



16ème législature

Question N° : 3199	De M. Hubert Brigand (Les Républicains - Côte-d'Or)	Question écrite
Ministère interrogé > Santé et prévention		Ministère attributaire > Santé et prévention
Rubrique > santé	Tête d'analyse >Fracture sanitaire de l'accès aux soins	Analyse > Fracture sanitaire de l'accès aux soins.
Question publiée au JO le : 15/11/2022 Réponse publiée au JO le : 17/01/2023 page : 486		

Texte de la question

M. Hubert Brigand appelle l'attention de M. le ministre de la santé et de la prévention sur la fracture sanitaire dont sont victimes les habitants de la Côte-d'Or notamment dans sa circonscription. En effet, si ce constat est malheureusement bien connu depuis longtemps, une récente étude de l'UFC-Que Choisir, montre ainsi que dans son département, il est particulièrement difficile de consulter un médecin généraliste ou des spécialistes (gynécologues, pédiatres et ophtalmologues) lorsqu'on considère à la fois la dimension géographique et financière de l'accès aux soins. Par exemple, si 27 % des habitants de la Côte-d'Or vivent dans un désert médical lorsqu'il s'agit d'accéder à un ophtalmologue, en prenant en compte uniquement ceux qui ne pratiquent pas de dépassements d'honoraires (ceux en secteur 1), le chiffre monte à 56,5 %. Alors que cette fracture sanitaire concerne toutes les spécialités et qu'elle ne se limite pas au département de la Côte-d'Or il lui demande de bien vouloir lui indiquer comment il entend agir pour permettre d'établir un véritable accès aux soins pour tous et notamment pour les habitants des territoires ruraux.

Texte de la réponse

L'accès aux soins a été une priorité gouvernementale dès 2017, avec le lancement du plan d'accès aux soins, comportant une large palette de solutions, adaptables à chaque contexte local, car la réponse aux difficultés démographiques n'est pas unique : actions au niveau de la formation des professionnels (soutien à la réalisation des stages ambulatoires pour faire découvrir la pratique et « donner envie » d'exercer dans ces territoires), actions sur l'attractivité de l'exercice (développement des maisons de santé pluri-professionnelles, centres de santé pluri-professionnels, communautés professionnelles territoriales de santé...), ou encore recours aux transferts de compétences via des protocoles, développement de la télésanté... Ce plan a été renforcé par la stratégie « Ma Santé 2022 », avec des dispositions à effet de court terme, comme la création de postes d'assistants médicaux, pour seconder et appuyer les médecins dans un ensemble de tâches administratives et soignantes. Le Ségur de la santé lancé en juillet 2020 a mis l'accent sur le déploiement de l'exercice coordonné et le recours à la télésanté. L'enjeu aujourd'hui, dans un contexte démographique tendu, sachant que les bénéficiaires de la fin du numérus clausus ne se feront sentir que dans une dizaine d'années, est bien de mobiliser tous les leviers existants pour trouver du temps médical et augmenter l'attractivité du territoire. Certaines solutions doivent être accélérées dans leur déploiement : c'est le cas notamment des assistants médicaux, dont la cible a été portée à 10 000 à l'horizon 2025. Les gains estimés étant de 10% de patients en plus du fait du temps médical gagné. L'accent doit être mis aussi sur le déploiement de l'exercice coordonné sous toutes ses formes, levier majeur pour attirer les professionnels de santé et les fixer, y compris dans les zones les plus fragiles. C'est bien un des enjeux du conseil national de la refondation



en santé : mettre autour de la table professionnels, patients et élus pour trouver ensemble les solutions les plus adaptées aux besoins des territoires et des populations, en levant les freins et en mobilisant les leviers existants. Différentes mesures sont aussi en place pour agir sur l'accès financier aux soins : pour les assurés les plus fragiles, la complémentaire santé solidaire prémunit d'ores et déjà de tout reste à charge sur les consultations médicales, puisque les professionnels de santé ne peuvent leur opposer de dépassements d'honoraires, hormis en cas d'exigence particulière de leur part. Par ailleurs, dans le cadre de la convention liant l'assurance maladie et les médecins, des dispositifs destinés à modérer les dépassements (option de pratique tarifaire maîtrisée - OPTAM) ont été mis en place ; ceux-ci montrent leurs effets : alors que les dépassements d'honoraires progressaient de presque 2 points par an à la fin des années 2000, ils baissent de 1 point par an en moyenne depuis 2012.