

Analyse du rapport sur l'égal accès aux soins (dit Rapport VIGIER)

La question de l'accès aux soins revient régulièrement sur le devant de la scène. Sur l'exercice 2017-2018, ce sont ainsi la Cour des comptes et le CESE qui s'y sont intéressés avant que la commission VIGIER ne vienne à son tour rendre un rapport. Du point de vue méthodologique, ce rapport s'appuie sur une compilation de données et d'auditions (experts, acteurs, usagers du système de santé).

Ledit rapport part d'un bilan : il existe des difficultés d'accès aux soins et elles s'aggravent sur l'ensemble du territoire. Pourquoi ?

- Manque de médecins
- Une répartition territoriale des médecins marquée par son inégalité
- Echec des politiques publiques mises en œuvre pour lutter contre la désertification médicale...

Ce bilan reprend des constats déjà partagés par les acteurs du terrain depuis longtemps. La cour des comptes, dans son rapport sur l'avenir de l'assurance maladie de novembre 2017¹ stigmatisait déjà « un immobilisme persistant dans la rationalisation des soins de ville », « un renoncement croissant à la restructuration de l'hôpital », « des modes de régulation en échec » marqués par une répartition de l'offre de soins défectueuse, et notamment une « aggravation des disparités territoriales, résultat de l'absence de volonté politique »². La Cour estime que « si la démographie des professions de santé est globalement en hausse, les choix géographiques d'installation en soins de ville ne sont en rien corrélés aux besoins objectivés de soins ni à des caractéristiques socio démographiques ».

A la lecture du rapport VIGIER, outre les mauvais choix politiques depuis 30 ans dont le numerus clausus, les français sont confrontés à

- des délais d'attente trop longs pour obtenir un rdv, y compris pour des examens rendus obligatoires par la législation sociale pour les assurés souhaitant se voir reconnaître une maladie professionnelle
- l'impossibilité de trouver un médecin en dehors des horaires standards (les obligeant à prendre des congés pour se soigner),
- des refus de prendre des nouveaux patients de la part de médecins dans les zones confrontées à la désertification médicale
- à leur propre vieillissement (et partant à la recrudescence des besoins liés à la dépendance) ainsi qu'à celui des médecins (et partant à la problématique liée à leur non remplacement automatique).

La cour des comptes avait stigmatisé des mesures correctrices qu'elle jugeait notoirement insuffisantes et essentiellement incitatives. Elle proposait de réguler les installations en soins de ville et exposait 2 scénarios à cet effet :

- l'extension du conventionnement sélectif à toutes les professions de santé, et plus particulièrement les médecins, dans l'ensemble des zones les mieux dotées
- elle privilégie toutefois le recours au conventionnement individuel généralisé à l'ensemble du territoire³

Quand Mme BUZYN dit que « les très mauvaises décisions prises par les gouvernements successifs ont abouti à la catastrophe que nous connaissons aujourd'hui », elle a à la fois raison et tort :

- elle a raison car sont bien les gouvernements et les parlementaires qui ont pris les décisions
- elle a raison car ces décisions ont été prises sur la base de prismae erronés : maîtriser les dépenses de santé, maîtriser les prescriptions, maîtriser les effectifs

¹ https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2017-11/20171129-rapport-avenir-assurance-maladie_0.pdf

² Selon la cour des comptes, « la répartition des professionnels de santé libéraux sur le territoire constitue un enjeu majeur d'accès aux soins et d'efficacité du système de santé » (p115).

³ Cour des comptes, Rapport sur l'avenir de l'assurance maladie – P126-127

Analyse du rapport sur l'égal accès aux soins (dit Rapport VIGIER)

- elle a tort car ce sont peut-être au final les médecins qui eux-mêmes ont créé cette situation. En effet, la démographie des membres des gouvernements et de l'assemblée fait ressortir une surreprésentation des médecins dans leurs rangs, ce ne sont pas des ouvriers ou des employés ou des chefs d'entreprises qui ont influencé et pris les décisions. La retranscription de l'examen en commission dudit rapport va dans ce sens. Le rapporteur reconnaît, suite à l'intervention d'un médecin parlementaire défendant sa profession, que des efforts rédactionnels avaient été faits pourtant pour que « chacun s'y retrouve » (sous-entendu pour ne pas froisser les professionnels ciblés)
- elle a ensuite tort car les discours des syndicats de médecins ont participé, voire souhaité peut-être, une situation de pénurie pour se créer une situation de rente au détriment des patients (le cas du syndicat récemment créé par les médecins intérimaires dans le grand ouest pour toucher des indemnités supérieures).

Après avoir constaté que les autres professionnels de santé sont moins concernés, le rapport porte des propositions visant à améliorer l'accès aux soins. Pour l'essentiel, il s'agit de préconisations reprises dans le rapport du CESE, le rapport de la Cour des comptes ou portées par le Conseil de l'Ordre :

- **1 et 2 – Augmenter le nombre de médecins**
 - **1- Inscrire au tableau de l'Ordre des médecins tout médecin titulaire d'un diplôme étranger qui exerce en France.** Mesure surprenante dans la mesure où le rapporteur indique plus tôt que le niveau de formation en France est supérieur, que la formation à l'étranger n'est pas aussi exigeante sans apporter de base concrète ou objective à cette remarque. Mais l'attaque la plus vive à l'égard des médecins étrangers est faite lors de l'examen en commission au cours duquel un parlementaire a indiqué que *« ces médecins étrangers exercent aujourd'hui à l'hôpital, où ils sont encadrés. S'ils passent dans le secteur libéral, il n'y aura plus de contrôle, et cela peut être un danger pour les patients si leurs capacités n'ont pas été vérifiées. »*
Une discrimination « qualité » selon les modalités d'installation n'est pas acceptable en termes de santé publique : si des vérifications de connaissances médicales sont estimées nécessaires pour intégrer le secteur public, alors favoriser l'installation en libéral sans période probatoire n'a pas de sens en termes de qualité. C'est contradictoire.
En tout état de cause, une inscription obligatoire aurait le mérite de faciliter l'appréhension des ressources médicales disponibles.
 - **2 - Exonérer de toute cotisation retraite, sans condition de plafond de revenu annuel, les médecins exerçant en situation de cumul emploi-retraite dans les zones en tension.** Dans un système de protection sociale fondé sur la solidarité, on ne cotise pas pour soi mais pour les inactifs. Le médecin qui continue à cotiser sans ouvrir de droit personnel est dans la même situation que d'autres retraités. La majoration des revenus de ces médecins provient tout simplement de l'activité. Et le rapport constate en parallèle que les avantages fiscaux ne sont pas forcément efficaces. L'argent ne semble pas être le cœur du problème. La mesure proposée est contradictoire avec le constat.
- **3 - Créer un statut de « médecin assistant de territoire ».** Cette mesure est présentée comme étant portée par le conseil de l'ordre. Pour autant, c'est un statut de plus, dont on n'imagine pas vraiment que cela satisferait mieux les aspirations de jeunes médecins et favoriserait leur installation en libéral, plus vite que le remplacement ou l'exercice en tant que salarié. Ça favoriserait le papillonnage ? La contrepartie en avantages sociaux et conventionnels est plus que floue : en quoi apporte-t-elle une simplification ?
- **4 - Substituer un régime déclaratif au régime d'autorisation de l'exercice en qualité de médecin adjoint ou remplaçant.** Pourquoi pas ?

Analyse du rapport sur l'égal accès aux soins (dit Rapport VIGIER)

- **5 - Créer un statut de médecin volant intervenant en renfort des médecins installés en zones sous-denses.** Le médecin volant percevra une rémunération à l'acte et pourra exercer en même temps que le médecin généraliste qu'il vient remplacer. A voir s'il s'agit d'un statut de plus ou d'un statut à la place d'un autre.

6 - Revaloriser le tarif de la consultation chez l'ensemble des médecins généralistes établis en zone sous dense pour le porter de 25 à 25[€]. Si ça supprime tous les contrats, aides etc. de l'assurance maladie, de l'Etat, des collectivités territoriales, c'est une simplification administrative de façade. Mais ça ne répond pas au fait, qu'en zone sous dense, les médecins n'ont pas de problèmes de revenus. L'impact sur les assurés sociaux lui n'est pas mesuré : avec une prise en charge à 65%, la différence de reste à charge n'est pas négligeable et peut pousser à aller consulter plus loin., ou engendrer de nouvelles difficultés d'accès aux soins.

Outre le fait qu'une telle mesure risquerait de dissuader les patients les plus précaires, elle pourrait faire naître des revendications auprès des autres médecins, tant les généralistes des autres zones que les spécialistes des zones sous denses. Le rapporteur explique qu'il envisage cette hausse sur le long terme pour éviter les effets d'aubaines, prenant l'exemple concret d'un médecin ayant déménagé d'une rue pour retourner en zone de revitalisation rurale et bénéficier des avantages associés.

- **7 - Permettre à tous les professionnels de santé d'avoir accès aux informations dont ils ont besoin au sein du dossier médical partagé, en recourant à des codes cryptés avec des modes dégradés permettant une différenciation des modalités de consultation par catégorie de professionnels.** Proposition surprenante au premier abord dans un rapport sur l'égal accès aux soins.

Surcomplexification technique inutile d'un DMP dont la vocation est de justement favoriser la coordination des soins, Le site officiel du DMP rappelle à juste titre qu'on y dépose ce qui est nécessaire à la coordination des soins et qu'il est à ce titre consultable, avec l'accord du patient par les professionnels de santé qui le prennent en charge.

- **8 à 11 – Etendre les compétences des professionnels de santé pour utiliser et valoriser les compétences, et sortir d'un système médico centré.** En première lecture, l'idée est intéressante car elle est centrée sur le besoin de santé des patients. D'aucuns diraient que C'est du bon sens permettant aux médecins de dégager du véritable temps médical disponible et permettant aux autres professionnels de santé d'aller jusqu'au bout de leurs soins et de leur formation. Et de regretter que le médecin reste toujours le prescripteur de tout.

En seconde lecture, avec un prisme différent, l'idée peut inquiéter. Comme l'a signalé la députée Agnès FIRMIN LE BODO lors de l'examen en commission : *« pour répondre, à un instant T, à un manque de médecins, on fait glisser les tâches d'une profession à l'autre. Mais dans quelques années, normalement, on devrait retrouver un niveau normal. Sera-t-on capable de refaire glisser les tâches ? Et dans vingt ans ? [...] Comment faire pour ne pas aller trop loin ? Parce que le retour de balancier risque d'être très problématique. »*

- **12 et 13 - Monter en puissance les communautés professionnelles territoriales de santé.** Le rapporteur explique que la CPTS est la mise en réseau public privé, avec l'objectif de décroiser l'hôpital et la ville. Le principe de réalité semble toutefois devoir laisser dubitatif tant les obstacles sont nombreux, à commencer par les différences de salaires.

Plus avant, si le prisme retenu est celui de l'aménagement du territoire, il faut saluer ces propositions qui créent de l'emploi en campagne. Reste que le rapport le met en avant : les projets

Analyse du rapport sur l'égal accès aux soins (dit Rapport VIGIER)

qui marchent sont ceux construits par les professionnels eux-mêmes de sorte que l'ambition d'un maillage intégral en 2 ans relève de l'optimisme (pour ne pas dire du rêve).

En tout état de cause, cela interroge sur le rôle et les compétences de l'Etat et des collectivités territoriales quant à l'aménagement du territoire.

- **14 et 15 - Développer la télémédecine**, notamment via une intégration de la téléconsultation au sein de la régulation et en renforçant le rôle des professionnels de santé non médicaux. Le développement de la télémédecine est également préconisé par le CESE et apparaît dans la COG maladie. Les exemples suisses sont régulièrement mis en avant sans pour autant que les données fournies ne permettent de comparer les situations : y a-t-il les mêmes ratios médecins/patients en Suisse et en France ? Des déserts médicaux existent-ils en Suisse ? Existe-t-il un parcours de soins coordonné, un médecin traitant, des délais d'attente importants pour accéder à certaines spécialités ? Le doute quant à la faisabilité à court terme demeure en revanche s'agissant du développement d'une nomenclature dédiée en raison du temps de construction d'une CCAM.
- **16 - Supprimer les agences régionales de santé (ARS) et les remplacer par des directions départementales de la santé publique, placées sous l'autorité du préfet.** Le rapport va ici plus loin que le CESE qui en décembre 2017 préconisait de repositionner les ARS comme échelon de pilotage opérationnel des structures regroupées via notamment un rôle de coordination des acteurs et la simplification du cahier des charges pour la création des lieux d'exercice regroupé⁴. Le rapporteur indique que l'audition de Mme BUZYN a fait comprendre à la commission que « *la vision technocratique et de contrôle l'emporte sur la vision stratégique de santé d'un territoire* ». Au final, il faut se demander si ce n'est pas une nouvelle illustration du « faire et défaire » appliqué aux ARS, lesquelles n'ont pas réussi à trouver leur place dans l'ancien maillage territorial. Les grandes régions accentuent l'éloignement du terrain dont souffrent les ARS. Retravailler la cohérence entre les départements et les territoires de santé qui les transcendent pourrait être une piste opportune.
Force Ouvrière s'opposait à la création des ARS. Pour autant, la proposition n'est pas réjouissante dès lors que la solution proposée revient à remplacer les ARS par des Directions Départementales de la Santé, placées sous l'autorité du Préfet, ce qui constituerait une étatisation de notre système de santé, et la fin programmée de l'assurance maladie.
- **17 : Transformer les groupements hospitaliers de territoire en « groupements de santé de territoire » regroupant l'ensemble des acteurs publics et privés du système de santé, au sein d'une organisation commune, et en définissant une stratégie de santé à partir des territoires.** En raisonnant en territoire de santé, la proposition peut paraître opportune.
- **18 : Développer les consultations avancées en supprimant les obstacles juridiques et financiers relatifs à la réalisation de ces consultations avancées (simplifier l'exercice multi-sites, notamment pour les médecins exerçant au sein d'une société d'exercice libéral, supprimer les obstacles fiscaux, clarifier le cadre financier applicable aux consultations avancées entre établissements sanitaires)**
- **19 : Modifier le statut des praticiens hospitaliers pour permettre à l'exercice mixte entre la ville et l'hôpital de rentrer dans le droit commun, et déployer cet exercice mixte dans les deux prochaines années sur tout le territoire.** Point de vigilance : attention aux disparités tarifaires pour les assurés sociaux.
- **20 - Conserver au niveau national les ECN et adapter en fonction de besoins anticipés au niveau régional.** Cette mesure permettrait d'endiguer le phénomène de fuite en faveur des régions les

⁴ https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2017/2017_27_deserts_medicaux.pdf

Analyse du rapport sur l'égal accès aux soins (dit Rapport VIGIER)

mieux dotées observé aujourd'hui et de permettre aux étudiants en médecine de bâtir leur projet professionnel, et donc leur projet de vie, plus amont que ce n'est aujourd'hui le cas. Pour autant, si cela peut favoriser des choix régionaux, l'incertitude demeure quant au lieu d'installation du diplômé.

- **21 : favoriser un déploiement maximal du dispositif du contrat d'engagement de service public (CESP).** L'argent n'étant pas au cœur de la question d'un emménagement en zone sous dense où on a une clientèle nombreuse. Est-ce nécessaire ? Le rapport peine à envisager un caractère obligatoire à cet engagement, alors même que d'autres professions (ex les infirmières) doivent passer par un engagement hospitalier. Ce dispositif, s'il était intégré au cursus pourrait de plus favoriser l'accompagnement des jeunes médecins à exercer en libéral, et à connaître les contraintes et avantages d'un exercice libéral.
- Et on ne voit pas en quoi ça résout les questions de nombre.
-
- **22 : réformer la première année commune des études de santé (PACES) en s'inspirant de l'un des dispositifs alternatifs en cours d'expérimentation (« Alter-PACES », « PluriPASS ») et en faisant en sorte que la sélection soit moins « mathématisée » et davantage « médicalisée ». La sélection organisée pour accéder aux études de médecine doit être moins « mathématisée » et davantage « médicalisée ».** L'idée semble bonne.
- **23 : substituer au *numerus clausus* un « *numerus apertus régionalisé* », c'est-à-dire un nombre minimal de places en études médicales.** Il s'agit là d'un levier d'action dont les effets ne pourraient être mesurés qu'après un temps de latence. Mais pourquoi ne pas supprimer le *numerus clausus* ?
- **24 - développer massivement les stages en dehors des centres hospitaliers universitaires (CHU).** Selon le rapporteur, cela revaloriserait la spécialité de médecine générale et attirerait des médecins dans les zones sous denses. Il s'appuie à cet égard sur les exemples japonais et norvégiens. Mais la proposition ne résout pas le problème du manque d'effectif dans les hôpitaux.
- **25 - confier des fonctions d'enseignement aux praticiens libéraux spécialistes, en les intégrant pleinement aux corps des enseignants.** Une proposition qui mériterait d'être plus détaillée et de s'appuyer sur les besoins : a-t-on besoin de plus de spécialistes ou de plus de généralistes ?
- **26 : généraliser les externats et internats ruraux.** Cela pose la question de l'encadrement et laisse supposer qu'il est suffisant dans les zones rurales
- **27 : étendre aux médecins les dispositifs de conventionnement sélectif.** Le CESE avait également préconisé pareille mesure, arguant qu'il « *appartient à l'Etat de commencer par sanctuariser son offre de soins sur les territoires sous denses* », y compris en prenant des mesures coercitives directement contraires à la liberté d'installation des médecins. Et d'ajouter que pour ne pas avoir à recourir à cela, il faudrait recourir au conventionnement sélectif⁵. Les médecins sont épargnés jusqu'à présent contrairement aux autres professionnels de santé. Peut être qu'il s'agit du seul moyen de concilier exercice libéral et accès aux soins et c'est d'ailleurs une proposition portée par Force Ouvrière dans son ouvrage sur la Défense de la Sécurité Sociale.

Au final, un rapport qui ne révolutionne rien de fondamental, d'autant que c'est le gouvernement qui garde la main. Et à cet égard, il ne faut pas oublier que les LFSS et la politique actuelle du gouvernement n'arrangent pas la situation.

⁵ CESE, *rapport sur les déserts médicaux* (2017). P19 à 21

Analyse du rapport sur l'égal accès aux soins (dit Rapport VIGIER)

S'agissant d'un rapport parlementaire, le manque de vision sur l'aménagement du territoire en fonction des besoins de santé des populations (à quoi veut-on que les populations accèdent à proximité de leur domicile, à 30 minutes, 1H. ?) peut décevoir : un rapport sur l'accès aux soins qui se limite à la démographie médicale offre une approche réductrice d'un problème suffisamment important pour avoir été traité par la Cour des Comptes et le CESE à quelques mois d'intervalle.

Comment les timides propositions qu'il contient seraient de nature à enrayer chez les professionnels de santé le mouvement général des populations du centre de la France vers les bords et les villes ?

Le rapport est très axé sur la population médicale dont l'omnipotence est maintenue sur la santé, malgré quelques propositions sur la délégation de tâches. Il reste très frileux sur une réelle répartition des tâches entre l'ensemble des professionnels de santé ou proches et encore pas tous : pas de vision par ex sur les orthoptistes et les opticiens alors qu'il y a une inégalité criante d'accès à l'ophtalmologie sur le territoire. Il encourage l'idée qu'en France seuls les médecins sont compétents pour soigner et en plus les médecins formés en France.

Enfin, la plupart des mesures étant censées revaloriser l'exercice libéral, les conséquences d'une réussite de celles-ci sur les hôpitaux ne sont pas mesurées ?

Pour autant, à comparer les 3 contributions (CESE, Cours des comptes, commission VIGIER), c'est peut être le CESE qui a l'approche la plus pragmatique. Il convient de s'interroger sur les motifs de non reprises de certaines de ses préconisations :

- Soumettre à l'évaluation les aides financières à l'installation. Il est ainsi regrettable que les médecins bénéficient de chèques en blancs émanant de diverses structures sans même avoir de compte à rendre aux collectivités, à l'assurance maladie, à l'Etat... Depuis 2017, l'assurance maladie verse ainsi 50000 euros sur 3 ans à chaque médecin installé. L'évaluation permettrait de supprimer celles qui sont porteuses d'un effet d'aubaine « excessif », de privilégier les aides « efficaces » et de demander aux médecins de rendre des comptes.
- Libérer du temps médical en incitant les médecins de secteur 1 à disposer d'une secrétaire médicale.e dans les zones sous denses. 7 médecins sur 10 en secteur 1 ne disposent pas d'un secrétariat médical.