



CAHIER D'ACTEUR



N°2 SPECIAL SANTE

En décembre 2021 le Comité Régional CGT Pays de la Loire lançait son n°1 du « Cahier d'acteur : Plan de rupture ».

Ce second numéro, comme annoncé, se veut offensif avec un projet CGT en Territoire sur la question globale de Santé.

Comme pour les salaires et/ou les retraites, pas un seul jour ne passe sans entendre parler de la situation catastrophique de notre système de santé. Plus particulièrement dans les hôpitaux – mais pas que – elle impacte les soignants dans l'organisation du travail et l'accueil des patients est loin d'être optimum. Pour ces derniers se faire soigner devient le parcours du combattant. Notre système de santé est au bord du gouffre. Les pathologies sont connues. Les politiques libérales portent l'entière responsabilité de ce naufrage d'un mastodonte aux références mondiales, reconnu par la Sécurité Sociale dont la branche maladie fait partie.

Tout le monde, sans exception, est concerné par ce qui se passe sous nos yeux. Depuis sa création, même si elle fait l'objet de nombreuses attaques par les gouvernements successifs, et surtout par un patronat qui combat depuis son origine toute idée de partage des richesses et de société solidaire, la Sécurité Sociale nous appartient. A nous de lui redonner son lustre d'antan en portant nos revendications alternatives afin que la santé ne soit plus dans les mains des libéraux au service uniquement du capital. Ces enjeux sont trop importants pour rester sans réagir.

Ce sujet étant de tout premier ordre parce qu'il reflète la société dans laquelle nous vivons aujourd'hui, et pour que chacun puisse se l'approprier ce 2ème numéro consacre sa 1ère partie sur des extraits d'éléments clés du Contrat de plan Etat-Région Pays de la Loire (2021-2027) du Conseil Régional concernant le volet Santé, suivie d'une synthèse du travail mené par l'Union Départementale CGT Mayenne avant de terminer sur les enjeux et nos propositions revendicatives.

Comme pour un cahier revendicatif déposé dans une entreprise ou un établissement public, la notion de projet CGT en Territoire permet une approche revendicative encore plus large prenant en compte le périmètre régional adossé aux cinq Unions Départementales tout en répondant, dans le même temps, aux enjeux de proximité qu'ils soient sur la santé, l'aménagement du territoire, les infrastructures, l'environnement,

Par ce nouvel outil « Cahier d'acteur : Plan de rupture » du Comité Régional nous inaugurons une nouvelle approche revendicative. Si la manière de faire est différente des habitudes, les objectifs restent à 100 % les mêmes, gagner sur les revendications aux services du monde du travail et de la population.

En conclusion, c'est construire et porter nos plateformes revendicatives interprofessionnelles en interne CGT et savoir les communiquer vers les populations et territoires. Ce sont les ambitions que nous nous sommes données de construire: les égalités sociales, sociétales, environnementales et culturelles propre à notre territoire.

EXTRAITS D'ÉLÉMENTS CLÉS DU CONTRAT DE PLAN ETAT-RÉGION PAYS DE LA LOIRE (2021-2027) DU CONSEIL RÉGIONAL SUR LE VOLET SANTÉ

Dans cette 1^{ère} partie du document les éléments qui suivent sont les projets politiques du Conseil Régional Pays de la Loire, qui rappelons-le, est présidé par Christelle Morançais d'obédience de droite. C'est une évidence, ce que porte le Conseil Régional sur le volet Santé ne répond pas aux attentes sur ce qui doit être mis en place en termes de politique de santé rayonnant également sur le périmètre régional. Toutefois il nous paraissait important pour avoir un « Cahier d'acteur : Plan de rupture » n°2 axé sur la politique de santé de faire apparaître les objectifs du Conseil Régional.

Sur l'objectif stratégique Santé

Le Ségur de la santé et le plan de relance constituent par ailleurs des leviers sans précédent pour conforter ces orientations. En complément des crédits qui seront mobilisés via le CPER, les établissements de santé des Pays de la Loire bénéficieront ainsi de 187 M€ de reprise de dettes par l'Etat afin d'accroître leur capacité d'investissement et de 414 M€ de soutien aux investissements structurants sur la période 2021-2030. Cette enveloppe régionale sera complétée pour le champ médico-social (personnes âgées et personnes vivant avec un handicap) par une réévaluation des plans d'aide à l'investissement et de soutien aux opérations structurantes.

Concernant la facilitation de l'accès à la santé sur tous les territoires

Sur la période 2007/2016, la hausse de la densité de médecins géné-

ralistes est de +1,3 % en Pays de la Loire alors que l'on observe une diminution de 8,4 % au niveau national. Néanmoins cette situation cache des disparités infrarégionales. Il existe en effet toujours de fortes inégalités de répartition des professionnels de santé au sein de la région (et les écarts se creusent entre les départements et entre les territoires infra départementaux) auxquelles tentent de remédier les initiatives de regroupement des professionnels de santé.

La Sarthe, la Mayenne, et la Vendée sont moins bien dotés que le Maine et Loire et la Loire-Atlantique. Les zones urbaines sont également concernées par ces difficultés de démographie médicale alors qu'elles n'avaient été que peu prises en compte, jusqu'ici, dans les dispositifs mis en place.

- Soutenir le développement de la télémédecine

- Soutenir la création d'exercice coordonné, notamment les maisons de santé pluriprofessionnelles pour renforcer l'attractivité et l'interdisciplinarité



- Renforcer les formations initiales et continues des professionnels de santé

- Soutenir toute action innovante au bénéfice des patients et des personnes accompagnées

Les zones connaissant des difficultés de démographie médicale et paramédicale et les quartiers de la politique de la ville constituent une priorité tant pour l'Etat que pour la Région.

Sur le soutien au déploiement de la médecine

L'Etat mobilisera 3 M€ sur cet objectif. La Région continuera également à accompagner le développement de la télémédecine afin de soutenir les initiatives publiques portées par les territoires et les centres hospitaliers. En complément des dispositifs du plan de relance régional, la Région mobilisera 2M€ sur ce volet.

Ce soutien s'appuie sur des critères de sélection des projets

La Région accompagnera des projets de déploiement territorial de la télémédecine, en lien étroit avec l'Agence Régionale de Santé, mais également des projets d'équipements numériques en santé et/ou des innovations technologiques répondant aux enjeux de renforcement de l'offre de santé de proximité et de réduction des inégalités d'accès aux soins en Pays de la Loire.

L'appréciation des projets portera également sur la capacité à organiser le travail de manière transversale, pluridisciplinaire, et territorialisée, en veillant systématiquement à renforcer, prévenir et protéger la santé de tous les ligériens, en particulier les plus précaires et les plus vulnérables.

Soutenir les initiatives afin de pérenniser et d'encourager l'installation de professionnels de santé (maisons de santé pluri-professionnelles, centres de santé polyvalents, médecine itinérante, etc.)

L'installation durable des professionnels de santé dans les territoires qui en manquent aujourd'hui ou qui en manqueront demain. La condition majeure à ces installations est que les professionnels en place se regroupent de manière pluriprofessionnelle et coordonnée au service du patient à une échelle territoriale pertinente bien souvent au-delà de la commune, condition qui se traduit par un projet local de santé.



Les Pays de la Loire comptent, au 30 avril 2021, 109 maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) réparties sur le territoire, contre 78 ouvertes à la fin 2017. Pour autant le besoin reste fort sur le territoire et cet outil est fortement plébiscité par les professionnels de santé. L'Etat mobilisera 3,62 M€ sur cet objectif dans le cadre du CPER 2021-2027.

La Région et les collectivités territoriales interviendront le cas échéant en co-financement des investissements nécessaires à la création ou l'extension de maisons de santé pluriprofessionnelles sous réserve que le projet soit assis sur un projet de santé permettant un exercice coordonné entre professionnels de santé. En complément de l'intervention de l'ARS, l'Etat pourra intervenir pour faciliter la mise en œuvre de certains projets via les crédits d'aménagement du territoire.

La Région mobilisera au titre du CPER 2021-2027 13 M€. Afin d'être soutenus, ces projets devront répondre aux cahiers des charges de la Région.

La Région soutiendra également l'Association des Pôles et Maisons de Santé Libéraux dans ses actions d'accompagnement des MSP.

Pour renforcer l'offre de formation en infirmiers et aides-soignants

Dans le cadre du plan de relance, l'Etat apporte son soutien aux Régions pour accompagner la création de 6 000 places supplémentaires dans les instituts de formation aux soins infirmiers (IFSI) et de 6 600 places dans les formations d'aide-soignant. La Région s'engage pour sa part à déployer dès 2020 à minima 120 places de premières années en soins infirmiers, ainsi que 200 places de formation d'aides-soignants et 100 places de formation d'accompagnants éducatifs et sociaux. Elle y consacrera un effort propre (net des compensations et dotations perçues) de 2 521 400 € en 2020, 2 213 100 € en 2021 et 4 308 800 € en 2022.

Une enveloppe de l'Etat de 10 582 500 € est valorisée au CPER sur les années 2021-2022 afin d'accompagner cette dynamique. Ces crédits seront délégués à la Région Pays de la Loire via une convention d'application.

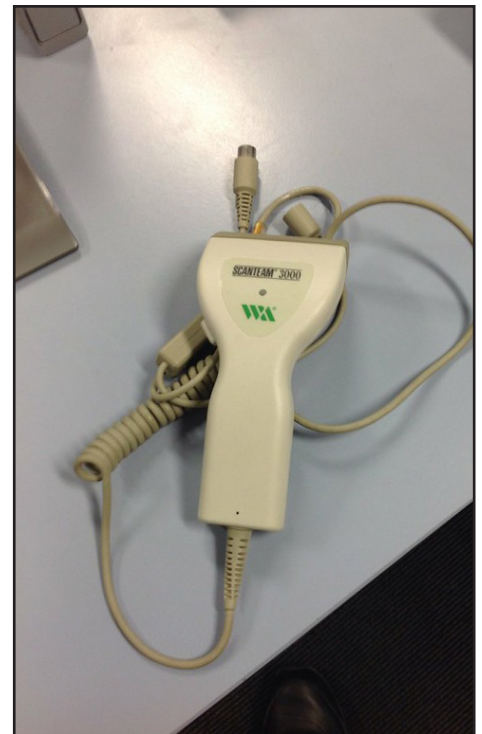
Sur le soutien de l'investissement dans les établissements de santé

Le CPER 2021-2027 bénéficiera très largement de l'apport du Ségur de la santé. Ainsi outre les reprises de dette et le soutien aux investissements structurants évoqués plus haut, la région Pays de la Loire bénéficiera en 2021 et 2022 d'une enveloppe de 82 M€ pour soutenir l'investissement courant des établissements de santé (public et privé). Cette enveloppe sera mobilisée pour permettre l'achat ou le remplacement de matériel et d'équipements et la réalisation de petits travaux afin d'améliorer les conditions de travail et l'accueil des patients dans les établissements de santé. Les opérations retenues seront priorisées par la communauté médico-soignante des établissements de santé dans le cadre d'enveloppes préfléchées par l'Agence Régionale de Santé.

En outre l'Etat confirme dans le cadre du CPER son soutien à hauteur de 20 M€ à la création du

centre de cancérologie de la Sarthe, qui fédèrera les équipes oncologiques libérales et publiques sur un site unique en proximité immédiate du CHM. Il regroupera le CHM, le centre Jean Bernard et la clinique Victor Hugo. L'opération prévoit notamment la construction de plateaux techniques partagés et d'un bâtiment commun entre la clinique et le CHM.

La Région s'engage également, dans le cadre du CPER 2021-2027, à soutenir les équipements hospitaliers innovants dédiés aux soins à hauteur de 6 M€, en complément des 2 M€ déjà consacrés au titre du plan de relance.



Par ailleurs, La Région, mobilisera prioritairement ses crédits auprès des groupements hospitaliers de territoires (GHT) selon les deux axes suivants :

- Projets portés par des centres hospitaliers pour l'acquisition d'équipements de pointe de dimension régionale, uniques sur le territoire et bénéficiant à un large bassin de patientèle
- Projets permettant le développement des consultations avancées de certaines spécialités, de plateaux techniques d'imagerie et de biologie notamment, projets portés principalement par des groupements hospitaliers de territoire (GHT) et pour le compte des hôpitaux de proximité (gynécologie, ophtalmologie etc), pour contribuer à la lutte contre la désertification des spécialités de second recours.

Rendre effectif le droit à la santé



Le droit à la protection de la santé figure dans le préambule de la Constitution française. Bien qu'opposable, il n'est pourtant pas suffisamment effectif dès lors qu'on le confronte à la réalité de notre société. Face à ce constat, le Groupe VYV a choisi de porter l'ambition d'une santé accessible à tous et d'en faire sa raison d'agir.

Plus de 7 Français sur 10 ont déjà renoncé à se soigner au moins une fois

Selon une enquête Groupe VYV - Viavoice, réalisée en janvier 2023, le renoncement aux soins est devenu un véritable phénomène de société, touchant une grande partie de la population française. Certains publics apparaissent comme étant plus impactés, c'est le cas de presque la moitié des étudiants (49 %) et de 61 % des personnes vivant dans des zones rurales où les délais d'attente découragent le recours aux soins. 82 % de nos concitoyens constatent des inégalités dans l'accès aux soins et la moitié les qualifie même d'importantes.

À ces chiffres, il convient d'ajouter la toile de fond d'inquiétudes plus globales : un système de santé en crise, une urgence de relocalisation de certains médicaments, le vieillissement de la population, pour ne citer que celles-là.

Passer des constats aux solutions

Le socle de nos valeurs mutualistes qui fait de l'humanisme son point cardinal, nous appelle, comme il l'a toujours fait, à nous engager concrètement pour apporter de véritables réponses.

Le Groupe VYV, parce qu'il est un groupe de référence de santé et de protection sociale, souhaite donner plus d'impact à son action en proposant des solutions concrètes.

À travers une protection sociale de haut niveau, l'accès aux soins, le logement, l'accompagnement, le bien vieillir, le mieux-vivre son handicap, l'aidance ou encore la parentalité, le Groupe VYV entend agir sur tous les déterminants de santé. Prévenir, anticiper et rendre accessibles les soins médicaux de qualité à tous sont des conditions essentielles du droit à la santé.

Agir pour la santé, aux côtés de tous les acteurs engagés

En donnant à chacun les moyens d'agir sur ces déterminants (accès aux soins, alimentation, logement, prévention, activité physique...) nous encourageons nos concitoyens à devenir acteurs de leur santé. Mais parce que les déterminants relèvent aussi de choix sociétaux, nous entendons dans le même temps et avec la même énergie, pousser ces sujets sur la scène sociale. Ainsi, la question environnementale appelle de notre part des actions concrètes.

La prévoyance, grande oubliée des dispositifs sociaux, doit également trouver toute sa place dans la palette des réponses que nous devons apporter si nous voulons que la santé ne devienne pas le marqueur des inégalités de notre société.

Agir pour que chacun accède à la santé, c'est avant tout agir ensemble, aux côtés de tous les acteurs publics et privés de la santé et des solidarités, pour travailler à une performance solidaire pour le bien de tous.



Pour + d'informations, contactez-nous : relation.partenaire@groupe-vyv.fr

Découvrez nos actions pour une santé accessible à tous >



SANTÉ ASSURANCES & RETRAITE - SOINS & ACCOMPAGNEMENT - LOGEMENT

GRUPE
vyv

Pour une santé accessible à tous

ÉLÉMENTS DE SYNTHÈSE UD CGT MAYENNE

Cette 2^{ème} partie reprend le travail engagé par l'Union Départementale de la Mayenne dans le cadre du projet CGT en territoire porté par le Comité Régional. Cette photographie permet de figer un état des lieux et de construire des perspectives revendicatives répondant aux attentes des patients et professionnels de santé.

Éléments de synthèses

Lancée en septembre 2021, en Pays de la Loire par la CGT, la démarche de construction d'un plan de rupture a été confirmée par la conférence régionale de décembre 2021. Il s'agit de poursuivre la démarche engagée avec la construction d'un SRADDET CGT, en accentuant notre travail sur le territoire pour faire connaître les propositions de la CGT, auprès des militantes et militants, mais aussi auprès de la population.

Il s'agit donc de nous donner les outils pour engager les échanges avec la population, via des débats publics, des rencontres sur les marchés, des échanges dans les entreprises.

Le comité régional a acté de travailler en particulier sur les enjeux en matière d'accès à la santé. Pour cela, le territoire de la Mayenne, a été choisi pour servir de point d'appui, du fait de la situation particulièrement dégradée que nous y connaissons. Une fois terminé, ce travail pourra être élargi à l'ensemble de la Région.

Nous allons donc reprendre les différents éléments des derniers mois auxquels nous avons participé, réunions, rencontres, débats.

Un état des lieux est nécessaire pour bien appréhender l'ensemble du sujet.

Qu'il s'agisse de la médecine dite de ville (médecin généraliste ou spécialiste), du secteur hospitalier, public, privé, de la psychiatrie, médecine du travail.

On note une pénurie de professionnels de la santé et cela dans tous les domaines du monde médical.

L'offre de soins est inférieure à la moyenne nationale sur notre département, mais également en comparaison avec celle des Pays de la Loire.

A cela s'ajoute, la crise dans les hôpitaux de MAYENNE, LAVAL et dans une moindre mesure de CHATEAU GONTIER sur MAYENNE.

Il faut bien comprendre que la médecine de ville, ne peut être dissociée des hôpitaux ou cliniques.

Les déserts médicaux sont criants sur le nord du département. Avec des médecins proches de la retraite, qui poursuivent une activité après 65 ans, ou qui choisissent une nouvelle orientation.

Des villes qui tentent avec plus ou moins de réussite

d'attirer de nouveaux praticiens généralistes suite à des départs comme par exemple à EVRON. En 2023 le phénomène va encore s'accroître.

Les délais d'attente pour consultation, sont toujours aussi importants, tout comme la galère de trouver un nouveau médecin ou spécialiste en particulier pour les nouveaux arrivants.

En parallèle à cela des acteurs comme les ambulanciers, pompiers (SDIS) sont soumis à des rythmes de travail et d'interventions (nouveaux secteurs) qui bousculent des pratiques. Secteurs géographiques, distances, gardes. La télémédecine s'invite également dans le débat, encore faut-il savoir ce que ce terme désigne et comment l'appréhender, pour qui et pourquoi?

Des pharmaciens en souffrance, modification des secteurs de gardes et fermetures d'officines possibles.

Les déplacements de praticiens dans des zones désertiques par le biais de bus médicalisés pour certaines consultations (dentistes), sont également une éventualité.

Se pose ainsi toute l'attractivité de notre territoire et cela dans sa globalité.

Infrastructures

- ➔ Services publics dans leurs généralité
- ➔ Education, enseignement
- ➔ Formations
- ➔ Réseau Routier, Ferroviaire, dessertes (bus, cars)
- ➔ Déplacements
- ➔ Collectivités locales et territoriales
- ➔ Mise en concurrence des territoires
- ➔ Accès aux soins
- ➔ Accès à la culture
- ➔ La place de l'état et les pouvoirs qui en découlent
- ➔ La région
- ➔ La place du politique, les conséquences des décisions votées.

En ce qui concerne le secteur hospitalier

➔ Manque de praticiens, d'où fermeture de lits, services des urgences certains soirs, week-end, périodes de vacances.

➔ Réorganisation et rationalisation de l'offre de soins entre les hôpitaux de LAVAL et MAYENNE, mutualisation de secteurs notamment en chirurgie, voire en urgence, hôpitaux et polyclinique du Maine.

➔ Un état de dégradation de la psychiatrie continue. Prise en charge des urgences

➔ Pédiatrie et pédopsychiatrie.

➔ Dégradation du bâti et réhabilitation (CHL, CHNM pour la partie psychiatrie)

- ➔ Manque de personnel infirmier, aide-soignant.
- ➔ Dévalorisation du métier.
- ➔ Manque de reconnaissance.
- ➔ Etudiants, Formation, encadrement, accueil, logement,
- ➔ Attractivité, métier et territoire.
- ➔ Salaire.

- ➔ Pharmacies.
- ➔ Ambulanciers.
- ➔ Aide aux personnes.

- o La place des EHPAD, de l'accès à ceux-ci pour les personnes en situation de difficultés, en dépendance.
- o Le coût financier pour les résidents et familles.
- o Les structures, bâti.



Médecine dite de ville, spécialiste et autres

- ➔ Départ de médecins, manque d'anticipation pour pourvoir à ces départs.
- ➔ Non remplacement.
- ➔ Télémédecine.
- ➔ Difficultés de trouver un médecin généraliste, ou spécialistes...cardiologues.
- ➔ Délais d'attente pour consultation, long, trop long.
- ➔ Dentistes, Kinés, ophtalmologistes, dermatologues...
- ➔ Implantation de praticiens...
- ➔ Pôle santé.
- ➔ Cabinets infirmiers.

Médecine du travail

Avec le quinquennat de François Hollande celle-ci est dans une situation dramatique, par un manque de médecins, de personnel qualifié. Les visites de reprise après accident ou maladie professionnelle ou autre, ne sont pas assurées dans les délais. Les missions auprès des entreprises par le biais des institutions représentatives du personnel, ne sont pas assurées comme elles devraient l'être.

Face à cela vu l'ampleur de la situation, suite à tout un ensemble de décisions et d'orientations politiques et budgétaires votés par toutes les majorités de droite comme de gauche proche du président de la république de l'époque, une prise de conscience s'est développée autour du devenir du CHNM de Mayenne. Pour autant les députés, sénateurs mayennais qui ont participé par leurs votes et positions à la situation qui est la nôtre aujourd'hui, crient au scandale entourés des élus locaux écharpes autour du cou en première ligne lors des manifestations.

Conséquences

Création de l'association AUDACE (regroupement de citoyens) à l'initiative de syndicalistes (FO). Mobilisation importante de la population Mayennaise, manifestations, rassemblement pour la défense de l'hôpital. Une certaine difficulté pour les syndicats dans ce contexte particulier de se faire entendre et de trouver sa place. Dans ce cadre la CGT n'est pas restée sans voix. Diverses actions avaient commencé plus ou moins arrêté par manque d'investissements, de temps, de moyens. Depuis par l'impulsion du Comité Régional et de l'Union départementale de la MAYENNE, nous avons repris les initiatives qui devront déboucher sur des propositions d'actions et surtout les réaliser, notre département devant être un élément d'entraînement. Implication du collectif régional aménagement du territoire. Nous avons eu deux réunions sur le département de la Mayenne pour engager notre réflexion et avancer des propositions. Deux réunions se sont tenues également à la région avec le collectif aménagement du territoire pour impulser notre démarche.

Pour ce faire nous avons participé aux réunions sur le

livre blanc de la santé organisé par le Conseil départemental de la MAYENNE, ainsi qu'à la restitution de celui-ci. Nous sommes en attente des applications des premières dispositions.

Rencontre avec le Ministre de la Santé, lors de la venue du Président de la République en Mayenne.
Engagement du syndicat du Centre Hospitalier de LAVAL sur le rapport initié par le médiateur du Gouvernement sur la situation entre le CHNM et le CHL.
Rencontre avec celui-ci, l'ARS. Analyse du Syndicat sur ce rapport.

Rencontre avec Guillaume GAROT député PS de la MAYENNE, suite à la mise en place du groupe de travail à l'Assemblée Nationale. Proposition de loi déposée en commission et bloquée en séance suite au 49-3.
Depuis nouvelle démarche pour faire valoir leurs propositions principalement axées sur les déserts médicaux. Nous aurons également une rencontre avec des élus du Conseil Départemental.

Le livre blanc de la santé engagé par le Conseil Départemental.

Celui-ci, a donné des priorités d'actions à mener qui ont été dictées principalement par les professionnels de santé, politiques. Le citoyen n'a pas eu son mot à dire, car tout était fixé et dirigé par avance. Reste à savoir ce qu'il en ressortira pour les mois et années à venir.

La conséquence principale se trouvant dans le rapprochement pour ne pas dire la fusion entre le CHNM de MAYENNE et CHL de LAVAL.

Il nous revient donc à la CGT d'être un acteur majeur,

force de propositions sur notre territoire.

Pour avoir

- o Un service public de santé et d'action sociale de qualité, de proximité.
 - o Une médecine qui réponde aux besoins de la population.
 - o Assurer le financement de la sécurité sociale, pour aboutir à un « 100% sécu ».
 - o Revoir les dispositifs de formation des professionnels du secteur de la santé.
 - o Restaurer l'attractivité des métiers du sanitaire et du social.
 - o Renforcer l'attractivité du territoire.
- Il nous faut pour cela sensibiliser l'ensemble des salariés de tous les secteurs.
Sensibiliser la population des territoires.



ENJEUX ET PROPOSITIONS

Concernant cette dernière et 3ème partie nous démontrons que la CGT sait proposer en se mettant à l'offensive. Dans celle-ci nous faisons une large place à nos propositions. Ces dernières articulent celles du national avec celles de proximité.

1. Réorganiser le système de santé

1.a. Une pénurie de médecins ?

Pendant près de quinze ans, le nombre de médecins en formation a été divisé par deux pour atteindre un plancher inférieur à 4 000 diplômés par an, contre 8 000 au début des années 1980.

Si le nombre total de médecins a pu être maintenu en France ces dernières années, c'est seulement

grâce à l'apport de médecins formés à l'étranger. Aujourd'hui, 15 % seulement des candidats au concours de fin de première année obtiennent le droit de poursuivre leurs études. Notre pays ne manque pas de vocations, mais nombre de jeunes sont rejetés par le système, et certains d'entre eux partent à l'étranger faire leurs études.

Autre phénomène, l'augmentation du nombre de spécialistes exerçant en France. Il dépasse aujourd'hui celui des généralistes. Le nombre de généralistes exerçant vraiment une activité de médecin de famille est inférieur de moitié au nombre d'inscrits au Conseil de l'Ordre. On en compte au total à peine 50 000 et ils sont mal répartis sur le territoire. Pour suppléer au manque de médecins, une nouvelle profession, celle des infirmiers de pratique avancée (IPA) a été créée. L'urgence actuelle n'est pas de créer de nou-

veaux métiers mais bien de reconnaître à leur juste niveau les qualifications des infirmiers avec des grilles de rémunérations correspondantes dans le cadre d'un exercice pluriprofessionnel coordonné. C'est pourquoi la CGT refuse ces évolutions vers de nouveaux métiers « infirmiers » visant à pallier le problème de démographie médicale.

Proposition CGT

À ce titre, la CGT revendique la formation d'au moins 12 000 médecins par an. De plus, il est nécessaire de former proportionnellement plus de généralistes que de spécialistes afin de mieux répondre aux besoins d'une population vieillissante, atteinte de polyopathologies, pour laquelle l'objectif n'est plus de « guérir » mais de garder le meilleur état de santé possible, le plus longtemps possible.

En Mayenne le système de santé craque de partout, face à une population en complète déshérence, qu'il s'agisse de la médecine de ville généraliste ou spécialiste. Difficultés d'accès aux soins, délais d'attente important pour consultations. Impossibilité d'avoir un médecin traitant ou autres professionnels de santé comme dentistes, kinés, lorsque vous êtes nouvel arrivant ou bien lorsque ceux-ci cessent leur activité.

Afin de répondre à l'ensemble des demandes, besoins des patients et populations créer les conditions d'un maillage territorial efficace remplissant pleinement les enjeux de médecine de proximité. Pas un seul lieu (canton, intercommunalité, etc.) n'en doit être dépourvu.

1.b. Les déserts médicaux ne sont pas une fatalité

Les médecins sont de plus en plus concentrés dans les centres des grandes villes, tandis qu'ils désertent les campagnes et les banlieues. Dans certaines zones, impossible de trouver des spécialistes sauf ceux qui appliquent des dépassements d'honoraires. Cette situation limite l'accès aux soins, notamment pour les plus précaires. Les mesures « incitatives » proposées par les différents gouvernements depuis plus de vingt ans se sont avérées vaines. Les zones, déjà déficitaires à l'époque, le sont encore plus aujourd'hui !

Proposition CGT

Face à cette situation, la seule solution qui a montré son efficacité est de créer des postes de médecins salariés dans des structures d'exercice collectif dont la création doit être planifiée en fonction des besoins. En complément, comme cela a été fait pour les infirmiers depuis plusieurs années, le conventionnement par la Sécurité sociale des médecins qui souhaitent s'installer en libéral doit être conditionné à des indicateurs démographiques.

En Mayenne, les déserts médicaux sont d'une réalité criante, avec à l'intérieur du département des disparités entre le nord, le sud et entre les villes (MAYENNE, LAVAL, CHATEAU-GONTIER sur MAYENNE). La proximité d'ANGERS avec un CH Universitaire permet un rapprochement à Château-Gontier. Ce qui ne se réalise pas de façon identique en Mayenne avec le CHU de RENNES et celui du MANS. La Mayenne compte autour de 180 médecins généralistes et autour de 31 spécialisations situées près des trois principales villes. Cela ne répond pas aux besoins d'une population, notamment vieillissante, celle en difficulté sociale, sans parler de la néonatalité et infantine, pédopsychiatrie et psychiatrie.

Un rééquilibrage territorial est indispensable. La pénurie de médecins entraîne et facilite par opportunisme les politiques publiques, au service du capital, multipliant ainsi les déserts médicaux. Il faut sortir de cet engrenage, les besoins de santé ne sont pas une marchandise. Reprendre l'essence de ce qui a fondé notre Sécurité Sociale est la réponse à apporter.

1.c. Des centres de santé partout !

Aujourd'hui, moins de 10 % des jeunes médecins s'installent en cabinet libéral isolé, et en général, à un âge de plus en plus tardif (entre 35 et 40 ans). Les jeunes médecins aspirent à exercer en groupes pluriprofessionnels, et à être salariés – ou, en tout cas, à déléguer à un tiers la lourde gestion administrative de leur activité et de leur structure.

Proposition CGT

C'est pour cela qu'il faut encourager le développement de centres de santé pluriprofessionnels, dont la gestion peut être assurée par des établissements publics de santé, des collectivités locales, des structures coopératives ou des associations à but non lucratif. Dans ce cadre, le médecin et les autres professionnels de santé doivent être des salariés.



Attention : Ces centres de santé sont à distinguer des maisons de santé dans lesquelles les praticiens exercent en libéral et bénéficient d'un soutien public sans contrepartie sur la durée.

En Mayenne, nous dénombrons six maisons de santé, auxquelles il faut ajouter des pôles santé, cela afin d'attirer de nouveaux médecins, spécialistes, Kinés, infirmier (e. s), cela avec plus ou moins de réussite. Si cela peut répondre à une attente et un besoin réel, il est cependant à noter que des départs se produisent et que les arrivées prennent beaucoup de temps. C'est ainsi que fleurissent des banderoles à l'entrée des agglomérations « recherche médecin » et cela de façon désespérée.

Des véritables structures publiques appelées « centre de santé » sont une des solutions à leurs attractivités par un fonctionnement pluriprofessionnel.

1.d. Réparer la fracture ville-hôpital et organisation au niveau territorial

Historiquement, les mondes de la médecine « en ville » et de la médecine à l'hôpital se sont développés de manière parallèle sans véritable coordination, voire, parfois, en opposition. Mais la situation des services d'urgences, aujourd'hui catastrophique, a mis en lumière la nécessité d'une continuité entre la

ville et l'hôpital. En 2002, Jean-François Mattéi, alors ministre de la Santé, a mis fin à l'obligation, pour les médecins, de faire des gardes. Résultat : la fréquentation des urgences hospitalières a explosé. Elle était de 22 millions de passages en 2019 contre 12 millions de passages en 2012. Cette situation était prévisible au regard des expériences étrangères du même type. Certains politiques et médecins (qui sont d'ailleurs parfois les mêmes !) essaient de culpabiliser les patients qui « viendraient pour des bobos aux urgences » et ont même inventé le terme de « bobologie » : c'est inacceptable. Primo, les études montrent que les patients viennent aux urgences car ils ne peuvent plus obtenir une consultation dans la journée auprès de leur médecin traitant (quand ils en possèdent un). Donc, par défaut, ils se présentent aux urgences. Secundo, ils déclarent que même si le délai de prise en charge est de plusieurs heures, ils trouvent « tout » sur place, alors que leur médecin traitant, en cas de problème, va leur demander une radio ou une prise de sang, ce qui génère de nouveaux rendez-vous et déplacements difficiles à gérer.

Proposition CGT

Pour répondre à cette situation, l'organisation du système doit se faire au niveau territorial, entre l'hôpital et les centres de santé, soit en gestion directe (centre de santé géré par l'hôpital), soit de manière contractuelle (autre gestionnaire). De plus, Les médecins doivent avoir une activité mixte, ville et hôpital. Cela correspond à leurs aspirations et permet une gestion optimale des ressources humaines, notamment des spécialistes. Pour l'hôpital, cela exige, comme pour la ville, de sortir du financement à l'acte (T2A ou tarification à l'activité) pour passer à un financement forfaitaire sur la base d'objectifs de santé calibrés pour le territoire. L'hôpital et le réseau de centres de santé y généreraient l'offre de soin.

53 Union Départementale CGT Mayenne

En Mayenne, le système hospitalier est en souffrance, pour son personnel médical et pour les populations concernées. Cela se traduit par la fermeture régulière des urgences notamment de nuit et le week-end. L'ARS dans le cadre du regroupement hospitalier prône la fermeture programmée des urgences entre les trois hôpitaux du département, ou de les réguler entre eux. C'est également le transfert et l'abandon de spécialités, par exemple de Mayenne vers Laval. La remise en cause de la maternité, service de réanimation, ou soins de suite. L'objectif étant de tout centraliser sur Laval. Ce qui aurait pour conséquence d'éloigner encore plus la population de l'accès aux soins, d'accentuer la disparité dans le territoire.

La priorité est de garder les trois services d'urgences ainsi que les trois SMUR.

1.e. Hôpitaux et EHPAD : Maintenir la santé en dehors du domaine lucratif

La mise en place de la Sécurité sociale, en 1945, a laissé perdurer de nombreux éléments de l'ancien système : assurances complémentaires, médecine libérale, cliniques privées... Avant le tournant de la rigueur au début des années 1980, les progrès de la médecine, le développement d'hôpitaux publics modernes, notamment des CHU, a permis aux cliniques privées de proliférer dans l'ombre sans que personne ne s'en préoccupe. Mais au tournant des années 1990, des investisseurs ont racheté ces cliniques – comptant bien entendu sur la rentabilité de ces capitaux investis. Apparaissent alors aux yeux de tous les réalités d'un système à but lucratif : sélection des activités rentables, restructurations massives et concurrence avec le système public. Aujourd'hui, nous sommes face à de grands groupes dont certains ont des actionnaires qui domicilient leur siège dans un paradis fiscal et sont de véritables prédateurs. Par ailleurs, la crise du coronavirus a

montré la cupidité des groupes gérant des Ehpad, qui s'apprêtaient à verser des dividendes à leurs actionnaires plutôt que d'acheter du matériel de protection et embaucher du personnel.

Proposition CGT

Pour préserver l'offre de soins de ces dérives, le conventionnement par la Sécurité sociale doit être réservé aux structures publiques et privées à but non lucratif. Les établissements privés à but lucratif ne doivent plus bénéficier de l'argent de la Sécurité sociale pour financer leurs investissements. De plus, nous pourrions construire un grand service public de la santé et de l'action sociale reposant sur une articulation entre des établissements à statut public et des centres de santé, dont le personnel bénéficierait du statut de la fonction publique. Pour la CGT, la santé doit relever de l'État, car c'est un bien commun qu'il faut absolument préserver de la sphère marchande.

53 Union Départementale CGT Mayenne

La Mayenne dispose de 47 foyers logements et maisons de retraite publiques, de 12 maisons de retraites privé. Le département a la volonté de fermer les petites structures et d'effectuer des fusions comme entre l'EHPAD de Juvigné et celui de la Baconnière. Cela au détriment des personnes âgées contraintes de quitter leur environnement de vie familiale.

1.f. Renforcer et développer les hôpitaux de proximité

La stratégie des libéraux consiste à ouvrir le marché de la santé au capital. Pour cela, ils s'attaquent à l'épine dorsale du système public de santé, c'est-à-dire l'hôpital public. Cela explique pourquoi, depuis près de trente ans, nous assistons à la fermeture progressive des hôpitaux de proximité. Dans un premier temps, l'argument de la sécurité a été mis en avant sans aucune preuve. Aujourd'hui, c'est au tour de celui de la « pénurie médicale », sciemment organisée pour aboutir à ce résultat ! La nouvelle loi « Ma

santé 2022 » prévoit de transformer entre 300 et 500 hôpitaux de proximité en structures réservées aux personnes âgées sans aucun plateau technique. Les dernières maternités de proximité ferment pour concentrer les accouchements dans des énormes structures qui deviennent des « usines à bébé » de plus en plus éloignées. Les blocs opératoires sont fermés sous prétexte que leur faible activité porterait préjudice aux compétences des chirurgiens y exerçant. Cette activité est évaluée à l'aune du nombre d'actes pratiqués, alors qu'on sait bien que le critère du nombre d'interventions est le seul qui vaille. À l'heure du développement tous azimuts de l'ambulatoire, nous estimons que c'est au chirurgien de se déplacer pour opérer sur divers sites, et non au patient de faire des heures de transports pour atteindre des « usines à opérer ».

Proposition CGT

C'est pourquoi le maillage des hôpitaux de proximité doit être maintenu et développé et s'inscrire dans une logique d'aménagement du territoire. De plus, l'hôpital de proximité doit être un établissement doté d'un service d'urgences, d'une maternité de niveau 1, de services de médecine et de chirurgie, de services de soins de suite et de structures pour les personnes âgées (Ehpad, USLD). Il doit être en lien avec un réseau de centres de santé et la psychiatrie de secteur.

53
la cgt **Union Départementale**
CGT Mayenne

La Mayenne dispose de trois centres hospitaliers, Laval, Mayenne, Château-Gontier sur Mayenne, de la polyclinique du Maine, ainsi que de quatre hôpitaux locaux de proximité, auxquels sont intégrés des EHPAD. L'avenir de l'hôpital de Mayenne dans sa structure actuelle est menacé, notamment en ce qui concerne une partie de la chirurgie viscérale, orthopédie, traumatologie, la surveillance continue, la maternité. L'accès aux urgences régulièrement fermées à Laval et Mayenne la nuit, éloigne encore plus la population d'un accès aux

soins sur le territoire. De nombreux patients ne sont pas pris en charge sur le département, cela notamment par un manque de praticiens, médecins, spécialistes, anesthésistes. Alors que le CHNM de Mayenne dispose d'un outil de qualité adapté, le regroupement de l'offre de soins s'effectuera sur Laval. Mayenne devenant un hôpital de « seconde zone ».

Comme pour la médecine de proximité les enjeux d'aménagement du territoire doivent remettre, au centre, les hôpitaux répondant à tous types de population du monde rural à l'urbain.

1.g. Réinsuffler de la démocratie dans le système de santé

L'absence de démocratie dans le système de santé s'est aggravée avec la mise en place des agences régionales de santé (ARS). Le pilotage territorial du secteur de la santé peut être considéré comme une avancée. Mais la nouvelle configuration régionale a créé des entités qui ont la taille de certains pays européens, avec un éloignement des structures décisionnelles du terrain. La concentration des pouvoirs dans les mains du directeur général des ARS ne laisse quasiment aucune place à l'expression démocratique. L'absorption de structures de la Sécurité sociale a pour unique objectif de prendre le contrôle financier de cette institution, qui ne devient plus

qu'un payeur aveugle.

Proposition CGT

Il faut stopper ce processus et supprimer toutes les agences créées ces dernières années pour redonner la gestion de ces compétences à l'administration d'un véritable ministère de la Santé et de l'Action sociale. Dans ce cadre, nous pourrions rétablir les structures administratives déconcentrées de l'État dans les territoires, à l'image de ce qu'étaient les Ddass et les Drass. Des moyens et des pouvoirs décisionnels doivent être redonnés au niveau du territoire le plus pertinent, c'est-à-dire le département – la région ne restant qu'un niveau de coordination. La création de chambres territoriales de santé dans lesquelles siègeraient des élus, des représentants locaux des professionnels, des organisations syndicales de salariés, les organismes de Sécurité sociale et les services déconcentrés de l'État pourrait permettre de définir les besoins de la population du territoire et de faire des propositions en termes d'organisation et de moyens pour y répondre.

2. Maisons ou centres de santé ?

2.a. La fin d'un archétype

Les chiffres parlent d'eux-mêmes : moins de 10 % des jeunes médecins s'installent en libéral dans un cabi-



net isolé. En 2019, 61 % des médecins exerçaient en cabinets de groupe. Ces praticiens refusent d'être cantonnés à un exercice monotone et stéréotypé. Ils réclament une mixité d'exercice entre la ville et l'hôpital, ou d'autres activités comme la PMI ou des missions de santé publique. De plus, la féminisation de la profession a modifié son état d'esprit, avec une aspiration – y compris des jeunes hommes – à un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle.

2.b. Des centres de santé contre les déserts médicaux et construire un maillage territorial

Un centre de santé est une structure pluriprofessionnelle qui salarie les soignants et les autres personnels. C'est sa différence fondamentale avec une maison de santé. Il est doté de personnels administratifs, salariés eux aussi, qui en assurent la gestion. Le salariat séduit de plus en plus les médecins. La féminisation du métier donne un autre éclairage au statut d'indépendant : combien sont celles qui se retrouvent dans la panade, sans protection, pendant leur congé maternité et, bien souvent, après ? Le salariat et ses solidarités anticipent ces événements, quand l'indépendance condamne à la solitude et à la débrouille individuelle.

Proposition CGT

La CGT propose d'organiser ces centres de santé en réseau sur le territoire, et de les rattacher à un hôpital de référence. Les salariés, mobiles sur ces structures, y bénéficieraient tous du statut de la fonction publique hospitalière.

Le maillage de l'ensemble du territoire avec de tels centres constitue la meilleure arme contre les déserts médicaux. Il permettrait de réguler la répartition des médecins sur le territoire, en créant des postes de fonctionnaires – pouvant être attractifs – là où le besoin s'en fait sentir, sans supprimer de manière brutale la liberté d'installation, ni s'inscrire dans une démarche punitive. Le centre de santé permet d'assurer la continuité du service public, et de gérer l'aménagement du territoire. Le département de Saône-

et-Loire, qui avait tout essayé pour attirer de jeunes médecins, a fini par créer un centre de santé départemental comptant 30 centres avec 55 médecins. Les candidatures sont aujourd'hui plus nombreuses que le nombre de postes disponibles. Les centres de santé ont d'autres atouts.

Les soignants n'ont pas à se préoccuper de la gestion administrative, et peuvent se consacrer entièrement au soin. Un centre de santé pourrait intégrer un plateau technique de radiologie ou de biologie, contrairement à une maison de santé, dont l'organisation individuelle des membres rendrait la gestion de ces gros équipements trop complexe. Si les médecins généralistes qui y exercent sont généralement à plein temps, les spécialistes sont souvent des consultants hospitaliers (en provenance de l'hôpital de référence du territoire) qui viennent sur des plages horaires dédiées en fonction des besoins. Le centre de santé peut parfois s'intégrer dans les mêmes locaux qu'un Ehpad. Il peut également accueillir dans le même bâtiment des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et des services sociaux. Il permet aux médecins d'exercer une activité mixte. Il peut par ailleurs être en lien avec un hôpital local ou une structure d'hébergement pour personnes âgées, pour lequel il assure la permanence médicale. Enfin, le centre de santé, en renforçant organiquement les liens entre médecine de ville et médecine hospitalière, permettrait de faciliter la résolution du problème du dossier médical partagé.



Union Départementale CGT Mayenne

Sur la Mayenne des centres, pôles, ou maison de santé sont créés par le biais notamment des intercommunalités qui attribuent différentes formes de subventions. Cela regroupe plusieurs praticiens tels que (médecins, infirmiers (e.s), kinés, dermatologue) ou autres permanences ponctuelles de spécialistes. Cela n'empêche cependant pas que certains Pôles ou Maisons de Santé ont des locaux vacants du fait d'un manque d'attractivité du territoire. La création

de poste d'Infirmier, infirmière en pratique avancée ne doit pas priver les patients d'une consultation avec le médecin traitant.

Des expériences réussies sur d'autres départements, comme la Saône-et-Loire et au Pays Basque, doivent servir à celui de la Mayenne.

Annexe

Le lobby des médecins libéraux, dont la culture est marquée par un fétichisme du statut d'indépendant, est le premier opposant au développement des centres de santé. Le salariat constituerait une atteinte à leur liberté. Ils militent activement contre le développement de tels centres. Mais de quelle liberté parle-t-on ? Celle de s'installer où bon leur semble sans se préoccuper des besoins de la population qui a payé leur formation avec ses impôts ? La liberté de faire des dépassements d'honoraires car ils n'ont pas su négocier avec l'assurance maladie un mode de rémunération correspondant à une bonne qualité d'exercice ? Le deuxième frein est le mode de financement actuel, qui repose sur le paiement à l'acte. Il ne correspond pas à la prise en charge de patients atteints de maladies chroniques, qui ont besoin d'une prise en charge par différents professionnels, et non d'une consultation de dix minutes suivie d'une longue liste de prescriptions. Seul un financement global, négocié annuellement en fonction de l'activité constatée, est réaliste. Les besoins sont très différents en fonction des territoires, et il faut que le financement de la structure prenne en compte ces réalités diverses. Dans la bataille qu'elle mène depuis de nombreuses années pour le développement des centres de santé, la CGT a marqué des points. Dans son plan santé 2022, Emmanuel Macron s'est résolu à créer 400 postes de médecins salariés dans les zones déficitaires. Ce n'est qu'un début, continuons le combat !

3. Télémédecine : Docteur Jekyll et Mister Hyde

3.a. Le contact humain indispensable au soin

Une innovation technique n'est ni bonne ni mauvaise en soi. C'est son application qui en fait un progrès ou la rend dangereuse. La télé-médecine répond typiquement à cette problématique. Aujourd'hui, sous la pression financière, certains imaginent une évolution de notre système de soins dans lequel la machine permettrait de fermer des structures de proximité et de supprimer du personnel. Cette vision doit être combattue. Elle est en contradiction avec la pratique même de la médecine, avec le fameux « colloque singulier », la « rencontre d'une confiance et d'une conscience », le face-à-face physique entre le soignant et le patient, essentiel pour pouvoir comprendre ce dont il souffre et trouver avec lui les meilleures solutions pour le soulager. Chaque cas est particulier. Au-delà des protocoles standardisés qui constituent des guides, des adaptations individuelles sont le propre même du travail de médecin. Son efficacité ne repose pas sur la seule technique. La composante humaine et compassionnelle est essentielle.

Mais l'appât des gains de productivité permis par ces avancées mène aussi à de fausses routes. Les évolutions récentes dans le domaine de la radiologie sont à cet égard éclairantes.

3.b. Un grand pas pour l'homme ?

La télé-médecine contient potentiellement de grands progrès pour l'humanité. L'utilisation des moyens de communication modernes autorise aujourd'hui le suivi à distance de patients porteurs de pacemakers ou de patients diabétiques traités avec des pompes à insuline. Cette surveillance à distance permet un suivi plus rapproché des patients avec des interventions plus précoces afin de détecter des anomalies et/ou d'adapter le traitement. Ces techniques débouchent sur une amélioration du suivi du patient.

Proposition CGT

Autre exemple, elle pourrait aussi améliorer la prise en charge des résidents dans les Ehpad. La revendication de la présence d'une infirmière 24 heures sur 24 et de médecins salariés dans les établissements a pour but d'assurer un suivi adapté de personnes de plus en plus lourdement dépendantes,

évitant ainsi des hospitalisations inutiles. Encore une fois, la télétransmission, notamment de résultats d'examen, pourrait être utile. La présence d'un infirmier la nuit complétée par des moyens techniques permettrait la réalisation d'un électrocardiogramme ou d'examen sanguins simples avec des appareils de petite taille et des manipulations basiques. Ces examens pourraient être transmis au Samu ou à l'établissement hospitalier de référence pour décider du transfert ou non de la personne à l'hôpital, et lui éviter ainsi un déplacement fatigant et inutile aux urgences.

53 Union Départementale CGT Mayenne

En Mayenne la télé-médecine n'est qu'à ses balbutiements. Répond-t-elle à une attente d'une population déjà fragilisée par un désert médical? Pas certain. Un contact humain est primordial et indispensable. La télé-médecine ne peut être qu'un appoint et s'effectuer qu'avec la présence d'infirmier(e.s) formé(e.s) à cet effet, ainsi qu'une étape vers une consultation physique.

Il faudrait plutôt la remplacer par des présences ponctuelles dans des structures médicales adaptées, celle-ci n'étant qu'un palliatif sans remplacer, dans le temps, le suivi médical par des parcours de santé en prise direct avec les praticiens.

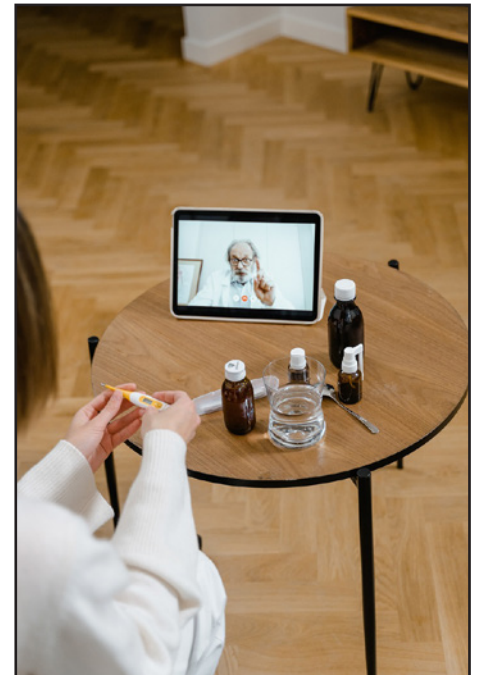
En ce qui concerne les EHPAD, si la télé-médecine peut être un apport, la réalité en Mayenne est que des structures ferment pour être regroupées. Nous assistons également à des fermetures de lits qui sont dues notamment à un manque de personnel qualifié ainsi qu'à des enjeux budgétaires. Encore faut-il dans le cadre de la télé-médecine avoir des médecins, des infirmiers formés à ces nouvelles pratiques.

3.c. Les progrès sanitaires, une affaire qui concerne les patients

Proposition CGT

Seule la médecine et l'amélioration de la prise en charge des patients doivent guider le progrès technique. Cet art reste avant tout une affaire de contact humain. Le corps humain n'est pas une machine que l'on répare lorsqu'elle dysfonctionne. Nous sommes de fervents partisans

de l'approche globale, prenant en compte les problèmes physiques, psychologiques et sociaux afin de pouvoir soigner efficacement, dans le cadre d'un parcours adapté. La technique doit constituer un moyen,



et non se soumettre à une fin économique. L'évolution des soins et des techniques n'est pas l'affaire des seuls professionnels. Patients et futurs patients doivent avoir leur mot à dire quant à la manière dont ils veulent être soignés. Il s'agit donc de réfléchir collectivement à une organisation de l'offre de soins où la technique permet de trouver des solutions, notamment aux problèmes d'éloignement des centres de référence. Il s'agit d'un enjeu politique majeur d'aménagement du territoire afin que chacun puisse vivre où il le souhaite en bénéficiant d'un environnement qui le lui permette.

53 Union Départementale CGT Mayenne

Le désert médical en Mayenne pénalise lourdement une population déjà fragilisée, globalement par un manque de médecins et par un service public médical qui n'assume plus sa véritable mission. Il est nécessaire que la médecine généraliste soit adossée à un pôle de santé, hôpitaux (Mayenne, Laval, Château-Gontier sur Mayenne), la Polyclinique du Maine, structures hospitalières de proximité. Au travers de la santé, c'est bien un aménagement du territoire dans sa globalité dont il est question. Les enjeux sont énormes, l'attractivité de notre territoire ne se décrète pas, elle se réalise.

Le groupe CGT au Conseil Economique Social Environnemental Régional (CESER) s'interroge sur les plans régionaux de santé, l'écosystème de santé en Pays de la Loire et quels défis pour la région ?

Pour le CESER, la feuille de route santé du Conseil Régional pourrait être l'occasion d'un lancement d'Etats Généraux de la Santé en Pays de Loire. Constatant le succès de la démarche de la région Centre Val de Loire face à la désertification médicale, le CESER Pays de la Loire propose au Conseil régional des Pays de la Loire d'avoir une démarche volontariste auprès de l'Etat en s'appuyant sur l'analyse du CESER.

Les personnels médicaux manquent dans les territoires ruraux comme urbains, les services d'urgences hospitalières sont saturés, et sont parfois amenés à fermer faute de personnels – comme à Laval cet automne, ce que rappelle le CESER. Des lits sont fermés pour la même raison, comme au CHU de Nantes. Les temps d'attentes aux urgences atteignent des sommets. Des situations d'urgence ne sont pas traitées avec des conséquences dramatiques. Au quotidien, les patients peinent à trouver des médecins traitants, et doivent patienter des mois pour obtenir des rendez-vous chez les spécialistes. Dans ce contexte, les personnels de santé sont épuisés, les démissions se multiplient. Le secteur médico-social vit la même situation.

La démographie médicale est gravissime. Certes, le nombre d'installation de médecins a augmenté entre 2016 et 2021 dans la région, mais 3 fois moins que la population. Ceci alors que les professionnels aspirent souvent, à raison, à une meilleure qualité de vie et à un temps de travail limité. Cette évolution démographique est d'autant plus grave que la population de personnes âgées augmente et va augmenter fortement dans notre Région.

Le budget du ministère de la santé reste inférieur de moitié à celui du ministère de l'intérieur, et 3 fois et demi inférieur à celui des armées.

Le coût de la santé par Ligérien est inférieur de 6 % à la moyenne nationale. En parallèle, alors qu'on connaît les dégâts de la tarification à l'acte dans le domaine de la santé, le gouvernement continue à la mettre en place dans le secteur médico-social.

Alors que le CESER souligne, par exemple, la coopération entre le CHU de Nantes, et les CH d'Ancenis et Châteaubriant, dans le cadre d'un groupement hospitalier de territoire (GHT), **la CGT rappelle son opposition à ces structures**. Les GHT ont été créés pour servir de base aux fusions d'établissements, à leur suppression, et à la mobilité des personnels sur le territoire, aux dépens de l'attractivité de métiers qui déjà peinaient à recruter. Et surtout aux dépens du service dû aux patients.

La CGT revendique donc leur suppression et la réaffirmation du rôle « pivot » de l'hôpital public, avec des hôpitaux de proximité offrant des services d'urgences 24h/24, une maternité, et une activité ambulatoire notamment. En particulier, elle conteste le départ de services de l'hôpital de Mayenne vers Laval.

La CGT n'est pas opposée par principe aux coopérations entre les établissements, telles qu'elles sont vantées par le CESER, mais reste très réservée sur les équipes communes. **Il s'agit bien de proposer au public un maximum de services à proximité de leur lieu de vie.**

La CGT dresse également le constat d'une répartition inéquitable des rôles entre les établissements publics et les établissements privés lucratifs, qui assurent les opérations les plus rentables, et se financent sur le dos des malades via des services onéreux, plus ou moins luxueux selon ce qu'ils pourront payer. **Elle revendique la nationalisation des établissements relevant du secteur privé lucratif.**



En conclusion

Le système de santé est en train de s'effondrer, et la population comme les professionnels en font les frais – la crise du coronavirus l'a d'ailleurs bien montré. Malgré la mobilisation du personnel à l'hôpital et dans les Ehpad, des morts auraient pu être évités si nous avions pu disposer d'une meilleure organisation et surtout de plus de moyens.

Il faut remettre le système de santé à plat autour de deux principes :

- Un service public dont le personnel est salarié sous le statut de la fonction publique hospitalière d'une part,
- Une répartition de l'offre de soins sur le territoire de l'autre.

Pour cela, il est nécessaire que l'État joue son rôle en termes de planification et d'aménagement du territoire. Depuis des années, avec la CGT, nous construisons des propositions : centres de santé, salariat des médecins, Sécurité sociale intégrale... Les idées taxées hier d'utopiques font aujourd'hui partie du débat politique. Dans les batailles locales, elles permettent de porter des alternatives aux politiques de fermetures, qui se concrétisent parfois.

Par exemple, dans la lutte contre la fermeture des urgences de l'hôpital de Pithiviers dans le Loiret, qui a déjà perdu ces dernières années sa maternité et son service de chirurgie, militants du comité de défense locale et syndicalistes avancent la proposition de renforcement d'un hôpital de proximité auquel seraient reliés des centres de santé.

Au Pays basque, nous sommes parvenus à transformer une clinique privée en établissement public de soin. À la fin de la bataille, même Michèle Alliot-Marie, élue locale Les Républicains, a été contrainte de saluer le retour d'une offre publique de soins sur son territoire. Faisons vivre ces propositions au sein de notre organisation et plus largement dans la société.

Glossaire des abréviations

ARS : Agence Régionale de Santé

CESER : Conseil Economique, Social et Environnemental Régional

CHL : Centre Hospitalier Laval

CHM : Centre Hospitalier Le Mans

CHNM : Centre Hospitalier Nord Mayenne

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CPER : Contrat de Plan Etat Région

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

IFSI : Institut de Formation aux Soins Infirmiers

IPA : Infirmier de Pratique Avancée

MSP : Maison de Santé Pluri professionnelle

PMI : Protection Maternelle et Infantile

SMUR : Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation

SRADDET : Schéma Régional d'Aménagement de Développement Durable et d'Egalité du Territoire

SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile

USLD : Unité de Soins de Longue Durée

Maquette et mise en page IMP UD CGT44,
impression août 2023 Imprimerie CGT UD44
Crédit photos Pixabay / Freepik / CGT





Crédit photo: Fotosearch - Graphix Obsession.

Votre organisation syndicale nous fait confiance, pourquoi pas vous ?

La Macif vous propose des solutions pour vous et votre famille : auto, habitation, santé, crédit...

Et aussi des solutions adaptées au monde de l'entreprise et des associations.

→ Pour plus d'informations : [macif.fr](https://www.macif.fr)



La Macif,
c'est **vous.**

Un crédit vous engage et doit être remboursé. Vérifiez vos capacités de remboursement avant de vous engager.



Les contrats santé distribués par la Macif sont assurés par une mutuelle régie par le Livre II du Code de la mutualité et adhérente à la Mutualité Française.

Les crédits à la consommation distribués par la MACIF sont des produits **SOCRAM BANQUE**, Société anonyme. Capital 70 000 000 €. RCS NIORT 682 014 865. Siège social : 2 rue du 24 février CS90000 79092 NIORT cedex 9. Mandataire d'assurance n° ORIAS 08044968 (www.orias.fr).

MACIF - MUTUELLE ASSURANCE DES COMMERÇANTS ET INDUSTRIELS DE FRANCE ET DES CADRES ET SALARIÉS DE L'INDUSTRIE ET DU COMMERCE. Société d'assurance mutuelle à cotisations variables. Entreprise régie par le Code des assurances. Siège social : 1 rue Jacques Vandier 79000 Niort. **Mandataire exclusif en opérations de banque et en services de paiement pour le compte de Socram Banque. N° Orias 13005670 (www.orias.fr)**