

L'accès aux soins en Tarn et Garonne

Où en sommes nous ?

Où allons nous ?

Pour être plus précis

- Le Tarn et Garonne est-il un désert médical ?
Risque-t-il de le devenir ?
- Service public hospitalier et médecine de ville,
deux mondes qui se sont trop longtemps
ignorés
- En quoi le projet de déplacement du Centre
Hospitalier de Montauban répond-il aux
problèmes actuels ?

Un rappel: les points faibles de notre système de santé

- Consommation excessive de tabac et d'alcool
>>> 75 000 décès prématurés évitables
- Des prescriptions inadéquates
>>> consommation excessive de médicaments
- Des difficultés croissantes à trouver un médecin (généraliste ou certains spécialistes)>>> rationnement par la file d'attente

Rappel (suite) les points faibles d'un système de santé (encore) parmi les meilleurs au monde

- **La crise des urgences**
- Le niveau des rémunérations hospitalières (public et privé)
- La crise de la psychiatrie
- La dépendance des personnes âgées (réponses et financement)

Particularités du Tarn et Garonne

- Densité de professionnels de santé et équipement hospitalier et médico-social: en dessous de la moyenne régionale
- La croissance de la population induit une croissance de la demande de soins d'environ 2% par an
- La proximité et l'attraction de la métropole toulousaine >>> un taux de « fuites » important

Pour bien comprendre le film

- Notre système de santé s'est construit en 3 temps
- 1) la lutte contre les « fléaux sociaux » : fin 19^e-début 20^e
- 2) les soins « de ville »: 1928-1945
- 3) l'hôpital : 1958

La lutte contre les « fléaux sociaux »

- De grands tueurs : épidémies (variolo, polio, ..) tuberculose, cancer, maladies mentales, maladies vénériennes, taudis, rachitisme infantile
- La gestion des outils : confiée aux collectivités locales (dispensaires) à la fin du 19^e siècle
- La France très en retard : l'exemple de la lutte anti tuberculeuse, conçue par la Fondation Rockefeller

La médecine de ville (et de campagne)

- Les options de 1945 (le programme du CNR ne dit à peu près rien sur la santé):
 - Les soins sont assurés par les médecins libéraux
 - Une double « régulation » ou « gouvernance »
 - Financière par les partenaires sociaux via l'Assurance Maladie
 - Fonctionnelle via les Préfets et surtout l'Ordre des médecins

L'Hôpital

- On n'y soigne que depuis la fin du XIXe siècle
- Les malades payants admis depuis 1941
- Une étape décisive : les ordonnances Debré de 1958
 - Préparées par un Tarn et Garonnais, le Dr Aujaleu
 - Création des CHU (triple fonction : enseignement, soins, recherche)
 - Création de médecins hospitaliers à temps plein

La construction de notre système de santé

- En quelques décennies, on est passé de l'hôpital général de Louis XIV, chargé de garder ceux qu'on ne voulait pas trop voir, à l'Hôpital, vecteur des progrès médicaux, voire à « l'Hôpital entreprise » : une mue rapide et violente
- Cette construction s'est faite avec le minimum d'articulation avec la médecine de ville et le secteur libéral

Les crises

- Hôpital en crise et difficultés d'accès aux soins de ville, deux aspects de la crise de notre système de santé :
 - Crise de financement
 - Crise démographique

La crise du financement

- Les dépenses de santé augmentent plus vite que la richesse nationale (dans tous les pays)
- La France est déjà un des pays au monde qui dépensent le plus pour les soins (>11% du PIB)
- Or, en particulier à l'Hôpital, l'insatisfaction est générale: des rémunérations souvent clairement insuffisantes

Crise du financement

- La question politique:
 - Combien notre pays est-il disposé à dépenser pour se soigner ?
 - Qui paye et qui doit payer ?
 - Peut on contenir ces dépenses par des organisations plus efficaces ?
 - Si l'on veut éviter de vivre à crédit, sur quels postes de dépenses économiser pour financer la croissance de nos dépenses de santé ?

La crise démographique

- Le concept de désert médical est largement un leurre : il occulte une pénurie générale
- Mais renvoie à une désertification plus générale de certains territoires: des fermetures de services publics, perceptions, écoles mais aussi disparition des cafés, des commerces, des curés...

La crise de la démographie médicale

- La recherche de solutions nécessite d'en identifié les causes :
 - 1) les conséquences du numérus clausus qui se font encore sentir (baisse de 7% du nombre de généralistes entre 2010 et 2018)
 - 2) la réduction du temps de travail des médecins : même s'il n'y a jamais eu autant de médecins (226 000 au 1-01-2018), **le temps médical disponible a baissé alors que la demande de soins augmente**

Le rationnement par la file d'attente

- 44% des médecins généralistes refusent de prendre de nouveaux patients (Que choisir)
- 2,5 millions de français sont en recherche d'un médecin traitant

La panoplie des réponses

- A la question : comment pousser des médecins à s'installer dans les zones « peu denses »? un ensemble, qui se perfectionne régulièrement, de mesures techniques et financières (sans entrer dans les détails)
 - Orienter les étudiants
 - Des aides à l'installation
 - Un guichet unique pour bien informer les postulants

La panoplie des réponses (suite)

- Des réponses plus « structurelles »:
 - La « suppression » du numérus clausus à l'entrée dans les études médicales
 - Les assistants médicaux
 - Le développement de la télémédecine, téléconsultations et télé-expertises
 - L'exercice à temps partagé ou en salariat

Deux sujets qui bloquent

- Liberté absolue d'installation ou conventionnement sélectif ?
- Les délégations de tâches aux paramédicaux

Des résultats mitigés

- Pour ne pas dire décevants pour la Cour des Comptes : un effet d'aubaine ?
- Mais un « frémissement » avec le développement des MSP (maisons de santé pluriprofessionnelles)
 - 9 en Tarn et Garonne
 - La Dépêche du 11/12: inaugurations en Lomagne, à Lavit et Beaumont
 - Disparition de l'exercice isolé, préférence des jeunes médecins pour un exercice regroupé
 - Les arrivées compensent les départs ?

Le cas de Montauban

- Comme ailleurs
 - Crise aux urgences, croissance ininterrompue du nombre de passages
 - Tensions sur la médecine de ville
 - Difficultés des hôpitaux à recruter
 - Le chantier des Communautés Hospitalières de territoire (**territoire= département**): mutualiser des fonctions entre établissements pour gagner en productivité
 - **Nécessité permanente de travaux de modernisation**

Les établissements de santé sont, tous, face à un besoin permanent de travaux de modernisation

- Comment répondre à ce besoin ?
- Que penser, dans le cas du CH de Montauban, d'un projet de reconstruction sur un site nouveau ?

Rappel: l'offre hospitalière pour l'aire urbaine de Tarn et Garonne (108 000 habitants en 2014)

- Le Centre Hospitalier de Montauban 965 lits et places (2019)
 - Médecine : 210
 - Chirurgie : 64
 - Gynécologie obstétrique : 25
 - Moyen séjour (SSR):70
 - Psychiatrie (exclusivité): 343
 - Gériatrie dont EHPAD : 213

L'offre hospitalière privée

- Clinique du Pont de Chaume (280 lits et places, MCO)
 - pôles d'exclusivité : hémodialyse, cardiologie interventionnelle, médecine nucléaire, accélérateur de particules
- Clinique Croix Saint Michel (100 lits MCO)
- Clinique H.Cave (ORL et Ophtalmologie)
- **Collaboration croissante avec le secteur public sous diverses formes juridiques (GIE, Conventions..)**

Les projets

- Projet privé en cours de réalisation : le bloc de cardiologie interventionnelle du Pont de Chaume
- Projets publics
 - Sur le site de l’Arsenal (90 places d’EHPAD et 40 places d’USLD)
 - Besoin de 6500 à 7000 m², la ville propriétaire a bloqué 10 000m² dont la cession à l’Hôpital est en cours
 - L’Hôpital en réflexion sur son avenir: transfert ou rénovation sur site ?

Quelques chiffres pour alimenter la réflexion

- Site central: 9,6 ha (chapelle classée)
- Site de Capou: 6,1 ha
- Sur le site central, 3,6 ha bâtis au sol, soit une emprise de 40% environ (500 lits)
- 10% de locaux vides ou désaffectés
- Places des Parking autorisées : 452 (dont 182 réservés au personnel)
- Pm : le site central est chauffé à partir de l'usine d'incinération

Le problème du stationnement

- Stationnement compliqué, mal identifiable et insuffisant « depuis toujours »
- Quelques pistes:
 - Parking dédié sur une partie du site de l’Arsenal
 - Expropriation d’îlots à proximité (le long de la coulée verte)
 - Construction d’un parking aérien possible notamment le long de la rue Léon Cladel

L'Hôpital: réflexions sur l'existant

- Pas de vrai problème de place. Les locaux vacants ou qui vont se libérer semblent suffisants pour envisager les restructurations qui s'imposeront
- Le départ de l'IFSI (2020) va libérer 1500 m²
- Le projet EHPAD va libérer entre 2700 et 7000 m²
- PLU en vigueur:
 - Pas de limitation de l'emprise au sol constructible
 - Hauteur maximum: 21m
 - Une place de stationnement pour 2 chambres
 - Une place pour 50 m² de bureaux

Des questions préalables à se poser

- Avant une décision éventuelle de transfert du CH de Montauban
 - Qu'est-ce qu'on envisage de transférer, qu'est ce qu'on laisse sur les sites actuels, incidences sur le fonctionnement (transports par exemple) ?
 - Du privé est-il associé à cette opération ? et comment ?
 - Le territoire du Lot est-il informé ? Sera-t-il associé ? Et le CHU ?