



ASSEMBLÉE NATIONALE

16ème législature

Déserts médicaux en Île-de-France, notamment à Créteil et dans le Val-de-Marne

Question écrite n° 4037

Texte de la question

Mme Clémence Guetté interroge M. le ministre de la santé et de la prévention sur la situation des déserts médicaux en France et particulièrement en région francilienne. Au début du mois de novembre 2022, l'association de consommateurs UFC-Que choisir a publié une carte interactive de la fracture sanitaire en France. Grâce à cette carte, il est possible de voir si l'accès de chacun à quatre types de professions médicales (généralistes, ophtalmologues, gynécologues et pédiatres) est inférieur ou supérieur à la moyenne. Cette carte permet aussi de vérifier les dépassements d'honoraires pratiqués par ces médecins. Pour une ville comme Créteil, qui compte pourtant plusieurs hôpitaux, la carte est formelle : les Cristoliens et Cristoliennes sont dans un désert médical s'agissant des gynécologues et des ophtalmologistes pratiquant le tarif de la sécurité sociale. Pour les généralistes et les pédiatres, leur accès est également inférieur à la moyenne. Et il en va de même pour tout le Val-de-Marne : la majeure partie des villes ont un accès inférieur à la moyenne pour accéder à des médecins pratiquant des tarifs de secteur 1. Le droit à la santé est un droit universel, qui sous-entend que chacun, où qu'il se trouve et sans condition de revenus, puisse avoir accès à des soins de qualité. Aujourd'hui, on remarque que même dans des départements aussi densément peuplés que le Val-de-Marne, la population fait face à des déserts médicaux et est obligée de passer par des médecins pratiquant un dépassement d'honoraires si elle veut être soignée. Le droit à la santé semble donc tomber de plus en plus dans une logique financière : l'hôpital devient une entreprise comme une autre, les patients sont des clients qui doivent payer pour être soignés. Le maillage du territoire avec des médecins pratiquant le tarif de la sécurité sociale est urgent. Elle l'interroge donc sur ce que le Gouvernement compte entreprendre afin de pallier ces déserts médicaux et permettre l'accès pour toutes et tous à des soins de qualité ne nécessitant aucun surcoût.

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 sous toutes ses formes 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 de santé, 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 mises 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.

Données clés

Auteur : [Mme Clémence Guetté](#)

Circonscription : Val-de-Marne (2^e circonscription) - La France insoumise - Nouvelle Union Populaire écologique et sociale

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 4037

Rubrique : Médecine

Ministère interrogé : Santé et prévention

Ministère attributaire : Santé et prévention

Date(s) clé(s)

Question publiée au JO le : [13 décembre 2022](#), page 6189

Réponse publiée au JO le : [17 janvier 2023](#), page 484