

# COMMENT FAIRE FACE AUX DIFFICULTÉS ACTUELLES DE L'ACCÈS AUX SOINS

**UIAD - AMPHIS SANTE - MODULE 13 (2026)**

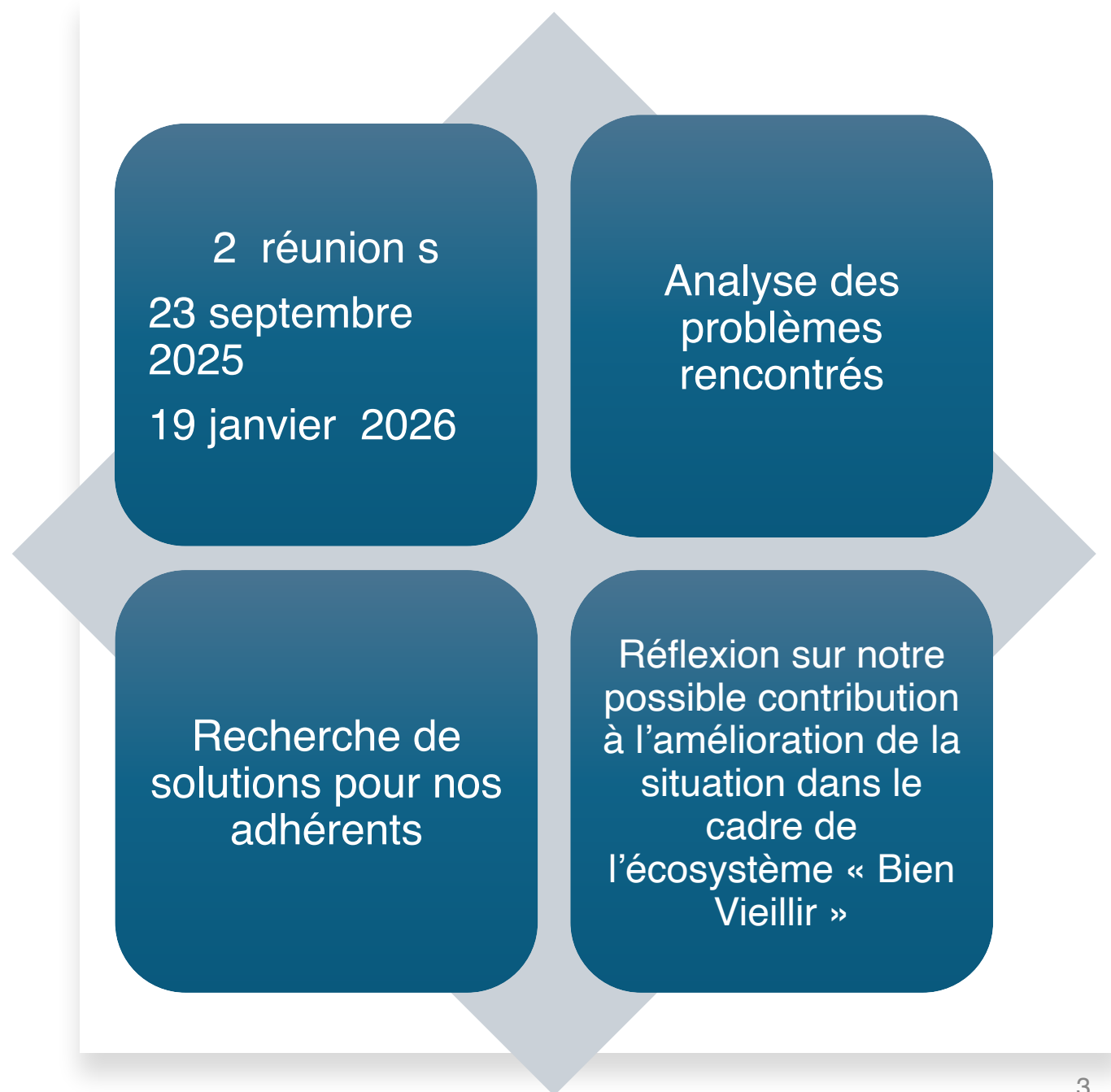
**Olivier ROUX, Alain FRANCO, Geneviève DAUDEL**



# Plan

- Comprendre
  - Les difficultés actuelles de l'accès au soin
  - Quelles mesures nationales en France, aux Pays Bas, au Portugal, au Danemark ?
- Agir
  - Action individuelle:
    - Institutionnelle
    - Personnelle
  - Action collective (à inventer) en mutualisant les besoins
    - Recours à l'écosystème Bien Vieillir et à la dynamique associative
    - Ex: Vaccinations collectives (Lab Santé, Prévax-Isère)
    - Ex: Dermato (La Mure)
    - Ex: Sport-santé (Grésivaudan)

# MR 38: Création d'un groupe de travail interne sur l'accès aux soins



# **Difficultés actuelles de l'accès aux soins en France**

- 1) un essai diagnostique de médecins retraités de MR 38

# LES CAUSES RELEVÉES

« avec les yeux de professionnels » (1)

- Cause princeps: **LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE**
- Causes sociologiques:
  - Féminisation chez les MG et les spécialistes
  - Mentalité administrative des médecins, horaires de travail...
  - Goût du temps libre
- Causes éthiques et déontologiques
  - Sélection des malades en amont des consultations;
  - Continuité des soins.

# LES CAUSES RELEVÉES

« avec les yeux de professionnels » (2)

- **L'évolution de la pratique médicale :**
  - Hyperspécialisation: perte de la polyvalence des médecins
  - Spécialités : radiologie et psychiatrie catastrophiques.
- **Des causes systémiques:**
  - État de sidération des médecins vs Assurance Maladie
  - Incidence Doctolib (et consort) désastreuse : manque de souplesse et réactivité nécessaire à l'accueil et à l'orientation des demandes de soins
  - Manque flagrant de secrétariats médicaux.
  - Difficultés variables pour les autres PS (infirmiers, kiné)


## LES CAUSES RELEVÉES

### « avec les yeux de professionnels (3)

- **Générales:**
  - **Fracture numérique:** difficulté prise de RDV, de suivi.
  - **Déshumanisation du système : exemples**
    - CHUGA : suivi médical par le biais d'une application.
    - Perte de chance du fait de l'aggravation des délais d'attente pour des pathologies urgentes (cancer).
  - **Tutelle administrative sur les médecins** dans l'exercice même de leur art.

# Difficultés actuelles de l'accès aux soins en France

2) Réponses de l'IA G Perplexity interrogée sur les causes générales  
par Olivier ROUX



## Tableau indicatif à partir des données 2023 (Doctolib, Fondation Jean-Jaurès)

Spécialité	Délai médian / moyen observé
Généraliste	3 jours
Pédiatre	7 jours
Dentiste	11 jours
Sage-femme	11 jours
Psychiatre	Jusqu'à 25 jours
Gynécologue	Jusqu'à 25 jours
Ophthalmologiste	25 jours (médian)
Dermatologue	36 jours (moyen)
Cardiologue	42 jours (moyen)



# Principales causes territoriales

- **Déserts médicaux** : 87% du territoire est concerné, soit près de six millions de Français sans médecin traitant, surtout dans les zones rurales ou périurbaines.
- **Allongement des délais de rendez-vous** : Attente parfois de plusieurs mois pour consulter un spécialiste.
- **Accès limité pour les populations isolées** : Ruralité, mobilité restreinte, coût des déplacements aggravent la difficulté d'accès aux soins.

# Facteurs sociaux et économiques

- **Inégalités sociales** : Les plus démunis, minorités ou personnes âgées subissent davantage de barrières, avec un recours aux urgences en augmentation faute de solutions alternatives
- **Obstacles administratifs et financiers** : Complexité des démarches, méconnaissance des droits (CMU-C, AME), reste à charge trop élevé ; 15% des adultes renoncent aux soins pour raisons financières.
- **Fracture numérique** : Dématérialisation des démarches de santé défavorise les publics peu connectés ou fragiles.

# Problèmes d'organisation du système de santé

- **Crise de l'hôpital public et engorgement des urgences** : Saturation des services hospitaliers et recours excessif au service d'urgence pour des pathologies non urgentes.
- **Pénurie de personnels soignants** : Démographie médicale insuffisante, vieillissement des médecins et effets du numerus clausus.
- **Dégradation des conditions de travail** : Les professionnels subissent des pressions, ce qui entraîne perte de sens, épuisement et démissions.



# Freins psychologiques et culturels

- **Méfiance envers les institutions** : Expériences de stigmatisation ou discrimination, différences culturelles dans la perception du soin, barrière linguistique pour les publics migrantes ou précaires.
- **Santé mentale** : Retards de diagnostic, manque de prise en charge et exclusion sociale accrus, notamment chez les jeunes.



# Spécificités pour les publics vulnérables

- **Personnes handicapées** : Manque de coordination des parcours de soins et retard dans le développement de la télémédecine, accentuant les inégalités.
- **Jeunes** : Victimes des difficultés d'accès en psychiatrie, aggravées par la crise de l'hôpital public et le manque de personnel spécialisé

**Quelles mesures  
nationales ont été prises  
depuis 2024 pour  
améliorer l'accès aux soins**

# Territorialisation et régulation de l'installation

- **Loi de juin 2025** : instauration d'une régulation de l'installation des médecins, surtout dans les zones sur-dotées.
  - Obligation pour les généralistes voulant s'installer en zone sur-dotée de consacrer du temps à une zone sous-dotée.
  - Pour les spécialistes, l'installation en zone bien dotée est soumise à des conditions (remplacement d'un confrère, exercice en zone sous-dotée, ou dérogation de l'ARS).
- **Renforcement du rôle des Départements** : coordination accrue pour l'installation et l'orientation des professionnels sur les territoires carencés.



# Formation et répartition des professionnels

- **Transparence et territorialisation des besoins** : meilleure prise en compte des besoins locaux pour déterminer les capacités de formation et répartition des étudiants en santé, notamment selon les départs en retraite dans chaque territoire.
- **Revalorisation des métiers intermédiaires** : rémunération augmentée pour les infirmiers en pratique avancée (IPA) et soutien aux pharmaciens d'officine dans la prise en charge des cas simples et l'orientation médicale.

# Optimisation du temps médical et coordination

- **Déploiement massif d'assistants médicaux** : objectif d'atteindre 10 000 assistants médicaux d'ici fin 2024 pour libérer du temps médical et augmenter les consultations.
- **Développement des maisons de santé pluriprofessionnelles et CPTS**: extension à 4 000 maisons et généralisation des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé pour une action coordonnée.
- **Équipement en outils innovants** : soutien à l'innovation dans les cabinets médicaux afin d'optimiser le parcours de soin et la gestion des flux.



# Accès direct et campagnes nationales

- **Déploiement de 100 medicobus** sur tout le territoire, ciblant les zones rurales ou isolées afin d'apporter des soins médicaux de proximité.
- **Service d'Accès aux Soins (SAS)** : couverture nationale par des dispositifs d'aiguillage et prise en charge rapide pour les soins non programmés ; accès simplifié via le numéro 15.
- **Carte interactive des lieux de soins** sur Santé.fr permettant à chacun de trouver rapidement une structure disponible pour des soins non urgents.



# Prévention et prise en charge spécifique

- **Bilans de prévention gratuits à des âges clés** (18-25, 45-50, 60-65, 70-75 ans), pris en charge à 100 % par l'Assurance Maladie depuis le 1er janvier 2024.
- **Meilleure couverture des publics vulnérables en outre-mer et extension de dispositifs sociaux** (complémentaire santé solidaire à Mayotte, extension des prestations familiales à Saint-Pierre-et-Miquelon).

# EXEMPLES D'AUTRES PAYS DE L'UE



# EXEMPLE D'AUTRES PAYS DE L'UE : HOLLANDE

- MG pivot.
  - Chaque habitant couvert.
  - Rôle de « gate-keeper » pour accès aux spécialistes.
- Organisation en cabinets et centres de soins primaires: pluriprofessionnels.
- Outils robustes de tri téléphonique et de télésanté pour les soins non programmés.
- Rémunération mixte (capitation, paiement à l'acte, forfaits).

# EXEMPLE D'AUTRES PAYS DE L'UE : PORTUGAL

- Unités locales de santé (Local Health Units)
- Intégration hôpitaux et centres de santé d'un même territoire, avec un pilotage unifié
- Family Health Units (FHUs) :
  - Équipes stables de médecine générale avec objectifs de performance (accès, prévention, suivi des maladies chroniques).
  - Rémunération partiellement liée aux résultats
  - Financements par capitation pour la population couverte

# EXEMPLE D'AUTRES PAYS DE L'UE : DANEMARK

- **Organisation territoriale:**
  - Municipalités et régions financées par l'impôt (block grants).
  - Médecins généralistes, sous contrat: porte d'entrée (gatekeeping) vers les spécialistes et l'hôpital.
- **Principe du reste à charge admis:**
  - dentaire, lunettes, aides auditives.
  - mais aussi des soins de longue durée et prestations paramédicales en ville (kiné, psychologue, etc.).
- **Assurances privées et protection financière souscrites par 40% de la population.**
- **Couverture publique # 100% de la population.**

Si je ne trouve pas de  
médecin ou de soignants je  
fais quoi ? Notamment si je  
suis vieux

# ACTION INDIVIDUELLE

- **Pas de panique.**
- Je peux attendre:
  - Bien sûr je peux attendre que les « autres » s'occupent de moi,
  - les « autorités », la « sécu », les « politiques », le « maire », « mes enfants » ,
- Mais je risque d'attendre longtemps .
- Donc je garde ma responsabilité et je m'engage pour moi même... ou pour les copains

# ACTIONS INDIVIDUELLE INSTITUTIONNELLE LOCALE

**Nombreuses mais souvent méconnues**

- Accès à mon SISRA pour les médecins.
- CPTS : nord Grésivaudan+++.  
Grenoble. Déploiement variable.  
Difficultés de contact. Solutions inconstantes.
- Hotlines CHUGA. Entre professionnels.
- CPAM6- AMELI : efficacité faible
- Ordre des Médecins : pas de réponse à la recherche d'un médecin traitant
- Centre 15 et SAS en appui pour l'urgence.
- MSP (maisons de santé pluridisciplinaire) : Échirolles, Montferrat, Corps.
- PASI (Point d'Accueil pour Soins Immédiats) : SOS Médecins/ clinique des Cèdres
- Cité BAYA et centres municipaux de santé de Grenoble



# ACTION PERSONNELLE (2)

- Carnets d'adresse
- Pharmacies : intérêt en dermato (téléconsultations), ophtalmologie
- IPA (infirmières de pratique avancée)
- Délégations de tâche (orthoptistes, audioprothésistes)
- Moteur de recherche, IA g

## ACTION I PERSONNELLE(3)

- J'agis pour « bien vieillir » :
  - je fais de la prévention des difficultés: soins dentaires et gingivaux, chaussage adapté et renouvelé, audition, vue, nutrition, exercices alliant résistance, endurance et souplesse, curiosité intellectuelle, formation tout au long de la vie, lecture, voyage, amis et vie affective, engagement social, mise en ordre et gestion financière et patrimoniale, transmission vers les jeunes et intergénérationnelle, accueil d'un étudiant, ...
  - je traite tout début de dépression
  - Je veille à mettre à jour mon immunité par les vaccinations
  - je ne néglige pas la réflexion existentielle et spirituelle



# Action collective: mutualiser les besoins

- Inventer des solutions dans un esprit de collaboration, de complémentarité, de subsidiarité
- Pas d'affrontements stériles et contreproductifs mais chercher à aider les soignants à faire mieux avec moins
- Organiser des actions collectives
- Aider à organiser l'amont de l'accès médical, prévention, dépistage, et l'aval du soin médical, surveillance, veille, accompagnement
- Recours à l'écosystème Bien Vieillir et à la dynamique associative



# Action collective: mutualiser les besoins

- **Vaccinations individuelles et collectives**

(Lab Santé, Prévax-Isère, Grenoble et Baya, D38).

- Vraie ou fausse bonne idée ?
- Intervention Julie CHARVET (Cité Baya)



# Action collective: mutualiser les besoins

- **Dermato**
  - Indispensable, systématique, utile, rentable chez les aînés.
  - Utilisation de la télémédecine.
- Un pilote prometteur à La Mure
- Intervention de MR 38



# Action collective: mutualiser les besoins

- **Aide à l'orientation:**

- vers le soin à domicile, la Résidence Autonomie, l'Ehpad, la famille d'accueil ...

- **Aide aux aidants**

)



# Action collective: mutualiser les besoins

- **Exercice, Sport-santé** Dr. Alain ATTARD
  - Le meilleur traitement préventif toutes catégories pour un Bon Vieillissement.

# En guise de conclusion

- Réflexion territoriale par les intéressés (professions de santé/élus/ patients) et non administrative
- Garder une appétence pour la médecine générale
- Retour à une humanisation du système
  - Carence de l'enseignement de la déontologie lors de la formation des étudiants
  - Remettre de l'humain dans la relation médecin/patient à côté de la technicité
- Poser le problème de la juste rémunération de l'acte médical
  - Charges trop lourdes pour avoir des secrétariats en MG
  - Investissement en matériel (spécialistes).
- **L'État peut-il encore assumer une protection sociale universelle:**
  - Panier de soins
  - Risque(?)ou évolution naturelle vers un système à deux vitesses ?