « *je ne veux pas aller à la maison médicale de garde, car je vais être obligé de sortir ma carte bleue* », vous voyez. Ou alors « *je préfère aller aux Urgences, engorger les Urgences* ». Vous voyez, il y a un réflexe citoyen. Aujourd'hui, il n'y a plus de citoyen, le citoyen n'existe plus. Il n'existe plus que des consommateurs. Que ce soit pour la santé, c'est exactement la même chose pour tout aujourd'hui en un tout petit truc, et hop ! On va voir le médecin.

Question : Vous posiez la question morale pour le médecin, dont pourrait retourner la question pour l'usager ?

P.2.8 : Quand j'avais un petit problème, maman me faisait du sirop de navets. On n'allait pas voir le médecin. On s'auto-médiquait avec des trucs tout simples. Aujourd'hui, on n'en arrive à ce que des personnes soient résistantes aux antibiotiques. C'est quand même hallucinant. (…) On consomme la santé, comme on consomme n'importe quoi, comme on va au supermarché. C'est exactement pareil, on ne se prend pas en charge, on ne réagit pas comme un citoyen en se disant : « *quelque fois je peux faire d'autres choix* ».

P. : Le problème, c'est que ce sens-là, n'arrive pas par hasard. Cela procède d'une éducation. Qu'est-ce qui fait que l'on va privilégier, à un moment donné, de rassembler les moyens pour aider ses parents ? Qu'est-ce qui fait que nos parents vont plutôt nous aider à être attentifs aux signes corporels pour dire « *là, tu as un peu trop bu, tu as un peu trop fumé, rectifie ce que tu manges* ». Le jus de poireau (navet), effectivement ou l'homéopathie, sont des alternatives qui sont une attention à soi. Tout cela, c'est un fond culturel qui met du temps à se constituer. C'est-à-dire qu'il a pu être perdu pendant plusieurs dizaines d'années. Il y a des choses comme cela de la vie de tous les jours qui ont été perdues.

P.2.8 : Tout à fait. Vous avez l'impression qu'on est en train de faire machine arrière ?

P. : Il y a des initiatives qui montrent que ce n'est pas complètement perdu.

(…) Il ne faut pas sortir de la boucle le rôle que pourrait avoir un État pour amener les gens à s'auto responsabiliser et à se co-éduquer.

P.2.8 : Dans la santé, l'auto-responsabilisation, c'est aussi la prévention. Est-ce qu'aujourd'hui, les gens sont suffisamment acteurs de la prévention et sensibilisés à la prévention ? Non ! Je vous dis non. Or, la prévention, c'est la mère de tout. Si on ne fait pas de prévention, on est toujours dans le curatif. Dans ce que je fais pour le buccodentaire, dans la Sarthe, on n'avait absolument rien pour soigner les personnes handicapées et les personnes vieillissantes. Ils étaient obligés de courir à Rennes, à Angers et à Nantes, avec des délais d'attente d'un à deux ans. On a réussi à mettre en place des dispositifs. Mais on est toujours dans le curatif. Les gens, on leur dit aujourd'hui : « *c'est de la prévention buccodentaire, allez chez le dentiste une fois par an ! Faites de l'hygiène buccodentaire* » etc. C'est très, très, très compliqué. Les gens n'arrivent pas à ça. Or, qu'est-ce qui se passe ? Les dispositifs (préventifs) que l'on a mis en place sont embolisés pour des soins qui auraient pu être évités.

P. : Quand on peut, c'est d'amener les gens à faire du sport.

P.2.8 : Le sport en est une, mais pas tout.

P. : Le paradoxe c'est que les méthodes pour se prendre plus en charge se développent en parallèle. Les gens développent des réflexes permettant d'avoir une hygiène de vie. On est plus au courant malgré tout, il y a plus de possibilités d'être au courant.

P.2.8 : On est plus au courant, le problème c'est : est-ce qu'on est suffisamment sensibilisé ? C'est ça moi qui me gêne. On met toujours de plus en plus d'argent dans le curatif, mais on n'en met pas assez dans le préventif.

Il y a aussi un problème de l'organisation de la santé en France. Il ne faut pas se le cacher, c'est un peu compliqué. En particulier, pour les personnes âgées. Pour les personnes âgées, au-delà de la santé, il y a une partie qui est financée par le Département et l'autre partie financée par l'ARS, et ils ne s'entendent pas très bien. Je peux vous le dire, j'y suis confronté au quotidien. Donc, si vous voulez, à ce niveau-là, ça ne fonctionne pas. Le millefeuille français, c'est notre spécialité. Nous, à chaque fois que quelque chose ne va pas, on en remet une couche. On crée un nouveau truc, alors que le truc d'avant n'a jamais prouvé son efficacité. Au lieu de simplifier pour avoir un accès direct, on complique les choses.

C'est compliqué aujourd'hui. Je le vois pour le handicap, par exemple pour l'autisme, on préfère, plutôt que de renforcer une structure d'accueil pour les autistes très sévères, parce que le personnel est insuffisant, on préfère faire faire des allers-retours à l'hôpital psychiatrique à des résidents. C'est aberrant ! Alors que dans l'établissement, cela coûte 200 € par jour ; à l'hôpital psychiatrique, c'est entre 600 et 800 € par jour. Mais ce n'est pas la même caisse qui paye. Sur le foyer d'accueil médicalisé, le Département paye 70 % ; sur l'hôpital psychiatrique, l'ARS paye 100 %. Donc, c'est : « *ce n'est pas moi, c'est l'autre !* ».

Tout à l'heure, vous parliez de l'isolement. Le transport. Parce qu'il faut transporter ces personnes. Aujourd'hui, l'ARS dans sa philosophie pour la Sarthe, c'est de dire : « *Tout le monde à l'hôpital du Mans ; c'est plus simple, on va renforcer l'hôpital du Mans* ».

P. : Ce n'est pas mieux pour les patients !

P.2.8 : On est bien d'accord. On ferme les hôpitaux de proximité, on les élimine, on en fait plus que des EHPAD, car on en est arrivé là aujourd'hui. Et on met tout le monde au Mans. Quand j'ai dit à l'ARS, à un moment donné, qu'une personne lourdement handicapée et dépendante qui habite à 1h30 du Mans, à l'autre bout du Département, il faut : la transporter, immobiliser un véhicule, mobiliser deux personnes, vous vous rendez compte ! ? C'est une matinée de perdue. Tout ça pour une visite. Et vous savez ce que l'on me répond ? « *Le transport ce n'est pas nous, c'est le Département* ». Voilà, ça c'est la réalité du quotidien.

Question : C'est terrible parce que là, quelle prise peut-on avoir là-dessus ? On est sur deux instances officielles qui sont un pouvoir effectif, cela rame contre la cohésion et la simplification. Est-ce que ça été voulu ?

P.2.8 : Je ne pense pas que ça ait été vraiment voulu. Je pense que ce sont les circonstances qui ont fait que, parce qu'on a un système administratif qui est fait comme ça. On nous rebat les oreilles à longueur de journée avec la loi 2005, l'égalité du citoyen, égalité, fraternité, etc. Mais, selon que vous soyez dans un département ou dans un autre, vous n'avez pas les mêmes avantages, n'avez pas les mêmes prises en charge. Est-ce que c'est normal ? Où est l'égalité du citoyen ?

P. : Sur les prises en charge ce n'est pas normal.

P.2.8 : Mais c'est la réalité, parce qu'on va favoriser… Dans la Sarthe, on a un Conseil départemental qui a plutôt bien pris en charge la vieillesse, la dépendance. C'est plutôt pas mal, on est dans les bons élèves. Concernant le handicap, on est nul de chez nul. Dans le département d'un côté, ça va être le contraire. Il faut arrêter un moment donné. Tout ça, c'est financé avec nos impôts. C'est nous, citoyens, qui avons le regard là-dessus, mais on ne bouge pas.

Question : Est-ce que ce ne sont pas des choix budgétaires qui les obligent à faire des coupes sombres ?

P.2.8 : Ce sont des choix politiques. Il y a des choix budgétaires bien sûrs, mais il y a des choix politiques. Qu'est-ce que cherche un Conseil départemental ? Ou un Conseil régional ? C'est la réélection, c'est de pouvoir être réélu la fois d'après. Donc, ils vont brosser dans le sens du poil.

P. : Il y a un dévoiement de la figure du politique ou de l'orientation ?

P.2.8 : Ce n'est pas un dévoiement, ça a toujours été. C'est un constat, c'est un fait. Est-ce que les biens publics est leur préoccupation essentielle ? Je réponds non. Mais je m'engage, et je n'ai pas forcément raison. Ça fait peu de temps que je m'occupe de ça, je baigne dedans à longueur de journée. Je peux vous dire que je fais 1.800 heures de bénévolat par an et 20 000 kms. Pour moi qui ai vécu dans un autre monde, parce que j'ai dirigé des entreprises pendant les 30 dernières années de ma vie active, cela correspond à la techno bureaucratie soviétique des années 50. Nous sommes dans la techno bureaucratie soviétique des années 50 : irresponsabilité totale, carriérisme, point barre. Le bien public… pourquoi ? Nous, citoyens, nous n'avons pas le droit de regard sur une ARS. Excusez-moi, je suis très critique. Les ARS, ce sont des bureaucrates. Est-ce qu'on a notre mot dire ? Non.

Je vais vous donner un autre exemple. C'est l'ARS qui va décider d'ouvrir telle ou telle structure. Avec le Département, selon le type de structure. Et qui est-ce qui fait l'inspection pour voir si cela fonctionne bien et qu'il n'y a pas de maltraitance ? C'est le même que celui qui finance… il ne va pas dire « *ah, bien non, ce n'est pas bien* ».

P. : Il est juge et partie.

P.2.8 : Il est juge et partie. Et partout c'est comme ça ! Ils sont juges et partie.

P. : Ils cumulent plusieurs pouvoirs. Alors que l'évaluation est faite justement pour renvoyer des éléments qu'on ne voit pas ou que l'on ne veut pas voir.

P.2.8 : Absolument. C'est cela le problème. Alors, quand on leur dit « *mais, là vous voyez, vous avez vu…* »

P. : Du coup, ça falsifie la réalité ?

P.2.8 : On est dans la falsification de la réalité. C'est pareil pour les EHPAD.

P. : Méthodologiquement, ça ne tient pas la route. Et vous avez raison de le dire.

P.2.8 : C'est stupide.

P. : En fait, c'est même basique. Ce sont des règles de base.

P.2.8 : Ce sont les règles de base, qui sont complètement niées.

P. : Cela induit un biais. Et la comparaison avec les systèmes bureaucratiques qu'il y a pu avoir en ex-URSS, des personnes ont parlé de système kafkaïen.

P.2.8 : C'est un système kafkaïen, qui rend fou. Nous sommes dans un système kafkaïen.

P. : Pour un simple accès aux droits, il y a des trucs (situations) très étranges.

P.2.8 : Nous sommes dans un système où on a 10 % de PIB de plus que le pays mondial qui nous suit derrière et qui est utilisé pour notre fonctionnement, et ça ne fonctionne pas bien.

P. : Il y a une perte qui est liée effectivement à un mauvais agencement. On pourrait souhaiter plus de moyens, mais on en aurait plus, qu'avec tout le brouillage qui est créé…

P.2.8 : Ce n'est pas : plus de moyens, c'est : mieux de moyens.

P. : Et oui, parce que si on ne fait pas déjà mieux avec ce qui est là, le problème…

P.2.8 : Faisons mieux avec ce que nous avons, je vous assure que ça ira beaucoup, beaucoup mieux.

P. : Le problème c'est, comment on en revient de cela ?

P.2.8 : C'est là où c'est très compliqué.

P. : Parce que vous parlez de système, et là, on est sur des systèmes globaux qui sont difficiles à analyser parce qu'il y a plein de paramètres qui entrent en ligne de compte, on n'a pas forcément accès… Alors, ce qui est intéressant dans votre position, c'est que vous avez des grilles de lectures qui sont liées à des grands ensembles, ça vous donne un moyen de comparaison, par contraste, pour voir un peu ce qui se passe.

P.2.8 : Tout à fait !

P. : Ça mériterait que l'on creuse les choses, parce que, comme vous sillonnez dans plusieurs endroits stratégiques, vous voyez ce qui se passe. Et là, il y aurait quelque chose à mettre en exergue déjà. Parce que tout le monde n'a pas cette expérience de circuler comme vous le faites, dans plusieurs milieux, avec plusieurs strates.

P. : C'est d'un autre niveau. En un lieu, des personnes détiennent certaines vérités qu'ils préfèrent des fois se garder, ne pas l'enseigner, alors que c'est important de donner un bon enseignement aux gens. Ils préfèrent se garder tout ça pour eux sous prétexte que ça leur donne du travail, que ça gagne de l'argent. Les gens sont comme ça aussi tout de suite.

P. : Et nous, on ne circule pas comme cela. Et le fait que des gens circulent, ils voient ce qui se passe. C'est vrai aussi que le fait de ne pas savoir ou de ne pas dire ce qui se passe, fait que cette information manque pour la compréhension de l'ensemble. Alors, on va dire « *c'est untel, c'est l'Europe, c'est je ne sais pas quoi* » mais on ne peut pas vérifier.

P.2.8 : Combien de fois j'ai dit à des interlocuteurs de l'ARS « *mais vous seriez une entreprise, au bout de six mois, vous mettez la clé sous la porte !* » Il faut arrêter.

P. : Cela ramène à l'efficacité.

P.2.8 : Si vous voulez, dans la culture française, il y a un mot… j'ai travaillé pendant 30 ans pour des Anglo-Saxons, pour des groupes américains ou anglais, j'ai dirigé des filiales françaises. Et, je vais vous dire tout de suite, j'ai horreur de la culture anglo-saxonne, pour des tas de raisons. Mais il y a une qualité que je leur reconnais, qui est complètement banni du langage français, c'est prag-ma-ti-sme.

P. : J'y ai pensé aussi.

P.2.8 : Nous ne sommes pas des pragmatiques. Nous sommes toujours sur des notions : ah, les droits de l'homme, ah, les grandes idées de liberté, égalité, fraternité. Je vais vous citer un exemple qui, moi, m'a affolé quand j'ai débarqué dans ce milieu du bucco-dentaire. J'ai repris tous les rapports qui avaient été faits, qui avaient été commandés par l'État depuis 2010. Tous les ans, il y avait des rapports faits par des gens compétents où tout était dit, tout était décortiqué, expliqué, pourquoi ça ne fonctionnait pas, quelle était l'alternative, ce qui allait découler de cette non prise en charge, etc. Tout était dit, comment il fallait remédier. Et tous les ans, on commande un autre rapport. Et on en n'a jamais tenu compte…

P. : Vous avez raison, puisqu'il y a un certain nombre de problèmes qu'on connaît maintenant et qui étaient déjà annoncées depuis 15 ou 20 ans. C'est dramatique. Et vous parliez d'informations qui sont mises en circulation. Il y a effectivement des travaux importants, même d'instances comme l'INRA, l'INSEE (la Cour des Comptes) qui donnent un certain nombre (d'informations) sur l'évolution démographique, qui alertent, et ce n'est pas pris en compte. Alors, pourquoi produire tout cela ? Voire même, c'est peut-être des fois pris en compte, mais dans un autre sens où l'on recouvre le rapport et c'est terrible !

P.2.8 : Ou bien, les rapports ne sont même pas publiés !

P. : C'est une injure à l'intelligence et au bon sens. Là, il y a effectivement quelque chose de problématique, à savoir : à qui profite le flou ? À qui profite cette inefficacité ? Parce qu'il faut croire que cela arrange, pour des petits intérêts. Vous avez raison de parler du pragmatisme, parce qu'il y a

aussi une façon de faire science qui correspond à cette approche-là, à partir des problèmes réels et comment on rend compte du réel. (…) C'est : comment des gens du concret, tout le monde, pas uniquement les scientifiques dans les laboratoires, avec des blouses blanches, comment chacun peut développer sa capacité à percevoir des problèmes. Car on les ressent bien les problèmes quand on les vit. Et comment la conscience et la connaissance peuvent se développer à partir des problèmes posés, comment, aussi, on peut commencer à déduire ce qui va devenir l'action efficace. Dans la réalité, quand on part d'un problème, ça fonctionne de cette manière-là. Sur des échelles plus grandes, on pourrait le faire aussi. Mais là, quand les circuits de décision sont un peu compliqués, ça devient…

P.2.8 : C'est la technocratie ! Alors que chaque citoyen a son rôle à jouer. Quel qu'il soit, où qu'il soit. Au fin fond de sa… (campagne ?)

P. : Alors là, effectivement, c'est le rôle de chacun.

P.2.8 : Oui, il faut se mettre autour de la table.

P. : Encore faut-il que ce citoyen ait été baigné dans cette culture.

P.2.8 : Il suffit de l'écouter, il suffit de le convier à la table et de l'écouter. Mais on ne le fait pas, nulle part !

P. : Cela s'apprend.

P.2.8 : Parce que l'on pense que la personne qui est au fin fond de sa campagne elle subit, et qu'elle n'a rien à dire. Et bien non, je suis désolé, elle doit faire aussi remonter l'information réelle. Elle doit expliquer ce qu'il vit. Elle doit expliquer aussi le bon sens.

P. : Encore faut-il qu'elle ne se sente pas trop brimée, mais encouragée. Je pense que, culturellement, dans la culture française, on n'est pas foncièrement encouragé à prendre confiance en nous. On est plutôt dans le registre de la domination.

P.2.8 : Sur l'informatique, ça fait des années qu'on essaie de mettre en place un dossier patient informatisé.

(…)

P.2.8 : Regardons déjà comment utiliser notre argent au niveau de l'État, au niveau de nos régions, au niveau des départements, au niveau des communes, au niveau des rassemblements de communes, des communautés de Communes. Le dernier-né c'est la « com' com' ». On vient de créer la « com' com' » soi-disant pour alléger les structures des communes. Et pour économiser de l'argent. Est-ce qu'on économisait un centime ? Non. Est-ce qu'on a réduit le personnel ? Non. Par contre, on a recréé une nouvelle structure. Dans la communauté de Communes, ils ont recréé 60 emplois qui sont des emplois payés par nos impôts, voilà, ça fonctionnait très bien avant et on n'a pas économisé un centime sur les communes. C'est ça le millefeuille. C'est ça, la réalité du quotidien. C'est là où on passe tout notre argent. C'est là où il faut voir. On met de l'argent là où, vraiment, il n'y en a pas besoin. Pour faire plaisir à untel ou untel. Mais pas pour dire « *on va améliorer la vie du citoyen, on va améliorer sa prise en charge au niveau de la santé, on va améliorer sa prise en charge au niveau de la vieillesse* ».

(…)

P.2.8 : Je vais vous relater une anecdote assez hallucinante. Je fais partie du CCAS de ma commune, je suis au conseil d'administration, puis un jour on discute avec Le Maire qui me dit : « *j'hallucine !* » Je réponds « *ah bon, qu'est-ce qu'il t'arrive ?* » Il me répond : « *on enquêtait* ». Vous savez que les communes nettoient les bords des routes, taillent, ramassent, etc. etc. elles font l'entretien. Il me dit : « *je suis allé voir où on en était concernant l'entretien de la route à côté de la Quinte (72) et donc, je me suis pointé là-bas, j'ai vu notre employé municipal qui faisait son boulot* ». Et puis, de l'autre côté de la route, ça appartient à la commune voisine, il y avait la même chose. L'employé de la commune voisine qui était en train de faire le même boulot. De l'autre côté, c'était une ancienne nationale (devenue) une départementale. Et là, il y avait, le même jour et à la même heure, deux employés du

Département avec le tracteur et tout, qui faisaient la même chose. Et alors, sur l'autre côté du carrefour, c'était une zone industrielle qui était avant à la Commune, mais qui est maintenant du ressors de la communauté de Communes et c'était un de ses employés qui était là avec son tracteur. Dans un rayon d'un kilomètre, il y avait quatre personnes avec du matériel…

P. : Alors qu'entre voisins des fois, on essaie de mettre en commun les outils.

P.2.8 : Mais, ça ne marche pas.

P. : C'est prescrit pour les autres, mais on ne le fait pas soi-même. Pour coordonner cela, c'est aussi du temps. Si on ne prend pas aussi des postes pour concevoir ce regroupement-là.

P.2.8 : Le problème, c'est qu'il n'y a pas de pilote dans l'avion pour les dispositifs de soins mis en place.

P. : Voilà, il faut qu'il y ait un pilote qui centralise.

P.2.8 : Mais, c'est partout où il n'y a pas de pilote dans l'avion ! Nulle part, si vous voulez. Quand j'ai mis en place des dispositifs pour les soins buccodentaires, je me suis aperçu d'un truc complètement fou, c'est qu'il y avait des établissements de santé, que je ne connaissais pas du tout, qui étaient en T2A (Tarification à l'activité). Ils sont financés par la Sécurité sociale, à l'acte. Et puis, il y a des établissements de santé qui sont en DAF, en dotation annuelle de fonctionnement. C'est-à-dire qu'ils ne dépendent pas de la Sécurité sociale. Ils font une demande de budget annuel et le budget annuel leur est accordé pour prendre en charge les personnes. Par exemple, à l'EPSM (Établissement public de santé mentale) le CHS de la Sarthe, à l'Arche, etc. Donc, quand je suis allé voir ces gens-là, je me suis aperçu qu'ils avaient des sièges de chirurgiens-dentistes, ils avaient un cabinet dentaire. Mais ce cabinet dentaire était réservé uniquement aux personnes hospitalisées. Et pour la plupart, ils ne fonctionnaient qu'une demi-journée par semaine, voire une demi-journée par mois. Alors qu'on est à la recherche de (moyens).

Et donc, il a fallu négocier avec eux, mais je n'ai pas eu trop de problème à ce niveau-là. Après, il a fallu trouver un financement parce qu'il n'était pas question d'ouvrir ce cabinet aux gens de l'extérieur qui en avait besoin parce que, sinon, il fallait prendre sur le budget de l'établissement et ce n'était pas possible. Vous voyez, une histoire de fou. Et après, ils m'ont dit : « *nous, on serait d'accord, mais il faut qu'on nous finance la location du cabinet et la mise à disposition d'une personne dédiée pour recevoir les personnes handicapées* ». Et puis, les chirurgiens-dentistes ai-je demandé ? « *Ah et bien non, m'a-t-on répondu, il faut vous débrouiller pour trouver un chirurgien-dentiste* ». Donc, on s'est débrouillé.

P. : Il faut préciser que pour les personnes handicapées, c'est encore plus compliqué. Il y a des refus de soins. Des fois, les locaux ne sont pas accessibles pour ceux qui ont des problèmes de déplacement.

P.2.8 : Absolument !

P. : Pour d'autres raisons, que l'on ne s'explique pas toujours, on refuse le soin pour ces personnes.

P.2.8 : Au-delà de cela. Un médecin n'a aucune formation sur l'autisme par exemple. Alors que l'autisme, c'est quand même une naissance sur cent. Pour les troubles du comportement, il n'y a aucun médecin formé sur les troubles du comportement. Plus grave que ça : pour les chirurgiens-dentistes, dans leur formation initiale, ils n'ont pas de formation au handicap, ils ne savent pas ce que c'est que le handicap. Donc ils ont peur de prendre des personnes handicapées. Il faut savoir qu'il y a encore 60% où on est dans le refus de soins.

P. : À force de ne pas être soigné, on arrive à des situations…

(…)

P.2.8 : Pour les chirurgiens-dentistes, il n'y a pas de formation au handicap. Ça fait une forme de résistance parce que, comme dit Pascal Jacob « *ta peur me fait peur* ». C'est-à-dire qu'ils se disent « *Oh là là ! Je vais prendre une personne autiste ou polyhandicapée, ou une personne Alzheimer, ou démente, qu'est-ce qui va se passer ? Je ne vais pas pouvoir la gérer, ça va mal se terminer* ».

P. : Ce sont des gens qui mordent…

P.2.8 : Oui, oui, c'est ça. Et ils préfèrent ne pas en prendre. En Sarthe, on a un déficit énorme et ils ont autre chose à faire. Et bien voilà, il ne se passe rien. Mais, il n'y a pas qu'à l'hôpital, je vais vous donner encore un exemple qui m'avait affolé complètement. Une jeune personne, en fauteuil roulant, qui avait eu un stérilet. Malheureusement, son gynéco était parti à la retraite. Elle a attendu six ans avant qu'on lui change son stérilet parce que personne ne voulait la prendre, y compris à l'hôpital du Mans. Une autre personne, en fauteuil roulant avait une mammographie à faire, ils n'ont jamais voulu la prendre à l'hôpital du Mans, en service radiologie. Jamais, non, car à un moment donné ça s'est fait. Parce qu'il y avait un barrage. Sans explications. Ça a changé, mais il a fallu se battre.

P. : C'est quand même décourageant toute l'énergie mobilisée pour faire avancer des situations assez particulières.

P.2.8 : Un autre exemple affolant. Pour un certain nombre de personnes : les polyhandicapés, les personnes Alzheimer, démentes et les autistes, etc. ils ne supportent pas, pour une prise de sang, c'est une catastrophe, c'est très compliqué. Il fallait, ils étaient cinq pour faire une prise de sang. C'est-à-dire qu'il y avait des infirmiers et infirmières pour tenir chaque membre, pour le clouer sur la table, et le cinquième qui arrivait avec sa seringue pour faire la prise de sang. Tout le monde tremblait et se demandait « *pourvu qu'il ne nous échappe pas, ça va mal se terminer* ». On leur a demandé, il y a quatre ans, d'utiliser le Meopa. C'est ce qu'on appelle aussi le gaz hilarant : on vous masque, on vous shoote pendant 10 minutes, vous perdez contact avec la réalité et pendant ce temps-là, vous ne pensez plus rien d'autre, vous êtes complètement détendus. C'étaient les médecins qui ne voulaient pas. Les infirmières et le personnel infirmier disait : « *mais si, il faut qu'on fasse ça parce que ça va vraiment nous soulager de tous ces problèmes !* » Et les médecins répondaient « *mais non, mais pourquoi vous voulez qu'on utilise le Meopa ? Ça ne servira à rien* ».

Finalement, ils ont accepté de le faire. Aujourd'hui, ils sont deux pour faire une prise de sang : celui qui met le masque et celui qui fait la prise de sang. Et, il n'y a aucun incident, tout est nickel. Avec ma petite expérience, je peux vous dire qu'il y a des solutions pour tous et partout. Simplement, il faut trouver les bonnes volontés, se mettre autour d'une table et discuter. Même si on ne commence que par un tout petit truc, il vaut mieux un tout petit quelque chose qu'un grand rien du tout. Ça, c'est ma devise. Et je peux vous dire que ça marche.

P. : C'est de la psychologie positive !

(…)

P.2.8 : Les professions médicales ont aussi un problème. C'est qu'elles sont dans la toute-puissance. Ça commence à évoluer, tout doucement. Il y a des recommandations de l'ANESM (Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements sociaux, médico-sociaux), de l'HAS (Haute autorité de santé) maintenant, et de la DGOS (Direction générale de l'offre de soins) qui disent que quand il y a une personne en situation de handicap ou une personne âgée dépendante : il faut écouter l'usager quand c'est possible, sinon son représentant, son parent ou son aidant familial. Parce que, c'est la personne qui connaît le mieux le malade ou le patient, l'handicapée, c'est l'approche famille. Et jusqu'à maintenant, je ne sais pas si vous connaissez Pascal Jacob, il a fait des rapports, il a fait la charte Romain Jacob qui a été validée et il expliquait qu'il avait deux fils lourdement handicapés autistes. Un jour, il se pointe aux Urgences parce que l'un de ses fils avait un problème. Et il indique : « *excusez-moi d'insister, je sais comment prendre mon fils, je sais aussi ce qu'il a : est-ce que je pourrais assister à la consultation ?* » On lui a dit : « *Monsieur, non. Nous sommes des professionnels, nous savons. On n'a pas besoin de vous* ». Oui, et bien trois semaines après, il était décédé parce qu'on lui a filé un médicament. Il a fait une crise d'iatrogénie, c'est-à-dire un télescopage de deux médicaments dont les effets sont antagonistes. Et aujourd'hui, il y a toujours ça, ça change tout doucement.

P. : Dans certains endroits, il y a des conneries de faites.

P. : Il peut y avoir des causes très diverses avec des effets qui se ressemblent.

(…)

P.2.8 : Ce qu'il faut bien avoir de présent à l'esprit, c'est que la médecine n'est pas une science exacte. C'est-à-dire que ces médecins, c'est aussi la représentation de l'homme en général. Il y a des bons, des moins bons, des franchement mauvais. Il y a de tout.

P. : Vous avez raison de préciser, car on peut considérer la pratique comme un art, c'est une science pratique. Or, dans la pratique, on a des cas distincts. On n'est pas dans l'idée de la science où l'on maîtriserait tout. Même en informatique, on ne maîtrise pas tout puisqu'il y a du chaos. Mais là, il faut quand même se soumettre aux faits que la pratique nous enseigne, au fur et à mesure, des choses auxquelles on ne s'attendait pas. Et vouloir y résister, c'est d'une certaine manière être maltraitant aussi. C'est-à-dire, si le praticien ne se laisse pas dicter sa conduite par ce qui se passe dans la relation avec le patient, c'est foutu d'une certaine manière.

P.2.8 : Ce qu'il faut rappeler aux gens aussi, c'est qu'un médicament, quel qu'il soit, ce n'est pas moi qui le dis, je ne suis pas médecin, il faut accepter qu'un médicament ne soit pas efficace à 100 % pour 100 % de la population. Un médicament est (reconnu) efficace à partir du moment où il dépasse(rait) le seuil des 50 %, d'efficacité. Mais, il faut savoir aussi, qu'en dessous, il y a 50 % où il peut poser des problèmes. Il n'y a pas de médicament qui soit absolu, ça n'existe pas. Il peut toujours y avoir un effet négatif. Le médicament, c'est un plus par rapport à ce qui pourrait être obtenu (sans lui).

P. : Théoriquement, quand le médecin prescrit un médicament au patient, il devrait engager un contrat pour dire à partir de quel moment le patient n'en aura plus besoin. C'est-à-dire qu'il ne devrait pas tomber dépendant. On en est loin.

P.2.8 : Il y a un truc, en France, qui est d'une absurdité totale : c'est dans le système de distribution des médicaments. On vous donne un traitement pour trois jours et on vous donne une boîte pour huit jours.

P. : Là, ça pousse à la consommation, ou au gaspillage.

P.2.8 : Oui, mais, on le jette ! C'est du gaspillage. On le pousse à la consommation, ou bien on le jette. Je ne suis pas admiratif, encore une fois, du modèle anglo-saxon, mais vous allez chercher une boîte de médicaments aux États-Unis : si c'est un traitement pour trois jours et que ces trois pilules par jour, on vous donne trois pilules, point barre. Ils vous les mettent dans une petite boîte, un petit flacon. Chez nous, c'est une boîte de 24 !!

P. : C'est beaucoup plus raisonnable. Du coup, nous, on peut être la proie des appétits de vente de certains laboratoires, parce qu'on ne régule pas.

P.2.8 : Qu'est-ce qu'on attend pour changer ça ? Il doit y avoir un sacré lobby derrière. Parce que les pharmaciens ne demandent que ça à la limite !

P. : Comme ils faisaient d'ailleurs au départ (à l'origine) il ne donnait que la quantité.

P. : C'est moi qui prépare le semainier de papa encore maintenant, ça fait déjà plusieurs années que je fais ça pour mes parents. Je vais chercher le médicament, je fais le semainier. Des fois, il y a des médicaments régulateurs aussi, c'est vis-à-vis de différents résultats d'examens.

P. : Ça fait suite à des diagnostics qui sont posés.

P.2.8 : Je vais vous citer un autre exemple, sur les soins dentaires. Une personne en situation de handicap lourd, on ne peut pas lui soigner les dents, pour différentes raisons. Donc, à un moment donné, pour les soins buccodentaires, il y a des stomatologues, ce sont ceux qui arrachent les dents, et il y a les chirurgiens-dentistes, ce sont ceux qui les soignent. À un moment donné, comme on ne va pas soigner les dents, on va les arracher. Quand vous avez, comme au foyer médicalisé où est mon fils, sur 24 résidents, quand vous en avez une quinzaine pour qui, à 35 ans, il leur manque 15- 20 ou 25 dents, qu'est-ce que ça donne à la sortie ? Ce sont les spécialistes qui le disent : affections de longue durée, cardiaque, rénales, hépatiques et une espérance de vie diminuée de 20 % à la sortie.

Est-ce que c'est normal ? Est-ce qu'on a le droit d'infliger la double peine, voir la triple peine à des personnes qui sont déjà très fragiles ? Non. Et on ne le fait pas pourquoi ? Parce qu'on ne fait pas de prévention, parce qu'on est incapable de mettre en place des dispositifs pour les soigner correctement. Donc, il y a quelque chose qui ne fonctionne pas quelque part. Donc, quand on parle d'accès aux soins pour tous : utopie ou réalité ? Pour l'instant, on est encore dans l'utopie pour beaucoup de choses. Pour toutes ces populations fragiles, on est encore dans l'utopie.

P. : Ça frise une forme de maltraitance.

P.2.8 : On est dans la maltraitance institutionnelle.

P. : Car, on sait bien que d'avoir moins de dents, ça fait moins de mastication, on digère moins bien les aliments et ça un impact sur l'espérance de vie.

P.2.8 : Mais en plus, financièrement parlant, quand on sait qu'aujourd'hui que les affections de longue durée représentent 10 % des personnes prises en charge par la Sécurité sociale, elles représentent 45 % du budget de la Sécurité sociale. C'est-à-dire des dizaines de milliards. Pour ne pas mettre quelques millions d'euros en amont, au moment où on pourrait les mettre et bien, on débourse des milliards et des milliards des dizaines d'années après. C'est inconséquent.

P. : On critique, mais on n'en a pas après tout le monde non plus. Moi j'ai eu affaire à des médecins compréhensifs autrefois qui ont fait preuve de droiture, j'en ai toujours dit du bien. Faut pas généraliser le comportement de certaines personnes sur les corps de métier.

P. : Ce qu'il y a, c'est que des fois, c'est la minorité négative qui retient le plus l'attention.

P. : Les infirmiers, je les vois encore souvent chez papa, je n'ai pas de mal à en dire parce qu'ils ont toujours été droits, ils ont été honnêtes dans le travail qu'ils ont fait.

Question : J'aimerais que vous parliez, juste en quelques mots de la socialisation et de l'inclusion, parce que beaucoup de choses se font au nom de l'inclusion. Qu'est-ce que vous en pensez ?

P.2.8 : L'inclusion, aujourd'hui, c'est le mot la mode ! Depuis quelques mois, le Ministre du handicap dit « *inclusion, inclusion* ». Et, quand on dit inclusion aujourd'hui, les gens pensent inclusion scolaire. Je parle des personnes handicapées. Mais l'inclusion, ce n'est pas seulement l'école, mais l'inclusion sur la vie quotidienne. L'inclusion, ce n'est pas parce que l'on est largué dans la nature, dans une ville, et que l'on est dans un environnement social général. Je vois, mon fils qui est autiste sévère et qui est pris en charge dans un foyer d'accueil médicalisé, pour moi l'inclusion, c'est aussi quand il va chez le coiffeur du village, c'est quand il va chercher du pain avec son groupe pour le foyer. C'est ça l'inclusion, c'est la vie sociale. Parce que, dans l'esprit de nos politiques, c'est le maintenir à la maison et ce sont les parents qui en sont responsables. Et c'est les parents qui doivent gérer.

Eh bien, non, avec éventuellement l'apport… c'est comme avec les personnes âgées dépendantes, ce n'est pas forcément les maintenir absolument et contre tout à domicile. Ou alors, en y mettant les moyens qu'il faut, mais ça ce n'est pas vrai. Pour certains, c'est possible, mais pour d'autres ça n'est pas possible. En fait, il n'y a pas de règle absolue. Pour moi, le maître mot, c'est adapter la réponse à la réalité des besoins des personnes quelles qu'elles soient : personnes handicapées, personnes âgées et même personnes du droit commun. Adapter la réponse à la réalité de leurs besoins et ne pas vouloir les faire absolument rentrer dans des cases pour des considérations économiques. Parce qu'on n'en est là aujourd'hui : il y a des cases et on veut absolument faire rentrer les gens dans des cases pour des considérations économiques. Parce que les considérations économiques priment. À ce moment-là, on n'a qu'à faire comme les tribus indiennes, quand une personne n'était plus sociale, comme les personnes âgées, on les envoyait mourir sur le sommet de la colline. Et puis terminé, ils allaient mourir tranquillement là. On s'en débarrassait. C'est une forme d'eugénisme. Et bien, on n'en est pas très, très loin vous savez. Il y a des moments où on frôle les limites.

Animateur : La pulsion de mort est toujours très présente dans notre société… On a abordé beaucoup de sujets. C'était très riche, même s'il y avait que deux participants. Il y a un foisonnement d'informations qui vont venir compléter les apports des Ateliers précédents.

Adapter la réponse à la réalité des besoins, évaluer le niveau de dépendance… d'une certaine manière, c'est prendre en compte les situations particulières, ce qui est proclamé dans les lois. Mais c'est de la proclamation.

P.2.8 : C'est la loi de 2005.

Animateur : J'espère que le rapport qui sera soumis permettra d'attirer l'attention sur ces décalages, ces paradoxes. Parce que les politiques souhaitaient, et c'est très bien, que la parole des usagers remonte. Elle remonte à différents endroits, elle va remonter là et, pour le coup, il faudra prendre acte aussi à un moment donné des nécessités remontées.

P.2.8 : Juste encore un dernier exemple sur l'écart des prises en charge en fonction des départements. Il y a une enquête qui a été faite par 97 Députés dans les Maisons départementales pour le handicap (MDPH). Les écarts vont de 23 à 97 % selon que vous êtes dans un département ou un autre département. Ce n'est pas normal, il y a quelque chose qui ne tourne pas rond dans notre système. Alors, je sais aussi qu'il n'y a pas de système parfait.

P. : C'est vrai qu'il y a des inégalités et là, les chiffres sont importants. Pour le coup, je ne m'en suis pas préoccupé et je ne suis pas dans la vérification de l'adéquation des propos tenus ; on est plus sur le sentiment ou des exemples que des gens apportent, qu'il n'y a pas de raison de mettre en cause, d'autant quand on est sur des exemples concrets et qui se croisent à plusieurs endroits. Pour le coup, les données sont peut-être déjà produites et connues.

P.2.8 : Vous avez soulevé un problème important tout à l'heure, c'est la formation des personnes qui travaillent, les travailleurs sociaux.

(…)

Animateur : Je ne suis pas qualifié pour dire ce qu'il y a de plus pertinent car, pour le coup, on ne peut pas négliger le moindre témoignage. Mais, dans la mesure où on doit passer d'un niveau individuel à un niveau général, c'est un problème méthodologique, on passe à une sociologie compréhensive. Ce n'est pas que chaque propos pris séparément soit le plus important, mais l'on a des ordres de grandeur, différent propos s'agglomère autour de pôles de sens organisés à travers des catégories.

P. : Pour mettre en perspective.

P.2.8 : Et de fait, cela réduit un peu chaque propos individuel. C'est tout le problème des débats à un moment donné.

Animateur : L'intérêt de ce genre de débat c'est, qu'effectivement, l'on met le doigt sur la réalité du quotidien.

– FIN –