



N° 4711

---

# ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

QUINZIÈME LÉGISLATURE

---

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 24 novembre 2021.

## RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES SUR LA PROPOSITION  
DE LOI *pour une **santé accessible à tous et contre la désertification médicale,***

PAR M. SÉBASTIEN JUMEL,

Député.

---

---

Voir le numéro : **4589.**



## SOMMAIRE

	Pages
<b>AVANT-PROPOS</b> .....	5
<b>I. LA DÉSERTIFICATION MÉDICALE : UN PHÉNOMÈNE EN AGGRAVATION ET CONDUISANT À UNE SITUATION SANITAIRE INQUIÉTANTE</b> .....	7
<b>A. UNE DÉSERTIFICATION MÉDICALE CROISSANTE EN LIEN AVEC UNE ÉVOLUTION DÉFAVORABLE DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE ET UNE RÉPARTITION INÉGALE DE L’OFFRE DE SOINS SUR LE TERRITOIRE</b> .....	7
1. Une démographie médicale en forte évolution .....	7
2. Une répartition territoriale très inégale de l’offre médicale.....	9
3. Sans action, les difficultés d’accès aux soins et les inégalités territoriales ne devraient pas s’améliorer rapidement .....	21
<b>B. EN CONSÉQUENCE, DES DIFFICULTÉS ACCRUES D’ACCÈS AUX SOINS SUR LE TERRITOIRE ET UNE SURCHARGE DE TRAVAIL POUR LES MÉDECINS</b> .....	24
1. Des difficultés d’accès aux soins touchant en priorité les personnes les plus pauvres .....	24
2. Des médecins qui ne peuvent plus accueillir de patients supplémentaires.....	25
3. Une surcharge de travail pour les médecins généralistes en zones sur-denses, qui conduit à limiter leurs activités de prévention .....	26
4. Des difficultés liées aux permanences de soins .....	28
<b>II. LE FAIBLE SUCCÈS DES MESURES MISES EN ŒUVRE POUR ENDIGUER LA DÉSERTIFICATION MÉDICALE APPELLE DÉSORMAIS À UNE RÉACTION RAPIDE ET D’AMPLEUR</b> .....	28
<b>A. UN EMPILEMENT DE MESURES POUR ESSAYER D’ENDIGUER LA DÉSERTIFICATION MÉDICALE</b> .....	28
<b>B. FACE À L’URGENCE DE LA SITUATION, LA NÉCESSITÉ D’UNE ACTION VOLONTARISTE ET AMBITIEUSE</b> .....	32
<b>COMMENTAIRE DES ARTICLES</b> .....	35
<i>Article 1<sup>er</sup></i> : Territorialisation des capacités d’accueil des universités .....	35

<i>Article 2</i> : Généralisation du contrat d'engagement de service public.....	43
<i>Article 3</i> : Instauration d'un conventionnement sélectif pour les médecins.....	49
<i>Article 4</i> : Renforcement du soutien des agences régionales de santé à la création et à la gestion des centres de santé par les collectivités territoriales.....	60
<i>Article 5</i> : Principe d'égal accès aux soins sur l'ensemble du territoire .....	69
<i>Article 6</i> : Élargissement des compétences des hôpitaux de proximité.....	74
<i>Article 7</i> : Gages financiers .....	79
<b>EXAMEN EN COMMISSION</b> .....	81
<b>ANNEXE 1 : TABLEAU COMPARATIF DE LA PROPORTION DE MÉDECINS LIBÉRAUX EN SECTEUR AUTORISÉ À PRATIQUER DES DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES ET DE LA DENSITÉ MÉDICALE PAR DÉPARTEMENT</b> .....	123
<b>ANNEXE 2 : LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES PAR LE RAPPORTEUR</b> .....	127
<b>ANNEXE 3 : TEXTES SUSCEPTIBLES D'ÊTRE ABROGÉS OU MODIFIÉS À L'OCCASION DE L'EXAMEN DE LA PROPOSITION DE LOI</b> .....	131

## AVANT-PROPOS

Selon les différentes études disponibles, il est établi que 11,6 % de la population française vit dans une zone sous-dotée en médecins généralistes <sup>(1)</sup>. Certaines analyses considèrent que dix millions de Français vivent à l'heure actuelle dans une zone dans laquelle l'accès aux soins est de qualité inférieure à la moyenne nationale <sup>(2)</sup>. Un même nombre de Français vit à plus de 30 minutes d'un service d'urgence. L'image d'Épinal selon laquelle un désert médical serait une zone rurale, isolée et dépeuplée est donc désormais totalement dépassée : une grande partie du territoire français, y compris au cœur des métropoles, est concernée par ce phénomène. L'accès au système de soins est de ce fait devenu une préoccupation majeure des Français : cette question s'est spontanément imposée et a été largement évoquée lors du Grand débat national en 2019, dans les cahiers citoyens, les contributions et les réunions, alors qu'elle ne figurait pas dans les sujets et thèmes proposés par le Gouvernement.

Ainsi, les « déserts médicaux », leur mesure, leur cartographie et les réponses structurelles à y apporter, font l'objet de débats réguliers, tant il s'agit d'un enjeu crucial pour nos concitoyens. La dernière proposition de loi <sup>(3)</sup> discutée sur ce sujet à l'Assemblée nationale était celle de M. Guillaume Garot en novembre 2019 <sup>(4)</sup>. Une commission d'enquête créée à l'Assemblée nationale avait en outre alerté dès 2018 sur l'urgence d'agir dans ce domaine <sup>(5)</sup>.

Ce sujet fait d'abord surgir d'importantes difficultés dans la définition des termes du débat, comme l'a souligné la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère des solidarités et de la santé en 2017 <sup>(6)</sup>. Il s'agit de définir plusieurs concepts complexes, et en premier lieu celui d'« **accès aux soins** », qui s'entend moins « *comme une possibilité dont on jouit que comme l'absence d'obstacles entravant la possibilité de recours* », sans qu'il n'existe de référence permettant de dire si un accès aux soins est « bon » ou

---

(1) Réponses de la direction générale de l'offre de soins et de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques à votre rapporteur, à partir des données CNAM, SNIIR-AM ; Insee, populations municipales ; distancier Metric ; calculs DREES.

(2) Association des maires ruraux de France, « Accès aux soins en milieu rural : la bombe à retardement ? », septembre 2021.

(3) D'autres propositions de loi sont régulièrement déposées, notamment au Sénat par M. Philippe Folliot en juin 2021 (<http://www.senat.fr/leg/exposes-des-motifs/pp120-681-expose.html>), et par M. Stéphane Sautarel et plusieurs de ses collègues, également en juin 2021 (<http://www.senat.fr/leg/pp120-675.pdf>).

(4) [https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/cion-soc/l15b2443\\_rapport-fond](https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/cion-soc/l15b2443_rapport-fond)

(5) Assemblée nationale, rapport fait au nom de la commission d'enquête sur l'égal accès aux soins des Français sur l'ensemble du territoire et sur l'efficacité des politiques publiques mises en œuvre pour lutter contre la désertification médicale en milieu rural et urbain, M. Alexandre Freschi, président, et M. Philippe Vigier, rapporteur, 19 juillet 2018.

[https://www2.assemblee-nationale.fr/15/autres-commissions/commissions-d-enquete/commission-d-enquete-sur-l-egal-acces-aux-soins-des-francais/\(block\)/48310](https://www2.assemblee-nationale.fr/15/autres-commissions/commissions-d-enquete/commission-d-enquete-sur-l-egal-acces-aux-soins-des-francais/(block)/48310)

(6) DREES, « Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ? », Les dossiers de la DREES, n° 17, mai 2017.

« mauvais » en soi. Le sujet de la désertification médicale analyse la question de l'accès aux soins principalement sous l'**angle spatial**, étant donné que la présence dans une zone rapprochée d'un professionnel de santé constitue une condition indispensable (même si non suffisante) d'accès aux soins. D'autres critères peuvent également être pris en compte, notamment les délais d'attente et les freins financiers liés à la pratique des dépassements d'honoraires.

À ce titre, le terme de « désert médical » apparaît certes comme une expression nécessairement réductrice, puisqu'il existe une gradation entre des territoires quasi-totalement déserts en termes de professionnels de santé et ceux qui sont les mieux pourvus. Toutefois, cette expression permet de caractériser des situations de plus en plus critiques pour certains territoires, qui voient leur offre médicale se raréfier. En effet, alors que l'accessibilité géographique aux infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et sages-femmes s'est améliorée entre 2016 et 2019, celle des médecins généralistes se dégrade (- 6 %) <sup>(1)</sup>. Cette situation entraîne des difficultés en cascades : renoncement aux soins, diminution de la prévention, risque d'apparition d'écart de l'espérance de vie.

Pourtant, **le droit aux soins et à la santé est garanti par tous les échelons normatifs**. Le Préambule de la Constitution de 1946, composante du bloc de constitutionnalité, précise que la Nation « *garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs* ». Sur ce fondement, en 1991, le Conseil constitutionnel reconnaît que les « *exigences de protection de la santé publique* » ont « *valeur constitutionnelle* » <sup>(2)</sup>. Dans le code de la santé publique (article L. 110-1), la protection de la santé est qualifiée de « *droit fondamental* » et il est fait obligation de le mettre en œuvre « *par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne* ». Le droit international, en particulier la Déclaration universelle des droits de l'Homme, le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels ou encore la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé, garantit également ce droit.

Pourtant, comme le résume un rapport du Sénat, « *depuis vingt ans, un écart croissant s'est créé entre le droit et le fait* » <sup>(3)</sup>. **Une aggravation des inégalités d'accès aux soins** est en effet constatée, touchant en priorité les personnes les plus fragiles économiquement. La pénurie de médecins généralistes peut largement être expliquée par la politique de régulation de l'offre médicale, en particulier le *numerus clausus* imposé à certaines professions médicales, notamment la médecine entre 1971 et 2020. Le Sénat parle à ce sujet d'une véritable « **bombe à retardement** » ; il importe que les pouvoirs publics s'emploient rapidement à la désamorcer.

---

(1) DREES, « *Les trois quarts des personnes les plus éloignées des professionnels de premier recours vivent dans des territoires ruraux* », *Études et Résultats* n° 1206, septembre 2021.

(2) C.C., n° 90-283 DC du 8 janvier 1991, *Loi relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme* (cons. n°15)

(3) Sénat, *rapport d'information fait au nom de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable par le groupe de travail sur les déserts médicaux, par MM. Hervé Maurey et Jean-François Longeot, sénateurs, 29 janvier 2020* (page 16).

L'objectif de la proposition de loi soumise par le groupe de la Gauche démocrate et républicaine (GDR) vise donc à formuler des propositions opérationnelles, sur le fondement des données issues de nombreux rapports et analyses, pour aller à l'encontre de ce phénomène et garantir rapidement à tous nos concitoyens un accès égalitaire aux soins. Pour cela, cet avant-propos vise à documenter, de la façon la plus actualisée et précise possible, le phénomène de désertification médicale (I) ainsi que les réponses, jusqu'ici insuffisantes, qui ont pu y être apportées (II).

## I. LA DÉSERTIFICATION MÉDICALE : UN PHÉNOMÈNE EN AGGRAVATION ET CONDUISANT À UNE SITUATION SANITAIRE INQUIÉTANTE

### A. UNE DÉSERTIFICATION MÉDICALE CROISSANTE EN LIEN AVEC UNE ÉVOLUTION DÉFAVORABLE DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE ET UNE RÉPARTITION INÉGALE DE L'OFFRE DE SOINS SUR LE TERRITOIRE

#### 1. Une démographie médicale en forte évolution

D'après la DREES <sup>(1)</sup>, en 2021, 214 200 médecins de moins de 70 ans sont en activité. Ces effectifs sont stables depuis 2012. Un pic a été atteint en 2016 avec un total de 216 000 médecins.

**Tableau 3** • Carte d'identité des médecins au 1<sup>er</sup> janvier 2021

Effectif au 1 <sup>er</sup> janvier 2021	214 224
dont généralistes	94 538
dont autres spécialistes	119 686
Part de femmes	50 %
Âge moyen	49,3 ans

Champ > Médecins actifs de moins de 70 ans, ayant au moins une activité en France métropolitaine ou dans les DOM.  
Source > Source > RPPS – exploitation DREES.

Source : DREES, 2021.

Toutefois, plusieurs évolutions démographiques importantes peuvent être notées. Celles-ci doivent être prises en compte pour assurer une offre de soins à la hauteur de la demande de la population.

D'abord, on constate une **baisse notable du nombre de médecins généralistes, compensée par une hausse du nombre de médecins spécialistes**. En 2021, 94 500 médecins généralistes et 120 000 spécialistes hors médecine générale sont en activité, notamment dans les domaines de la psychiatrie (près de 12 % des effectifs), la chirurgie (11 %) puis l'anesthésie et la réanimation (9 %). Ainsi, depuis 2012, le nombre de médecins généralistes a diminué de 5,6 %, alors que le nombre de spécialistes a augmenté de 6,4 %. La création de deux nouvelles spécialités en 2017 (médecine d'urgence et gériatrie) risque de faire diminuer un peu plus les effectifs de médecins généralistes.

(1) DREES, « *Quelle démographie médicale récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique* », Les dossiers de la DREES, n° 76, mars 2021.

Le *numerus clausus*, instauré en 1971 et supprimé en 2020, peut expliquer en partie cette situation <sup>(1)</sup>. En termes de nombre de médecins en exercice en proportion de la population, la France se situait en 2017 (avec 3,2 médecins pour 1 000 habitants) en dessous de la moyenne de l'OCDE (3,5) et très en dessous de l'Espagne (3,9), de l'Allemagne (4,3), de l'Autriche (5,2) et de la Grèce (6,1) <sup>(2)</sup>. Logiquement, la France était en 2017 l'un des États qui diplômait le moins d'étudiants en médecine (9,5 pour 100 000 habitants, contre 13,1 pour la moyenne de l'OCDE).

Ensuite, **les médecins sont en moyenne de plus en plus jeunes**. La moyenne d'âge des médecins actifs est de 49,3 ans en 2021, alors qu'elle était de 50,7 ans en 2012. En outre, alors qu'en 2012, 60 % des médecins avaient plus de 50 ans, ils ne sont aujourd'hui plus que 54 %. Ce constat s'explique, d'une part, par un nombre important de départs à la retraite entre 2012 et 2021 et, d'autre part, par l'augmentation du *numerus clausus* à partir des années 2000 permettant l'émergence d'une nouvelle génération plus massive de médecins. Toutefois, la France restait en 2017 l'un des pays de l'OCDE avec le plus fort taux de médecins âgés de plus de 55 ans, avec 45 %, contre 34 % pour la moyenne de l'OCDE et 29 % pour la Grèce et 15 % pour le Royaume-Uni par exemple <sup>(3)</sup>.

Ce rajeunissement se double d'une **féménisation** importante du métier de médecin. Alors que près des trois quarts des médecins âgés de 60 à 69 ans en 2012 étaient des hommes, les générations jeunes en 2012 et d'âge moyen (entre 40 et 50 ans) aujourd'hui sont paritaires et les nouvelles générations, âgées de moins de 40 ans aujourd'hui, sont majoritairement féminines. En 2021, 62 % des médecins de moins de 40 ans sont des femmes.

Troisième phénomène marquant, **l'exercice en libéral tend à être de moins en moins privilégié par les jeunes médecins**. En 2012, 109 000 médecins exerçaient en libéral exclusivement ; en 2021, ils ne sont plus que 93 000, soit une diminution de 15 %. Ainsi, majoritaires en 2012 (51 %), les médecins exclusivement libéraux ne représentent plus que 43 % des médecins aujourd'hui. Il faut toutefois noter que l'exercice libéral reste majoritaire en 2021 parmi les médecins, étant donné que 56 % d'entre eux ont une activité libérale (même si elle est cumulée dans plus de 20 % des cas avec une activité salariée). Cette situation s'explique par une forte montée en puissance de l'activité mixte, alliant libéral et salariat : le nombre de médecins pratiquant ce mode d'exercice a augmenté de 50 % entre 2012 et 2021, représentant aujourd'hui plus de 26 000 médecins. La DREES prévoit que l'exercice salarié ne va cesser de progresser dans les prochaines années chez les médecins. Ainsi, dès la fin de la décennie 2020, il y aurait davantage de médecins salariés que de médecins libéraux ou ayant un exercice mixte. À l'horizon 2050, la profession serait ainsi salariée à 55 %.

---

(1) Cf. commentaire de l'article 1<sup>er</sup> de la proposition de loi.

(2) Organisation de coopération et de développement économiques, *Panorama de la santé*, 2019 (page 175).

(3) Ibid. (page 177).

### Le revenu des médecins

En 2017, les médecins exerçant une activité libérale gagnent en moyenne près de 120 000 euros par an au titre de leur activité, dont un peu plus de 110 000 euros de revenu libéral. Les généralistes gagnent moins que leurs confrères d'autres spécialités (91 670 euros, contre 151 910 euros), et les spécialistes de secteur 2 plus que les spécialistes de secteur 1 (161 530 euros contre 144 030 euros).

Alors que le revenu des médecins spécialistes a été dynamique entre 2014 et 2017 (progressant de 2,2 %), celui des médecins généralistes n'a pas connu la même trajectoire (+ 1,7 %). Enfin, dans le secteur hospitalier public, le salaire net moyen en équivalent temps plein des personnels médicaux s'élève à 5 665 euros en 2018. Il a progressé de 1,8 % depuis 2017, contre 0,6 % pour l'ensemble des salariés des hôpitaux publics <sup>(1)</sup>.

## 2. Une répartition territoriale très inégale de l'offre médicale

- Une démographie médicale de plus en plus inégale sur le territoire

Cette évolution démographique se double d'une répartition toujours inégale de l'offre médicale sur le territoire. En effet, étant donné que le nombre de médecins stagne depuis 2012 et que la population française augmente, **la densité médicale ne cesse de diminuer, passant de 325 à 318 médecins pour 100 000 habitants.**

Étant donné la répartition démographique entre généralistes et spécialistes, la baisse de la densité médicale est particulièrement importante chez les premiers : elle passe ainsi de 153 pour 100 000 habitants en 2012 à 140 en 2021, affectant l'ensemble du territoire (à l'exception de la Bretagne). Cette dynamique se conjugue avec un creusement notable des inégalités entre les différents territoires. Ainsi, entre 2012 et 2021, le rapport entre la densité des 25 % de Français les mieux dotés et celle des 25 % les moins bien dotés est passé de 1,07 à 1,21. De plus, la part de population résidant dans une région dont la densité est inférieure de plus de 20 % à la moyenne nationale a progressé pour atteindre 4 % en 2021, contre 1 % en 2012.

La densité en médecins spécialistes a connu un mouvement inverse, en faisant plus que compenser l'augmentation de la population totale. La densité de médecins spécialistes augmente ainsi entre 2012 et 2021 de 172 à 178 médecins spécialistes pour 100 000 habitants. Cette progression a permis une diminution des inégalités régionales.

Ainsi, globalement, les médecins restent statistiquement plus concentrés que la population générale dans la moitié Sud de la France. La densité médicale est ainsi particulièrement forte en Provence-Alpes-Côte d'Azur (377 médecins pour 100 000 habitants). La région Île-de-France bénéficie également d'une densité médicale particulièrement forte, avec 354 médecins pour 100 000 habitants.

---

(1) DREES, « *Quelle démographie médicale récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique* », Les dossiers de la DREES, n° 76, mars 2021 (pages 15 et 16).

Les régions les moins bien dotées sont celles qui touchent l'Île-de-France, notamment les anciennes régions Picardie, Centre et Haute-Normandie. La densité médicale est ainsi sensiblement inférieure en Picardie (243 médecins pour 100 000 habitants) ou bien en Haute Normandie, avec une densité de 263 en 2021, contre 269 en 2012. Plus spécifiquement, la densité en médecins généralistes atteint 110 dans la région Centre, 116 en Picardie et 121 en Haute-Normandie, et a diminué dans chacune d'entre elles au cours de la dernière décennie, avec respectivement des densités de 130, 132 et 135 en 2012 dans ces trois régions.

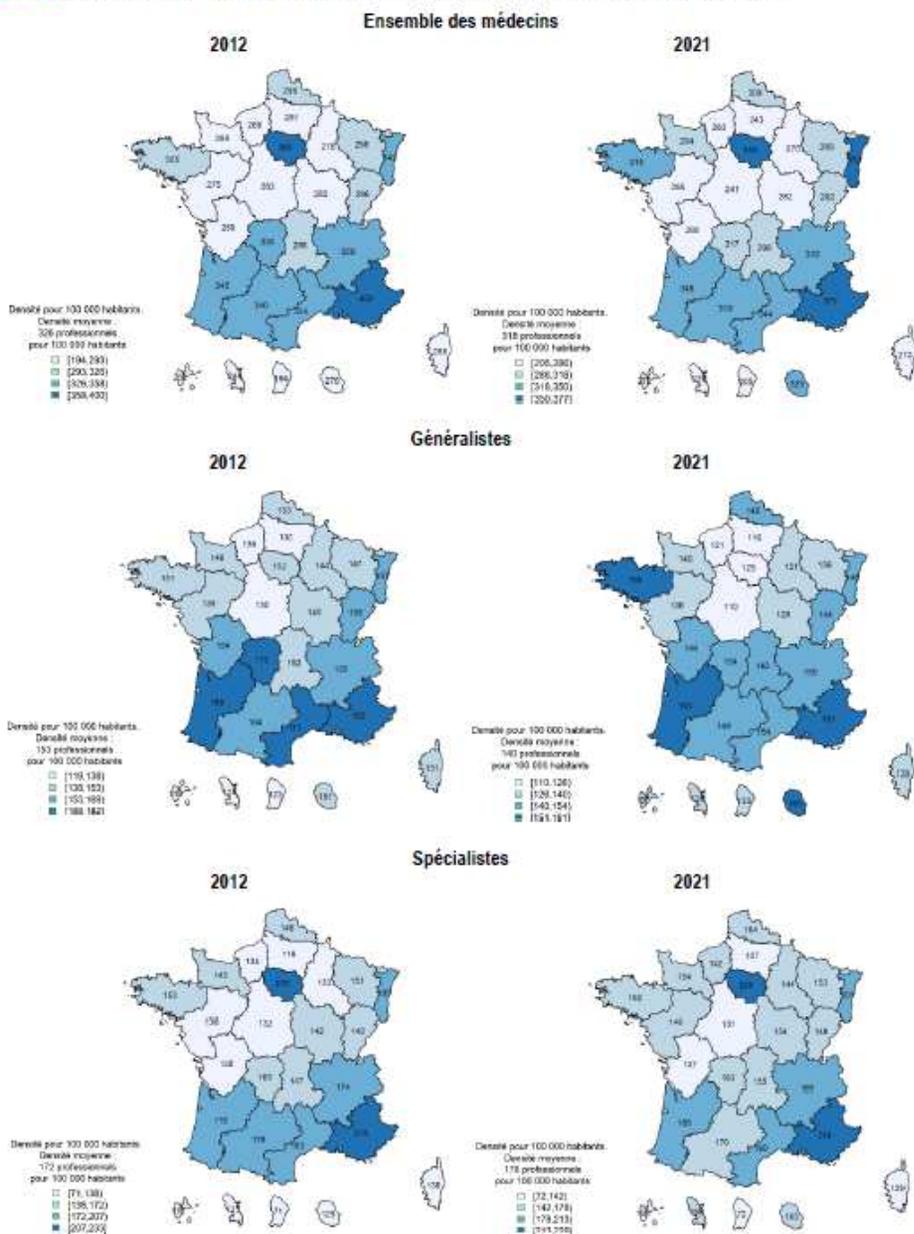
La région Pays de la Loire, dont la densité était parmi les plus faible en 2012, a connu une augmentation importante du nombre de médecins spécialistes en exercice, la densité passant de 135 spécialistes pour 100 000 habitants à 146 (+ 7 %) ; elle conserve malgré cela une densité inférieure de 18 % à la moyenne nationale.

Pour généraliser, c'est dans les couronnes rurales des grands pôles urbains, dans les communes hors influence des pôles et dans les périphéries des petits et moyens pôles que l'accessibilité aux médecins est la plus faible <sup>(1)</sup>.

---

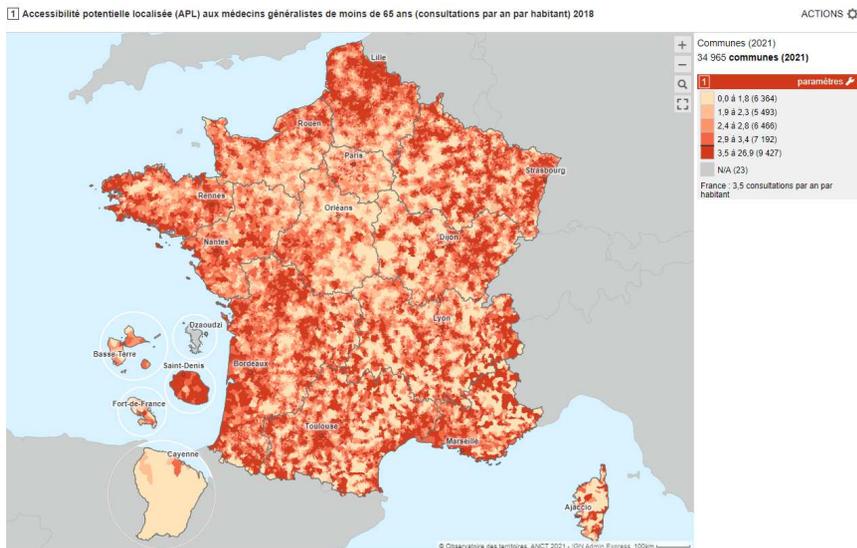
(1) DREES, « Accessibilité aux professionnels de santé libéraux : des disparités géographiques variables selon les conditions tarifaires », *Études et Résultats*, n° 970 (juillet 2016).

**Carte 3 • Densités régionales de médecins (anciennes régions), selon la spécialité, en 2012 et 2021**



Source : DREES, 2021.

Pour mesurer plus précisément les difficultés d'accès aux soins, la DREES et l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) ont créé, en 2012, l'indicateur d'« **accessibilité potentielle localisée** » (APL) <sup>(1)</sup>, prenant en compte l'offre et la demande de soins à l'échelle de la commune. Cet indicateur, qui se lit comme une densité, tient également compte des temps d'accès aux professionnels, d'une quantification de leur activité et des différences de consommation de soins de la population selon l'âge. Ainsi, l'APL met en évidence des disparités d'offre de soins qu'un indicateur usuel de densité, calculé sur des mailles beaucoup plus larges (bassins de vie, départements), aura tendance à masquer. Cet indicateur montre une carte dont la dernière actualisation date de 2018 <sup>(2)</sup> pour l'accès à un médecin généraliste de moins de 65 ans.



Source : Observatoire des territoires, Agence nationale de la cohésion des territoires, 2021.

L'APL permet par exemple de déterminer la part de la population résidant dans une commune ayant accès à moins de 2,5 consultations de médecine générale par an et par habitant. Ce taux est passé, pour la France, de 8,6 % en 2015 à 11,6 % en 2019. Il varie fortement entre régions, allant de 4,1 % en Provence-Alpes-Côte d'Azur à 24 % en Centre-Val de Loire et même 46,4 % en Guyane <sup>(3)</sup>.

Pour préciser le décalage croissant entre demande et offre de soins, la DREES calcule également la « **densité médicale standardisée** », c'est-à-dire pondérée par la consommation de soins. Celle-ci a diminué sur la période 2012-2021, illustrant le fait que les besoins de soins de la population ont augmenté plus rapidement que le nombre de médecins. Les régions du sud de la France restent les mieux pourvues

(1) <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/dter124.pdf>

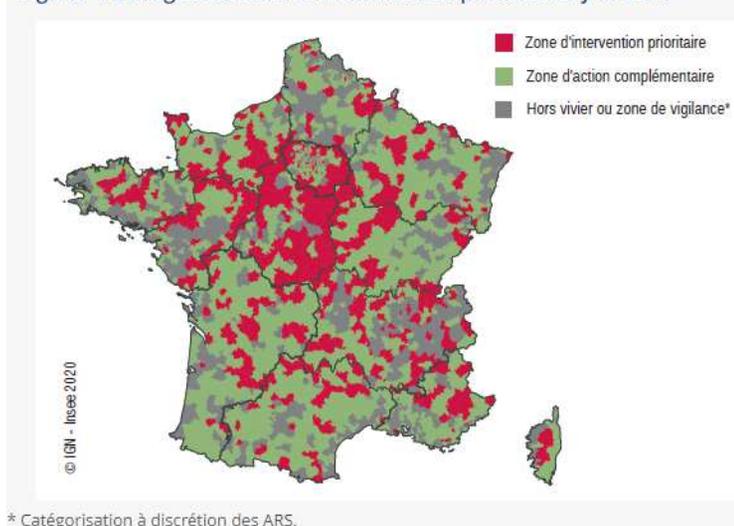
(2) [https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/outils/cartographie-interactive/#c=indicateur&i=apl.apl\\_mg\\_65\\_hmep&s=2018&view=map36](https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/outils/cartographie-interactive/#c=indicateur&i=apl.apl_mg_65_hmep&s=2018&view=map36)

(3) Réponses de la direction générale de l'offre de soins et de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques à votre rapporteur, à partir des données CNAM, SNIIR-AM ; Insee, populations municipales ; distancier Metric ; calculs DREES.

(Nouvelle-Aquitaine, Provence-Alpes-Côte d'Azur). À l'opposé, la région Centre, déjà parmi les plus faiblement pourvues en 2012, est en 2021 la région dont la densité standardisée de médecins généralistes est la plus faible de France, avec 107 généralistes pour 100 000 habitants.

Enfin, il est possible d'observer les déserts médicaux par le prisme du « **zonage médecin** », introduit par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016. Le directeur général de chaque agence régionale de santé (ARS) est chargé de publier par arrêté les zones de son territoire dont l'offre de soins est insuffisante ou pour lesquelles l'accès aux soins est difficile (1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique et décret du 25 avril 2017) <sup>(1)</sup>. Il peut s'agir des zones d'intervention prioritaire (ZIP), d'action complémentaire (ZAC) ou de vigilance.

Figure - « Zonage médecin » en France métropolitaine en juin 2019



Ce zonage semble se faire, d'après les auditions de votre rapporteur, à un rythme différent en fonction des régions. En Centre-Val de Loire, la révision est prévue réglementairement tous les trois ans. En Bourgogne-Franche-Comté, le zonage a été révisé six fois depuis décembre 2017, soit plus d'une fois par an <sup>(2)</sup>. En Normandie, la révision a été faite deux fois depuis fin 2017 <sup>(3)</sup>.

À l'échelle nationale, selon l'arrêté du 1<sup>er</sup> octobre 2021 <sup>(4)</sup>, 30,2 % de la population française a vocation à être classée en ZIP et 42 % en ZAC, soit au total 72,2 % de la population.

(1) Pour les médecins, sages-femmes, orthophonistes, masseurs-kinésithérapeutes et infirmiers.

(2) Juin 2018, mars 2018, septembre 2019, février 2020, octobre 2020 et mars 2021, d'après les informations transmises à votre rapporteur par l'agence régionale de santé Bourgogne-Franche-Comté.

(3) Juillet 2019 et janvier 2021, d'après les informations transmises par l'agence régionale de santé Normandie.

(4) Arrêté du 1<sup>er</sup> octobre 2021 modifiant l'arrêté du 13 novembre 2017 relatif à la méthodologie applicable à la profession de médecin pour la détermination des zones prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique.

### La situation contrastée des autres professions de santé <sup>(1)</sup>

Pour les **chirurgiens-dentistes** de moins de 70 ans en activité, au nombre de 42 000 en 2021, l'augmentation de leurs effectifs sur la dernière décennie a permis que la densité moyenne pour 100 000 habitants reste stable, en moyenne de 62. Leur répartition géographique ne suit toutefois pas celle de la population générale, puisque, comme pour les médecins, la moitié sud de la France est mieux pourvue, avec en moyenne 70 dentistes pour 100 000 habitants, contre seulement 41 pour la Picardie et en Normandie, soit une densité inférieure de 30 % à la moyenne nationale. Aucune évolution de la répartition géographique n'est à noter depuis 2012.

Concernant les **pharmaciens** de moins de 70 ans en activité, ils sont, en 2021, 72 200. Ce nombre a été en croissance entre 2012 et 2016 (où ils étaient près de 74 000) puis en diminution après 2016, suivant la courbe du *numerus clausus*. La densité moyenne de pharmaciens pour 100 000 habitants a donc diminué entre 2012 et aujourd'hui, passant de 77 à 74. Malgré la réglementation, des disparités régionales continuent à exister. La région la plus dotée est le Limousin avec 97 pharmaciens pour 100 000 habitants ; viennent ensuite les régions du Sud-Est (Languedoc-Roussillon et Provence-Alpes-Côte d'Azur). Les pharmaciens sont globalement plus présents dans le Sud de la France. Les anciennes régions Centre et Pays de la Loire sont particulièrement peu dotées. La densité dans les DOM est également faible (51 pharmaciens pour 100 000 habitants contre 75 en Métropole).

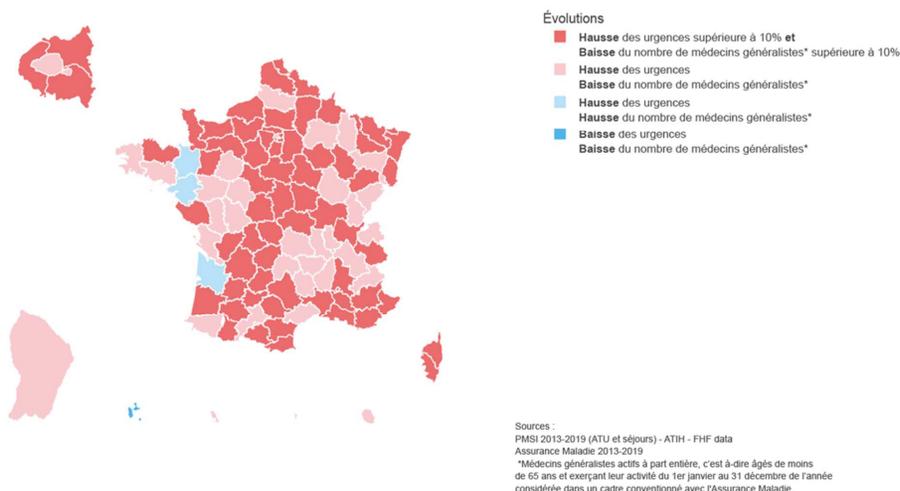
Les **sages-femmes** ont connu une dynamique démographique importante jusqu'en 2017. Leurs effectifs se sont stabilisés autour de 23 400 sages-femmes en activité, dont 97 % de femmes. La moyenne d'âge est particulièrement basse par rapport aux autres professions de santé, puisqu'elle se situe autour de 41 ans. Les disparités de répartition des sages-femmes sont moins importantes que celles que l'on peut observer pour d'autres professions : en 2012, la densité varie de 42 sages-femmes pour 100 000 femmes en Corse à 74 en Lorraine. Plus de la moitié des régions a une densité proche de la densité nationale (écart inférieur à 10 %). En 2021, la densité nationale est plus élevée qu'en 2012, en lien avec la forte hausse des effectifs de sages-femmes sur la période : elle atteint 66 sages-femmes pour 100 000 femmes, contre 58 en 2012.

Enfin, concernant les **infirmiers**, la DREES <sup>(2)</sup> anticipait en 2018 une hausse des effectifs de 54 % entre 2014 et 2040, « *largement plus importante que l'augmentation de la population* », ce qui conduirait à une augmentation de la densité professionnelle. Leurs effectifs avaient déjà progressé de 70 % entre 2000 et 2017. Les infirmiers sont ainsi aujourd'hui la première profession de santé du point de vue des effectifs, avec plus de 600 000 professionnels en activité. Leur densité est passée de 637 à 972 pour 100 000 habitants, entre 2000 et 2016. La densité standardisée (rapportée aux besoins de santé de la population) a progressé moins rapidement, de près de 20 % au cours de la période. Cette augmentation des effectifs peut être attribuée à une hausse des quotas fixant le nombre de places disponibles en institut de formation en soins infirmiers en 2000 et en 2003, avec un effet trois ans plus tard. Toutefois, les infirmiers sont inégalement répartis sur le territoire : les régions du Sud de la France sont plus favorablement dotées (anciennes régions Midi-Pyrénées, Languedoc-Roussillon), tout comme la Bretagne et l'Auvergne, avec des densités supérieures de 10 à 20 % à la moyenne nationale. En 2014, les 10 % des régions les mieux dotées ont une densité en infirmiers 1,3 fois supérieure à celle des 10 % des régions les moins dotées. Ce rapport serait toujours de 1,3 en 2040.

- Une situation qui se répercute rapidement sur les hôpitaux et notamment les services d'urgence

La baisse continue des effectifs de médecins généralistes a des répercussions importantes sur l'hôpital. Selon la Fédération hospitalière de France (FHF), « à l'exception de cinq départements, les départements français ont tous connu ces dernières années une hausse des passages aux urgences et une baisse du nombre de médecins généralistes, de plus de 10 % dans les deux cas pour plus de la moitié d'entre eux »<sup>(3)</sup>. En outre, la FHF précise qu'aux 2,4 millions d'hospitalisations en moins en 2020 par rapport à 2019, s'ajoute une diminution de 6 % d'activité dans les hôpitaux publics sur le premier semestre 2021 (contre une augmentation de 2 à 4 % dans les établissements privés lucratifs et privés non lucratifs).

Évolutions croisées du nombre de passages aux urgences et du nombre de médecins généralistes\* entre 2013 et 2019



Source : Fédération hospitalière de France, 2021.

Ainsi, il faut noter qu'il existe **un risque plus important de saturation des services d'urgences dans les zones sous-denses**. En effet, le recours aux urgences est plus important dans les territoires où l'offre de médecins est défaillante, comme l'a montré le rapport de la commission d'enquête de l'Assemblée nationale sur la désertification médicale en 2018<sup>(4)</sup> : « devant faire face à un nombre annuel de passages ayant évolué de 10 millions en 1996 à 21 millions en 2016, les services

(1) Données issues de : DREES, « Quelle démographie médicale récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique », Les dossiers de la DREES, n° 76, mars 2021.

(2) DREES, « 53 % d'infirmiers en plus entre 2014 et 2040, une forte hausse qui répond à la demande soins », Études et Résultats n° 1062, mai 2018.

(3) <https://xn--ambitionsant2022-mqb.fhf.fr/notre-diagnostic>

(4) Assemblée nationale, rapport précité de la commission d'enquête, M. Alexandre Freschi, président, et M. Philippe Vigier, rapporteur (page 45).

*d'urgences se trouvent en situation de saturation, étant confrontés tout à la fois à l'augmentation de la demande de soins, à la pénurie de médecins hospitaliers – en particulier des urgentistes – et aux conséquences de la pénurie de médecins libéraux* ». Selon un rapport du Sénat de 2017 <sup>(1)</sup>, 43 % des passages aux urgences relèvent d'une simple consultation médicale et 35 % auraient pu obtenir une réponse auprès d'un médecin généraliste.

Enfin, le taux de vacance des postes de praticiens hospitaliers (PH) doit être pris en compte. Selon le Centre national de gestion, « *ce taux pour les PH temps plein atteint [en 2021] 31,6 % (30,3 % au 1<sup>er</sup> janvier 2020). S'agissant des PH temps partiel, le taux de vacance poursuit également sa progression, il atteint 52,6 % au 1<sup>er</sup> janvier 2021, contre 50,4 % en 2020.* » <sup>(2)</sup> Des variations importantes peuvent exister entre les régions en ce qui concerne ce taux de vacances. Il est en effet par exemple de 38,8 % en Centre-Val de Loire (962 postes équivalents temps plein) <sup>(3)</sup>.

Il faut toutefois prendre en compte une réserve méthodologique importante dans l'analyse de ces chiffres. En effet, le Centre national de gestion précise que non seulement le nombre de postes vacants varie de façon importante selon le moment où la statistique est produite, mais surtout que les postes vacants peuvent être occupés par des praticiens contractuels. Le taux de vacance statutaire n'est donc pas le taux de vacance réel.

- Des « déserts médicaux » dans certaines zones sur-denses en raison des dépassements d'honoraires

Même les zones dites « sur-dotées » peuvent être considérées comme des déserts médicaux du fait d'une **proportion importante de professionnels en « secteur 2 »**. C'est le cas en particulier des médecins spécialistes, dont la proportion de secteur 2, autorisés à pratiquer des dépassements, est passée, d'après la Cour des comptes <sup>(4)</sup>, de 39,6 % en 2006 à 44,3 % en 2015. La Cour indique que, compte tenu des départs à la retraite prévus, cette proportion devrait augmenter, puisque 61 % des nouvelles installations étaient intervenues en secteur 2 en 2015. Le taux de dépassements d'honoraires, d'une moyenne de 51,4 % en 2015, est très variable selon les spécialités (70 % pour la psychiatrie par exemple).

À ce sujet, la Cour des comptes précise clairement que « **les zones de densités élevées de médecins et de nouvelles installations majoritaires en secteur 2 se superposent** ». Ce constat est particulièrement valable pour l'ophtalmologie et

---

(1) Sénat, rapport d'information n° 685 fait, au nom de la commission des affaires sociales, sur les urgences hospitalières, par Mme Laurence Cohen, Mme Catherine Génisson et M. René-Paul Savary, sénateurs, juillet 2017 (page 38).

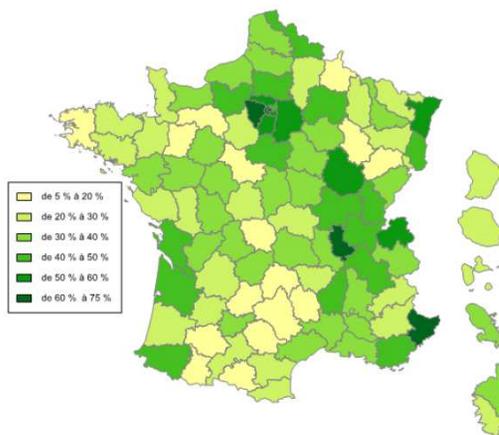
(2) Centre national de gestion, « Praticiens hospitaliers. Éléments statistiques sur les praticiens hospitaliers statutaires (PH). Situation au 1<sup>er</sup> janvier 2021 » (page 26).

(3) Données transmises à votre rapporteur par l'agence régionale de santé Centre-Val de Loire.

(4) Cour des comptes, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, chapitre V, « La médecine libérale de spécialité : contenir la dynamique des dépenses, améliorer l'accès aux soins », septembre 2017.

en gynécologie, spécialités assurées de manière prépondérante par des médecins de secteur 2 pratiquant des dépassements d'honoraires. Ainsi, selon la Cour, « **la faiblesse et parfois la quasi-inexistence de l'offre de secteur 1 est alors de nature à compromettre l'accès aux soins pour des raisons financières** ». Les médecins généralistes en secteur 2 sont, quant à eux, beaucoup moins nombreux (6 %).

Carte n° 2 : part des médecins spécialistes libéraux de secteur 2, toutes spécialités (2015)



Source : Cour des comptes d'après les données communiquées par la CNAMTS.

Source : Cour des comptes, 2017.

Les données transmises à votre rapporteur par la CNAM <sup>(1)</sup> confirment ce constat. En effet, le coefficient de corrélation entre la proportion de médecins libéraux en secteur autorisé à pratiquer des dépassements d'honoraires et la densité médicale est de 0,58. Ce coefficient se situe entre - 1 (lorsqu'aucune corrélation n'est constatée) et + 1 (lorsqu'une parfaite corrélation est constatée). Ainsi, **cette corrélation est ici avérée.**

Des exemples sont particulièrement frappants : les Alpes-Maritimes ont une proportion de médecins en secteur 2 de 42 % (contre une moyenne nationale de 19 %) et une densité médicale pour 100 000 habitants de 415,5 médecins (contre une moyenne nationale de 279,8 <sup>(2)</sup>). Il en va de même pour la Ville de Paris, avec 62 % de praticiens autorisés à pratiquer des dépassements d'honoraires et une densité médicale de 765,2 médecins pour 100 000 habitants. Des exemples similaires se retrouvent dans le Rhône, les Yvelines ou les Hauts-de-Seine.

(1) Cf. annexe 1.

(2) Il s'agit de la moyenne des densités de médecins « en activité totale » en 2021, d'après les données du Conseil national de l'Ordre des médecins :

[http://demographie.medecin.fr/#c=indicator&i=demo\\_med.dens\\_act\\_totale&s=2021&view=map10](http://demographie.medecin.fr/#c=indicator&i=demo_med.dens_act_totale&s=2021&view=map10)

- Dans les départements et régions d'outre-mer, une situation particulièrement alarmante

L'analyse des « déserts médicaux » se concentre souvent sur la situation de la France hexagonale. Toutefois, dans les départements et régions d'outre-mer (DROM) et dans les collectivités d'outre-mer (COM), la situation apparaît encore plus inquiétante. Avec aujourd'hui une densité médicale de 258 médecins pour 100 000 habitants, les DROM disposent de 20 % de médecins de moins pour 100 000 habitants que dans l'Hexagone, malgré une augmentation de plus de 10 % entre 2012 et 2021 <sup>(1)</sup>. L'Ordre des médecins précise ainsi que les densités les plus faibles des médecins par habitant se situe, « pour la majorité, dans les départements d'outre-mer et une majorité des départements situés en partie centrale de la France » <sup>(2)</sup>.

Des variations importantes semblent toutefois exister d'une année à l'autre dans les effectifs de médecins généralistes, puisqu'en 2020 et 2021, Mayotte a gagné 9,8 % de médecins, la Guyane 5 %, La Réunion 1,7 %, alors que la Guadeloupe en a perdu 0,8 % et Saint-Pierre-et-Miquelon 20,8 %.

À ce titre, la Cour des comptes notait en 2014 <sup>(3)</sup> que les Outre-mer faisaient face à des « *difficultés sanitaires persistantes* », en notant en particulier l'augmentation des cas de mortalité infantile, la recrudescence de maladies transmissibles, la présence de pathologies rares (leptospirose, rhumatisme articulaire aigu, tuberculose, hépatites) ou encore la progression de maladies chroniques (diabète, hypertension artérielle, insuffisance rénale chronique terminale). La DREES indiquait de son côté en 2018 <sup>(4)</sup> que 61 % des habitants de Guadeloupe, Guyane, Martinique et La Réunion âgés de 15 à 75 ans considèrent que leur état de santé est bon ou très bon, contre 69 % des Métropolitains. Ce constat est encore plus fort en ce qui concerne les femmes.

Pour l'expliquer, la Cour des comptes pointe en particulier une prévention très insuffisante, un effort insuffisant de l'assurance maladie et surtout une inégalité importante de la répartition géographique de la médecine ambulatoire. Certaines régions bénéficient d'une densité supérieure à la moyenne nationale (La Réunion), alors que d'autres sont des zones fortement sous-dotées (notamment la Guyane ou Mayotte). Les urgences hospitalières sont donc fortement sollicitées et le système hospitalier rapidement saturé. Des vacances de postes élevées sont à déplorer, avec une forte proportion de médecins remplaçants, venus de l'Hexagone, pour des contrats souvent de courte durée.

---

(1) DREES, « *Quelle démographie médicale récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique* », op. cit.

(2) Ordre national des médecins, « *Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1<sup>er</sup> janvier 2021* », Dr Patrick Bouet, président (page 104).

(3) Cour des comptes, *rapport public thématique*, La santé dans les outre-mer. Une responsabilité de la République, juin 2014.

(4) DREES, « *En outre-mer, une santé déclarée moins bonne qu'en Métropole, surtout pour les femmes* », *Études et Résultats*, n° 1057, juin 2018.

La pyramide des âges des médecins dans les DROM et les COM ne laisse pas augurer une amélioration rapide de la situation. Alors que l'âge moyen des médecins inscrits à l'Ordre en 2021 est de 50,3 ans, en Martinique celui-ci est de 51 ans, de 59,4 ans à Saint-Pierre-et-Miquelon ou encore de 60,8 ans à Wallis-et-Futuna.

- Des zones rurales particulièrement touchées

Même si elles ne sont pas les seules concernées, les zones rurales constituent des territoires particulièrement touchés par le phénomène de désertification médicale. L'Association des maires ruraux de France (AMRF) a ainsi produit une analyse complète de ce sujet en vue de son congrès de septembre 2021, confiée au géographe Emmanuel Vigneron <sup>(1)</sup>.

Cette étude fait état de plusieurs constats alarmants. Par exemple, les habitants de milieu rural consomment 20 % de soins hospitaliers en moins que ceux des villes. De plus, l'écart d'espérance de vie entre les habitants de milieux ruraux et urbains se creuse, porté à deux ans en défaveur des zones rurales.

Le lien avec le constat d'une inégalité territoriale en matière de santé peut être fait, étant donné que la moitié des médecins de milieu rural a plus de 55 ans et que, dans les cantons essentiellement ruraux, la densité médicale a baissé de plus d'un tiers entre 2010 et 2017. On compte en outre plus de deux fois moins de spécialistes dans les « départements hyper ruraux ». En outre, alors que 96 % des urbains auraient un accès à des services d'urgence en moins de 30 minutes, ce n'est le cas que de 79 % des ruraux.

Il faut ajouter que le rajeunissement des médecins constaté plus haut n'est pas uniforme sur le territoire, mais apparaît comme plus concentré dans les zones urbaines.

#### RÉPARTITION PAR ÂGE ET PAR ZONE GÉOGRAPHIQUE DES MÉDECINS

Type de département	moins de 35 ans		35 à 54 ans		55 ans et plus	
	2012	2020	2012	2020	2012	2020
Hyper rural	6,1	10,8	47,9	34,2	46,1	55,0
Rural	6,4	13,6	50,9	37	42,8	49,2
Composite	8,4	16,4	53	39	38,6	44,6
Urbain	6,6	14	52,3	37,9	41,2	48,1
Hyper urbain	7,6	14,4	50,5	35,2	41,9	50,3
France entière	7,4	14,7	51,5	37,2	41	48,1

source: données RPPS, ministère de la santé, calculs E. Vigneron

Source : Association des maires ruraux de France, 2021.

(1) Association des maires ruraux de France, « Accès aux soins en milieu rural : la bombe à retardement ? », septembre 2021 <https://fr.calameo.com/read/005307989239a0f96f4f2>

Le même constat peut être fait en ce qui concerne la féminisation croissante de la profession de médecin, puisque la proportion de femmes est en moyenne plus forte de 10 points dans les départements « hyper urbains » que dans les départements « hyper ruraux ».

- Des constats tout aussi inquiétants pour la médecine scolaire, la médecine de la protection maternelle et infantile et la médecine du travail

La situation inquiétante de la démographie médicale affecte aussi fortement des médecines spécifiques, à laquelle l'accès sur le territoire devient de plus en plus inégalitaire. À ce titre, la **médecine scolaire** est touchée par des difficultés liées à un accès aux soins très hétérogène selon les zones. La Cour des comptes <sup>(1)</sup> a établi qu'en 2018, le taux d'occupation des postes de médecins proposés par les académies était de seulement 69 % (contre 83 % en 2013). Ce taux est inférieur à 50 % dans trois académies (Rouen, Créteil et Reims), alors qu'il est de 100 % pour celle de Paris et de 89 % pour celles de Nantes et Toulouse. Le taux de recours à des personnels contractuels est aussi très variable : il est en moyenne de 17,4 % pour les médecins, mais va jusqu'à 80 % en Guyane.

Corollairement, le taux d'encadrement s'est fortement dégradé depuis 2013, au-delà de 40 % pour trente et un départements. La Cour des comptes précise que les situations peuvent être très hétérogènes entre les départements d'une même académie. Les taux de réalisation de la visite médicale de la sixième année par les médecins de l'éducation nationale sont donc particulièrement inquiétants, la moyenne nationale s'élevant à seulement 18 % sur l'année 2018-2019 pour les établissements publics et privés (contre 26 % lors de l'année 2013-2014). 58 % des élèves dans leur sixième année n'ont donc pas été vus par un professionnel de santé de l'éducation nationale.

En ce qui concerne la **protection maternelle et infantile** (PMI), le rapport de Mme Michèle Peyron de mars 2019 <sup>(2)</sup> précise que « *les disparités territoriales, qui préexistaient à la décentralisation, sont toujours très marquées* ». En effet, le rapport d'information de M. Cyrille Isaac-Sibille et de Mme Ericka Bareigts de septembre 2018 <sup>(3)</sup> montre la répartition des dépenses départementales en faveur des services de PMI et de planning familial. Les départements dépensaient en 2017 en moyenne 111 euros par enfant de moins de 4 ans. Cette donnée varie très fortement en fonction des territoires, allant de 11 euros pour l'Eure-et-Loir à 610 euros pour la Guadeloupe ou 487 euros pour le Val-de-Marne.

---

(1) Cour des comptes, communication à la commission des finances, de l'économie générale et du contrôle budgétaire de l'Assemblée nationale, Les médecins et les personnels de santé scolaire, avril 2020.

(2) Pour sauver la PMI, agissons maintenant !, rapport présenté par Mme Michèle Peyron, députée, mars 2019.

(3) Assemblée nationale, rapport d'information déposé en application de l'article 145 du Règlement par la commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la mission relative à la prévention santé en faveur de la jeunesse et présenté par M. Cyrille Isaac-Sibille et Mme Ericka Bareigts, députés, 12 septembre 2018 (annexe n° 1).

Le rapport de Mme Peyron indique aussi que le « *déficit croissant de médecins* » a conduit à réduire les moyens dévolus à la prévention, « *alors même que les évolutions sociétales en cours auraient plutôt nécessité de les renforcer* ». Certaines PMI font en effet état d'un manque de médecins pouvant aller jusqu'à 50 % et le rapport prévoyait que deux tiers des médecins de PMI atteindraient l'âge de la retraite en 2020. Au total, le rapport estime que « *la situation démographique des médecins de PMI est aujourd'hui critique* ».

Enfin, la **médecine du travail** se situe dans une situation similaire. Le rapport « *Aptitude et médecine du travail* » de 2015 <sup>(1)</sup> fait état d'une démographie des médecins du travail « *préoccupante* », avec de fortes inégalités territoriales. D'après l'Ordre des médecins, la médecine du travail constitue l'une des spécialités avec le ratio entrants/sortants le plus défavorable (- 1 063 entre 2010 et 2021) <sup>(2)</sup>. Ainsi, « *parmi les motifs de dérogations accordés par la DIRECCTE pour la périodicité des visites médicales [...], la démographie des médecins du travail au sein des services de santé au travail est citée par beaucoup d'interlocuteurs comme un critère majeur* » <sup>(3)</sup>.

Ces différents phénomènes peuvent s'additionner sur les territoires, et se conjuguer avec des difficultés d'accès à l'offre de soins libérale et hospitalière, pour conduire à une désertification médicale dans tous les domaines.

Des départements peuvent cumuler des difficultés sur ces différents critères. À titre d'exemple, la Seine-et-Marne compte 214 médecins pour 100 000 habitants <sup>(4)</sup> (pour une moyenne nationale de 318), 30 182 élèves par médecin scolaire (pour une moyenne nationale de 12 572) <sup>(5)</sup> et une dépense de 24 euros par enfant de moins de 4 ans en 2017 en matière de PMI et de planning familial (pour une moyenne nationale de 111 euros) <sup>(6)</sup>.

### **3. Sans action, les difficultés d'accès aux soins et les inégalités territoriales ne devraient pas s'améliorer rapidement**

Sans réaction, cette situation d'inégalité territoriale ne sera pas enrayerée rapidement. En effet, d'après la DREES, la diminution du nombre de médecins devrait continuer jusqu'en 2024 du fait des *numerus clausus* faibles des années 1990 et des cessations d'activité de générations nombreuses, entrées avant ce resserrement. Ensuite, les effectifs projetés de médecins devraient augmenter légèrement entre 2024 et 2030, puis de façon plus importante, à la suite notamment de la fixation d'un nombre d'entrants en deuxième année de formation sur la période

---

(1) Rapport du groupe de travail « *Aptitude et médecine du travail* », établi par M. Michel Issindou, M. Christian Ploton et Mme Sophie Fantoni-Quinton, mai 2015 (page 31).

(2) Ordre national des médecins, op. cit. (page 132).

(3) Rapport précité du groupe de travail « *Aptitude et médecine du travail* » (page 32).

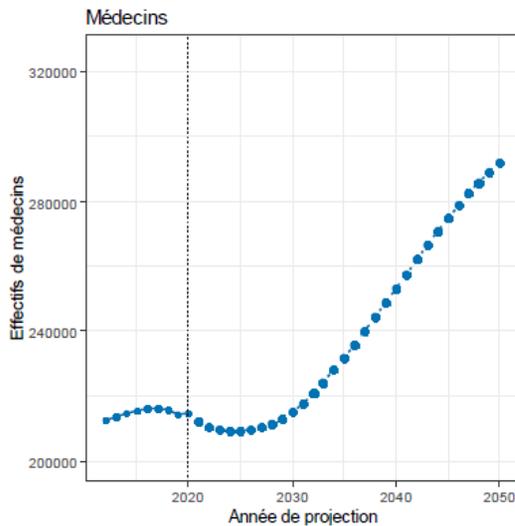
(4) <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012677#titre-bloc-1>

(5) Cour des comptes, Les médecins et les personnels de santé scolaire, communication précitée (annexe n° 10).

(6) Assemblée nationale, rapport d'information précité de M. Cyrille Isaac-Sibille et Mme Ericka Bareigts (annexe n° 1).

étudiée plus élevée, correspondant aux *numerus clausus* observés sur la période récente puis à sa suppression à partir de 2020. Le rapporteur souhaite d'ailleurs saluer cette décision prise dans le cadre de la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (« OTSS »), constituant une mesure structurante, qui devrait permettre de remédier à moyen terme aux difficultés démographiques actuelles.

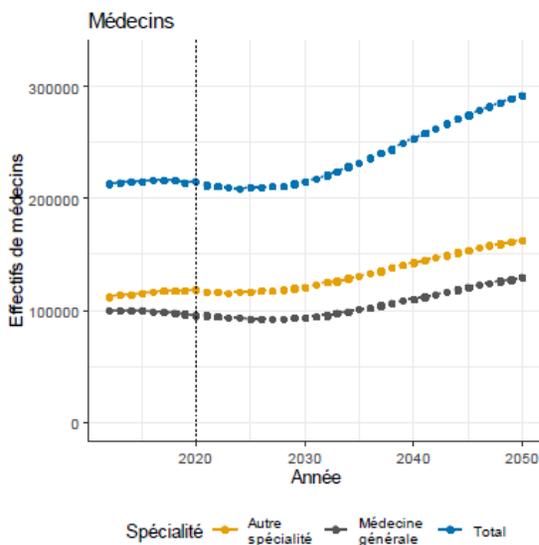
Ainsi, sans une action rapide et en se fondant sur le seul effet du desserrement du *numerus clausus*, **ce n'est donc qu'à partir de 2030 que la tendance baissière de la démographie médicale pourra être stoppée.**



Source : DREES, 2021.

De plus, selon les hypothèses de la DREES, le **nombre de médecins généralistes** va diminuer sur une plus longue période que le nombre de médecins avec une autre spécialité. Ainsi, les effectifs de médecins généralistes devraient diminuer entre 2021 et 2026 (passant de 95 400 à 92 300), pour n'augmenter qu'ensuite.

**Graphique 28** • Effectifs de médecins par spécialité observés et projetés entre 2012 et 2050

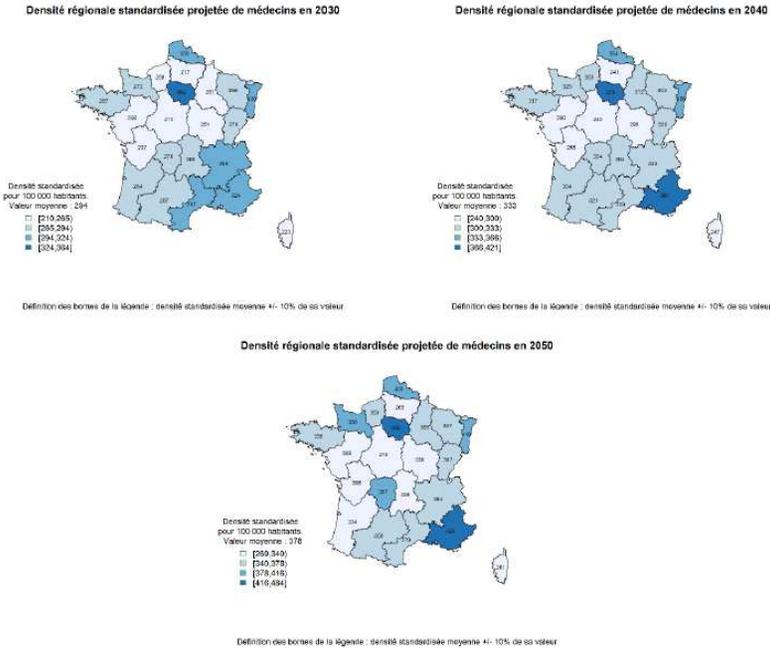


Source : DREES, 2021.

Les projections concernant la **densité médicale**, standardisée ou non, montrent également que celle-ci va continuer à diminuer encore plus fortement que le nombre de médecins. En effet, la diminution des effectifs projetés de médecins se cumule à l'augmentation et au vieillissement de la population projetés sur la période. Selon le scénario central pour les années à venir, la population française atteindra 71,4 millions d'habitants d'ici 2035, dont plus d'un quart aura plus de 65 ans et 14,6 % auront plus de 75 ans (contre respectivement 19,7 % et 9,5 % aujourd'hui). Ce vieillissement va créer une nette augmentation de la demande de soins. **Alors qu'en 2029, les effectifs de médecins devraient être supérieurs à ceux de 2021, la densité standardisée ne retrouvera son niveau de 2021 qu'en 2035.**

Les **inégalités territoriales** vont ainsi logiquement s'accroître aussi si rien n'est fait rapidement. Alors que les régions déjà bien dotées, telles que l'Île-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur, continuent à disposer d'une densité médicale supérieure à la moyenne nationale, certaines régions devraient rester durablement sous-dotées.

**Carte 9** • Densités de médecins par région en 2030, 2040 et 2050 selon le scénario tendanciel des projections d'effectifs de médecins



Champ > Médecins en activité de moins de 70 ans, France entière.

Sources > Modèle de projection DREES par microsimulation, alimenté par les données des médecins inscrits à l'Ordre (RPPS) et sur les études médicales (SISE, EON). Projections de population de l'Insee. Consommations de soins calculées à partir des données 2018 de l'Assurance maladie.

Source : DREES, 2021.

## B. EN CONSÉQUENCE, DES DIFFICULTÉS ACCRUES D'ACCÈS AUX SOINS SUR LE TERRITOIRE ET UNE SURCHARGE DE TRAVAIL POUR LES MÉDECINS

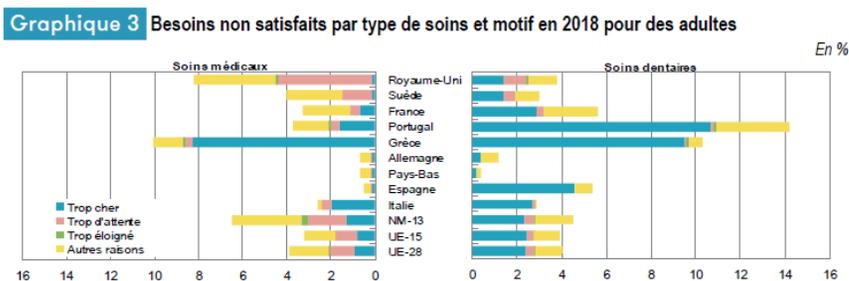
### 1. Des difficultés d'accès aux soins touchant en priorité les personnes les plus pauvres

Cette situation particulièrement alarmante de la démographie n'est bien entendu pas sans conséquences sur l'accès aux soins sur notre territoire. En particulier, d'après la DREES <sup>(1)</sup>, le **renoncement aux soins** est une réalité pour 1 600 000 Français, soit 3,1 % des personnes de 16 ans ou plus vivant en France métropolitaine. **Les personnes pauvres ont trois fois plus de risques de renoncer à des soins que les autres. Si ces personnes se situent en zone sous-dotée, ce risque est plus de huit fois supérieur à celui du reste de la population. Le phénomène de désertification médicale a donc davantage d'impact pour les populations les plus fragiles.** Ce constat est confirmé par une étude qualitative

(1) DREES, « Renoncement aux soins : la faible densité médicale est un facteur aggravant pour les personnes pauvres », *Études et Résultats*, n° 1200, juillet 2021.

menée auprès de patients, montrant que la faible accessibilité géographique aux soins influence les parcours de soins, lorsqu'elle est cumulée avec d'autres difficultés, notamment organisationnelles ou financières <sup>(1)</sup>.

De plus, en comparant avec d'autres États, la France est relativement moins bien située dans les classements relatifs aux besoins non satisfaits en matière de santé.



En parallèle, « *les délais d'obtention d'un rendez-vous sont plus importants pour les habitants des communes où l'accessibilité aux professionnels de santé est la plus faible* » <sup>(2)</sup>. Par exemple, un rendez-vous chez le chirurgien sur deux aboutit en 17 jours. Ce chiffre est porté à 21 jours en zones sous-denses, et à 15 jours là où l'accessibilité est la plus importante. Ce délai médian est de 79 jours pour les zones en désertification médicale. Ainsi, la carte des « déserts médicaux » recoupe logiquement celle des délais de rendez-vous les plus longs.

## 2. Des médecins qui ne peuvent plus accueillir de patients supplémentaires

Environ **11 % de patients ne disposeraient pas de médecin traitant**, selon la Caisse nationale de l'assurance maladie, en juin 2021 <sup>(3)</sup>. Cela représente **plus de 6 millions de personnes** (seulement 3 millions de personnes si l'on exclut les patients avec un médecin traitant en cessation d'activité). Cette absence de médecin traitant peut relever, pour partie, du choix des personnes concernées, mais peut aussi constituer une situation subie, du fait de la pénurie de médecins.

Les personnes sans médecin traitant sont, d'après l'assurance maladie, plus jeunes (l'âge médian est de 37 ans alors qu'il est de 51 ans pour les patients ayant un médecin traitant). Ils sont moins concernés par une affection de longue durée (10 % *versus* 25 % pour les patients ayant un médecin traitant). Surtout, les patients sans médecin traitant sont davantage situés en zone d'intervention prioritaire (ZIP) (20 % contre 16 % pour les patients avec un médecin traitant).

(1) DREES, « Accès aux soins et pratiques de recours. Étude sur le vécu des patients », Loïcka Forzy, Lou Titli et Morgane Carpezat, Les dossiers de la DREES, n° 77, avril 2021.

(2) DREES, « La moitié des rendez-vous sont obtenus en 2 jours chez le généraliste, en 52 jours chez l'ophtalmologiste », Études et Résultats, n° 1085 (octobre 2018).

(3) Réponses de la Caisse nationale de l'assurance maladie à votre rapporteur.

D'après une enquête de l'UFC-Que Choisir datant de 2019, 44 % des 2 770 médecins généralistes interrogés refusent de nouveaux patients <sup>(1)</sup>. De grands écarts sont d'ailleurs observés entre départements : si moins de 20 % des généralistes refusaient de nouveaux patients dans le Bas-Rhin, la Meurthe-et-Moselle et les Pyrénées-Atlantiques, le taux de refus atteint 70 % dans l'Allier, 78 % en Charente et même 86 % en Seine-et-Marne.

S'il n'y a pas une obligation à déclarer un médecin traitant, il s'agit toutefois d'une condition pour assurer un suivi régulier et une bonne coordination du parcours de soins. Il permet aussi d'assurer les actes de prévention et de dépistage, avec un rôle particulièrement central pour les patients atteints d'une affection de longue durée, pour lesquels le médecin traitant établit le protocole de soins. De plus, les patients sans médecin référent sont pénalisés dans leurs remboursements par l'assurance maladie : alors que le remboursement chez un médecin généraliste en secteur 1 couvre normalement 70 % du coût de la consultation, ce remboursement est de seulement 30 % si le patient n'a pas de médecin traitant déclaré <sup>(2)</sup>.

En cas d'impossibilité pour trouver un médecin traitant, les patients doivent saisir le médiateur de la caisse primaire d'assurance maladie, en expliquant leur situation et en précisant les médecins ayant refusé d'être médecins traitants. Le médiateur n'a pas la possibilité de contraindre un praticien à accepter de nouveaux patients en tant que médecin traitant. En janvier 2020, le directeur général de la CNAM a indiqué que l'organisme mettait désormais en place un « *dispositif pour que ces patients qui ont perdu leur médecin traitant, ou nous disent en chercher un, soient identifiés et que leur consultation soit bien remboursée sans application de pénalité* ». Ces dernières resteront valables pour les patients ne pouvant pas prouver qu'ils ont perdu leur médecin traitant ou qu'ils en cherchent un.

### **3. Une surcharge de travail pour les médecins généralistes en zones sur-denses, qui conduit à limiter leurs activités de prévention**

L'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) <sup>(3)</sup> a également montré que les médecins généralistes exerçant en zones d'intervention prioritaire (ZIP) ont un rythme de travail plus soutenu que la moyenne : ils ont une patientèle de 14 % plus élevée que leurs confrères des autres zones et effectuent 10 % de consultations en plus.

---

(1) <https://www.quechoisir.org/action-ufc-que-choisir-enquete-aupres-des-medecins-generalistes-pres-d-un-medecin-traitant-sur-deux-refuse-de-nouveaux-patients-n73175/>

(2) Il existe des exceptions : certaines consultations de spécialistes sont déjà accessibles et totalement remboursées hors parcours de soins. C'est le cas pour un rendez-vous chez un gynécologue, un ophtalmologue, un psychiatre, un neuropsychiatre ou un stomatologue. Par ailleurs, les enfants jusqu'à 16 ans sont remboursés normalement, qu'ils aient ou non un médecin traitant.

(3) INSEE, « Pratiques des médecins généralistes dans les territoires devenus zones d'intervention prioritaire », Julie Silhol, Blandine Legendre et Martin Monziols, INSEE Analyses n° 51, 19 mai 2020.

Figure 1 - Comparaison des activités des médecins, entre les territoires devenus zones d'intervention prioritaire (ZIP) et les autres zones

	Zones devenues ZIP	Autres zones	Écarts zones devenues ZIP / autres zones	
			Bruts	Toutes choses égales par ailleurs <sup>1</sup>
Nombre de consultations ou visites effectuées (par an)	6 004	5 084	18,1 %	10,4 % <sup>***</sup>
Nombre de patients distincts vus (par an)	1 915	1 564	22,4 %	14,0 % <sup>***</sup>
Temps de travail total (en nombre d'heures par semaine)	52,7	53,2	- 0,9 %	1,3 % <sup>ns</sup>
A suivi au moins une demi-journée ou soirée de formation continue (en %)	79	87	- 8 points	0,6 % <sup>*** 2</sup>
Formation continue (en nombre de demi-journées ou soirées par an) <sup>3</sup>	11,4	11,8	- 3,0 %	- 14,1 % <sup>**</sup>
Nombre de médecins interrogés	195	1 295		

Source : INSEE, 2020.

Globalement, la patientèle des médecins traitants est en augmentation : si elle était en moyenne de 943 patients par médecin généraliste en 2018, elle est de 971 patients <sup>(1)</sup> en 2021.

L'INSEE montre également que **les médecins exerçant en ZIP ont moins effectué certains actes de prévention** que leurs collègues. Ce constat est particulièrement significatif pour les dépistages des cancers du col de l'utérus et du sein, ainsi que pour la vaccination des personnes âgées. Des études ont établi de longue date le lien entre l'augmentation du rythme de consultation et la baisse des actes de prévention <sup>(2)</sup>. **Le fait d'habiter dans un désert médical peut se traduire pour les populations concernées par un moindre accès aux actions de prévention**, qui, outre les dépistages et vaccinations, peuvent porter sur les **conduites addictives**, les **maladies professionnelles**, ou encore les **grossesses précoces**. Selon M. Fabrice Lenglard, directeur de la DREES, auditionné par le rapporteur, **le lien entre désertification médicale et moins bon état de santé des populations n'a pas fait l'objet d'études et n'est pas documenté aujourd'hui**. Toutefois, **au regard des données disponibles**, mentionnées *supra* – par exemple le creusement de l'écart d'espérance de vie entre les habitants de milieux ruraux et urbains, atteignant deux ans en défaveur des zones rurales –, **un tel lien apparaît très plausible**, et mériterait d'être étudié de façon précise.

**À cet égard, et alors que la question des déserts médicaux occupe le débat public depuis près de trois décennies, il apparaît indispensable de conduire des travaux approfondis sur les conséquences des difficultés d'accès aux soins sur l'état de santé des populations, afin de disposer de données précises et d'éclairer les débats par des conclusions étayées.**

(1) Données transmises au rapporteur par la Caisse nationale de l'assurance maladie.

(2) Zyzanski S.-J. et al., « Trade-offs in high-volume primary care practice », *The Journal of Family Practice*, 46(5), mai 1998.

Le défaut de prévention participe en tout état de cause à faire de la France un pays où, par exemple, l'espérance de vie en bonne santé chez les hommes reste inférieure à celle de certains de ses voisins <sup>(1)</sup> et où les 9 000 décès par suicide par an font figurer la France parmi les plus hauts taux de suicide d'Europe d'après Santé publique France <sup>(2)</sup>.

#### 4. Des difficultés liées aux permanences de soins

La désertification médicale peut aussi entraîner des difficultés en ce qui concerne la **permanence des soins ambulatoires** (PDSA). Le code de la santé publique fait obligation aux médecins de « *participer à la permanence des soins dans le cadre des lois et des règlements qui l'organisent* » (article R. 4127-77). Cette permanence implique tous les médecins, quel que soit leur mode d'exercice, mais ceux-ci peuvent satisfaire à ce devoir sur la base du « *volontariat et de la confraternité* » <sup>(3)</sup>.

Si, d'après l'Ordre des médecins, ce système fonctionne globalement bien, les difficultés rencontrées résultent principalement du manque de médecins, en lien avec la démographie médicale ou avec le « *désengagement des médecins libéraux* » <sup>(4)</sup>. En effet, **seulement 38,1 % des médecins ont participé à la PDSA en 2019**, en légère diminution par rapport à 2018 (39,8 %). À 89 %, la PDSA est assurée par des médecins libéraux installés. En outre, 35 % des territoires de permanence de soins sont aujourd'hui couverts par moins de dix médecins volontaires, et 17 % le sont par moins de cinq médecins. Ainsi, la Fédération hospitalière de France propose qu'une obligation de participation à la permanence de soins soit introduite dès le 1<sup>er</sup> janvier 2023 <sup>(5)</sup>.

## II. LE FAIBLE SUCCÈS DES MESURES MISES EN ŒUVRE POUR ENDIGUER LA DÉSERTEIFICATION MÉDICALE APPELLE DÉSORMAIS À UNE RÉACTION RAPIDE ET D'AMPLEUR

### A. UN EMPILEMENT DE MESURES POUR ESSAYER D'ENDIGUER LA DÉSERTEIFICATION MÉDICALE

En 2017, la Cour des comptes avait dressé un bilan alarmant des « *modes de régulation* » des professions médicales, mentionnant notamment des « *mesures correctrices notoirement insuffisantes* » <sup>(6)</sup>. En effet, les politiques publiques visant

---

(1) DREES, « Les Français vivent plus longtemps, mais leur espérance de vie en bonne santé reste stable », *Études et Résultats*, n° 1046, janvier 2018.

(2) <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2019/suicide-et-tentative-de-suicides-donnees-nationales-et-regionales>

(3) <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/l'exercice-profession-art-69-108/1-regles-communes-modes-d'exercice-art-69-84-7>

(4) <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/bilan-permanence-soins-2019>

(5) <https://xn--ambitionsant2022-mqb.fhf.fr/30-propositions/axe-1/un-pacte-pour-lacces-aux-soins-de-tous>

(6) Cour des comptes, « L'avenir de l'assurance maladie. Chapitre III : Des modes de régulation en échec », novembre 2017.

à endiguer le phénomène de désertification médicale font l'objet d'un empilement avec une **faible vision d'ensemble**. Lors de leur audition, les directeurs généraux des agences régionales de santé conviés ont convenu qu'il était très difficile pour eux de mesurer l'efficacité des mesures d'incitation et de soutien à l'installation de professionnels de santé dans les territoires identifiés comme sous-denses.

Ces politiques visant à diversifier les zones d'installation des professionnels de santé, en particulier des médecins, ont pris plusieurs formes. La première est celle de **l'incitation**. Des contrats ont ainsi été créés pour inviter, avec des contreparties, des jeunes médecins à s'établir dans des zones moins dotées. C'est le cas en particulier du **contrat d'engagement de service public**, créé par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. L'efficacité de ce contrat est très discutée <sup>(1)</sup>. Créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020, le « **contrat de début d'exercice** » remplace quatre autres contrats de praticien territorial préexistants, ceux de praticien territorial de médecine ambulatoire (PTMA), de médecine générale (PTMG), de remplacement (PTMR) et de praticien isolé à activité saisonnière (Pias) <sup>(2)</sup>, afin d'inciter les jeunes médecins à s'installer dans des zones peu dotées.

De nombreuses aides conventionnelles avec l'assurance maladie ont aussi été mises en œuvre (contrats d'aide à l'installation pour les médecins, contrats de stabilisation et de coordination des médecins, contrats de transition pour les médecins et contrats de solidarité territoriale médecin). Pour résumer, selon la déléguée nationale à l'accès aux soins, « *les aides incitatives proposées par l'État semblent avoir été construites par empilement historique, au coup par coup, sans réelle vision d'ensemble, ce qui les rend par nature peu lisibles pour leurs bénéficiaires potentiels* » <sup>(3)</sup>.

**L'exercice coordonné** est également soutenu en vue de créer un cadre attractif pour la pratique de la médecine, tout en évitant l'isolement des médecins. La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 a ainsi créé les équipes de soins primaires (article L. 1411-11-1 du code de la santé publique), prenant la forme d'un centre de santé ou d'une maison de santé.

Cette même loi du 26 janvier 2016 a également créé les **communautés professionnelles territoriales de santé** (CPTS), en vue d'assurer une meilleure coordination des professionnels de santé de la ville et de l'hôpital, de structurer les parcours de santé et de réaliser les objectifs du projet régional de santé. Les auditions de votre rapporteur ont montré que ces CPTS, souvent poussées par les ARS, commencent à se déployer sur le territoire, certaines étant des « coquilles vides », d'autres étant encore très fortement centrées autour des professionnels libéraux. Une minorité de CPTS a commencé un véritable travail de coordination entre l'ensemble des acteurs, y compris les établissements médico-sociaux. Les

---

(1) Cf. commentaire de l'article 2 de la proposition de loi.

(2) Cf. commentaire de l'article 4 de la proposition de loi.

(3) Rapport du Dr Sophie Augros, déléguée nationale à l'accès aux soins, « Évaluation des aides à l'installation des jeunes médecins », septembre 2019 (page 17).

CPTS semblent avoir plus de difficulté à se créer dans les « hyper centres », où les acteurs sont plus entremêlés <sup>(1)</sup>.

Afin d'assurer une meilleure répartition du temps de travail, le législateur a aussi prévu des **extensions de compétences** de professions mieux réparties sur le territoire. La loi du 26 janvier 2016 a par exemple permis aux sages-femmes de réaliser des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse et leur a octroyé le droit de prescrire des vaccins et de vacciner la femme et le nouveau-né. Les sages-femmes ont aussi été autorisées à vacciner les enfants par la loi du 24 juillet 2019 citée *infra*. La loi du 26 janvier 2016 a également permis aux orthoptistes de dépister et d'évaluer les troubles de la vision et a défini un régime général pour les **pratiques avancées**, qui permettent à des professionnels paramédicaux d'exercer des missions et compétences plus étendues, jusqu'ici dévolues aux seuls médecins (article L. 4301-1 du code de la santé publique).

La **loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019** relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (« OTSS »), traduisant le plan « Ma Santé 2022 », a permis d'enclencher des actions complémentaires en fixant des objectifs ambitieux tels que :

- le recrutement de 400 médecins salariés ;
- le déploiement de 4 000 assistants médicaux dès 2019, en vue de libérer du temps de travail pour les médecins. D'après la Caisse nationale de l'assurance maladie, auditionnée par votre rapporteur, ce sont uniquement 2 505 contrats qui étaient signés ou en cours de signature à la fin du mois de septembre 2021, représentant 1 233 équivalents temps plein <sup>(2)</sup> ;
- la généralisation obligatoire du stage en soins premiers en autonomie supervisée (Saspas) pour les étudiants de dernière année de médecine générale, pour au moins six mois et en priorité dans les zones sous-denses ;
- la transformation du *numerus clausus* en *numerus apertus* <sup>(3)</sup> ;
- l'obligation pour les conventions médicales entre l'assurance maladie et les médecins de « *déterminer les conditions dans lesquelles les médecins participent à la réduction des inégalités territoriales dans l'accès aux soins* » ;
- la création de la notion de « projet territorial de santé » commun à la ville et à l'hôpital, élaboré par les CPTS et les établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux ;

---

(1) Table-ronde organisée par le rapporteur avec des acteurs hospitaliers.

(2) Réponses de la Caisse nationale de l'assurance maladie à votre rapporteur.

(3) Cf. commentaire de l'article 1<sup>er</sup> de la proposition de loi.

– la rénovation du cadre juridique applicable aux hôpitaux de proximité, avec l’objectif d’en labelliser 500 d’ici 2022 <sup>(1)</sup>.

Le développement de la **télé médecine**, largement poussé par la crise sanitaire, a aussi pu apparaître comme une solution partielle aux difficultés posées par la désertification médicale. La loi du 24 juillet 2019 a ainsi étendu aux pharmaciens et aux auxiliaires médicaux la faculté de réaliser des actes par le biais de technologies de l’information et de la télécommunication (« télésoin »). Les auditions du rapporteur ont toutefois confirmé que cette option ne saurait à elle seule constituer une solution pérenne pour l’accès aux soins, tant le contact entre les professionnels et les patients constitue un élément crucial de la prise en charge, et compte tenu des difficultés d’accès de certaines populations, notamment parmi les personnes âgées, aux outils numériques. En 2019, le Défenseur des droits a ainsi publié une étude intitulée « Dématérialisation et inégalités d’accès aux services publics ». Celle-ci indiquait clairement que « *les effets de la dématérialisation des procédures administratives se traduisent pour beaucoup d’usagers par un véritable recul de l’accès à leurs droits* » <sup>(2)</sup>, en raison notamment de « *problèmes liés à l’existence de nombreuses zones blanches ou grises* », à « *un accès effectif à une connexion internet encore perfectible* », à des « *difficultés d’accès au matériel informatique* » et à « *une conception et un déploiement des sites internet parfois inadaptés* ».

Les **collectivités territoriales** sont aussi fortement mobilisées, parfois en parallèle de l’État. Celles-ci peuvent donc chercher à mettre en œuvre sur leurs territoires des initiatives que le Sénat a qualifiées de « *créatives mais coûteuses* » <sup>(3)</sup> : prêt de logement, primes d’installation, participation aux frais de déplacement, aides à recherche d’emploi pour le conjoint, construction d’équipements dédiés à un exercice collégial, salariat *etc.* En créant le premier centre de santé départemental, la Saône-et-Loire a permis par exemple de recruter, entre 2017 et 2019, 55 médecins généralistes salariés et d’ouvrir 24 lieux de consultations <sup>(4)</sup>.

Ces initiatives peuvent créer de nouvelles concurrences entre les territoires. À titre d’exemple, certains contrats de plan État-région prévoient des dispositions liées à la santé, comme c’est le cas par exemple en Centre-Val de Loire <sup>(5)</sup>, et peuvent par exemple accélérer la création de CPTS. D’autres contrats, comme celui de Normandie, ne prévoient pas de dispositions sur la santé. Ce constat ne peut qu’accentuer une différenciation territoriale difficile à expliquer.

---

(1) Cf. *commentaire de l’article 6 de la proposition de loi*.

(2) Défenseur des droits, « *Dématérialisation et inégalités d’accès aux services publics* », 2019 (page 10).

(3) Sénat, *rapport d’information précité de MM. Hervé Maurey et Jean-François Longeot* (page 48).

(4) Sénat, *rapport d’information fait au nom de la délégation sénatoriale aux collectivités territoriales et à la décentralisation sur « Les collectivités à l’épreuve des déserts médicaux : l’innovation territoriale en action »*, par M. Philippe Mouiller et Mme Patricia Schillinger, sénateurs, octobre 2021 (pages 21 et suivantes).

(5) <https://www.centre-valde Loire.fr/agir/valoriser-le-territoire/le-contrat-de-plan-etat-region-2021-2027>

Plusieurs **constats** peuvent être faits en ce qui concerne les dispositifs d'aide à l'installation des professionnels de santé en zones sous-denses. D'abord, aucune solution ne saurait, à elle seule, résoudre rapidement ce problème structurel. C'est pourquoi la **multiplication des types de dispositifs et des leviers d'action** apparaît comme une politique raisonnable. Toutefois, il est régulièrement constaté que l'État a procédé par accumulation, voire empilement de politiques publiques, dont la **lisibilité financière et administrative est très complexe** et dont les évaluations manquent cruellement, alors que la Cour des comptes réclame une telle évaluation au moins depuis 2017 <sup>(1)</sup>. Le choix fait par la loi du 24 juillet 2019 de prolonger des politiques publiques sans évaluation préalable apparaît donc comme contestable <sup>(2)</sup>.

Certains dispositifs peuvent en effet revêtir un très fort **effet d'aubaine** : un jeune médecin qui souhaiterait, dans tous les cas, s'installer dans une zone sous-dense peut bénéficier, quelle que soit sa situation, des aides précitées. Les auditions de votre rapporteur ont aussi pu montrer à quel point **l'absence de suivi et d'évaluation** d'ensemble des politiques publiques mises en œuvre pouvait conduire à une **forme de concurrence** entre les régions et territoires, les ARS ne disposant que de peu d'informations sur les politiques mises en œuvres dans les autres régions. Cette situation peut parfois aboutir à une forme de surenchère, dont certains médecins pourraient être tentés de tirer profit. La presse s'est ainsi faite l'écho en novembre 2021 d'exigences inacceptables d'un médecin dans la commune de Barneville-Carteret (Manche), qui demandait notamment « *une prime de délocalisation et d'installation, un logement et une voiture de fonction ainsi qu'un terrain permettant d'envisager une construction, une assurance de maintenir un salaire de 6 770 euros par mois après impôts* » <sup>(3)</sup>.

Enfin, il faut noter que l'empilement des mesures et leur gestion ne permettent pas de disposer d'une véritable **vision de l'aménagement du territoire**.

## **B. FACE À L'URGENCE DE LA SITUATION, LA NÉCESSITÉ D'UNE ACTION VOLONTARISTE ET AMBITIEUSE**

Les personnes auditionnées par votre rapporteur comme les différents rapports réalisés sur ce sujet s'accordent sur un constat clair : sans une action rapide, **la France va connaître, dans les dix prochaines années, une aggravation du phénomène de désertification médicale**. Les projections démographiques sont claires : aucune remontée du nombre de médecins n'est à attendre avant 2030 et celle-ci, si elle intervient, ne suffira pas à compenser la hausse anticipée de la demande de soins, du fait en particulier du vieillissement de la population. **Il n'y a enfin aucune garantie que cette augmentation potentielle du nombre de médecins, sans dispositif plus coercitif, ne se traduise par des installations dans les zones sous-dotées, et donc par une meilleure répartition de l'offre de soins sur le territoire.**

---

(1) Cour des comptes, « L'avenir de l'assurance maladie », novembre 2017.

(2) Sénat, rapport d'information précité de MM. Hervé Maurey et Jean-François Longeot (page 45).

(3) Le Point, « Les folles exigences d'un médecin pour s'installer dans le Cotentin », 11 novembre 2021.

C'est pourquoi de nombreux organismes formulent des propositions pour permettre à la France d'endiguer rapidement la problématique des déserts médicaux, en sortant de la seule logique incitative, coûteuse et peu efficace, pour aller vers des mesures de régulation des installations. À ce titre, le **conventionnement sélectif des médecins** <sup>(1)</sup> est promu dans des rapports de la Cour des comptes <sup>(2)</sup>, du Sénat <sup>(3)</sup>, de l'Assemblée nationale <sup>(4)</sup> et de la direction générale du Trésor <sup>(5)</sup> comme une solution pour rééquilibrer la répartition territoriale des médecins. Le Conseil national de l'Ordre des médecins avait également, en 2012 <sup>(6)</sup>, envisagé de mettre en place une telle mesure.

Les analyses s'entendent aussi sur la nécessité d'adapter la **formation des futurs professionnels de santé**, au-delà de la seule suppression du *numerus clausus*, qui ne produira pas d'effets rapides. Des stages encore trop centrés autour des centres hospitalo-universitaires (CHU) et trop peu au sein de la médecine de ville restent des obstacles structurels à la découverte d'un autre type de médecine, pouvant créer des vocations. Les auditions de votre rapporteur ont permis de souligner le **manque de maîtres de stage des universités** (MSU). Cette situation est tellement préoccupante que, bien qu'il soit obligatoire, le stage de médecine générale de deuxième cycle de la formation n'est pas effectué par tous les étudiants <sup>(7)</sup>. Or, d'après une enquête du Conseil national de l'Ordre des médecins, 68 % des étudiants de deuxième année interrogés et 83 % de ceux de troisième cycle ont affirmé que leur stage en médecine générale leur avait donné envie de pratiquer cette spécialité <sup>(8)</sup>.

La direction générale du Trésor propose également que le nombre de places dans des « *spécialités prisées* » soit redistribué vers des « *zones relativement moins attractives* », afin de faire en sorte qu'un plus grand nombre d'étudiants puissent y réaliser leur internat et ensuite s'y installer. Enfin, les contrats d'incitation à l'installation, en particulier le contrat d'engagement de service public, doivent rapidement monter en charge pour espérer avoir une véritable efficacité.

Prenant acte de tous ces travaux, de la situation particulièrement inquiétante dans laquelle la France se trouve au regard de l'accès aux soins et des perspectives d'aggravation au cours des prochaines années, le rapporteur estime indispensable d'apporter une réponse forte et volontariste, susceptible d'améliorer la situation à court terme et de répondre aux préoccupations légitimes de nos concitoyens. La

---

(1) Cf. commentaire de l'article 3 de la proposition de loi.

(2) Cour des comptes, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale précité, septembre 2017.

(3) Sénat, rapport d'information précité de MM. Hervé Maurey et Jean-François Longeot (pages 57 et suivantes).

(4) Assemblée nationale, rapport précité de la commission d'enquête, M. Alexandre Freschi, président, et M. Philippe Vigier, rapporteur (pages 184 et suivantes).

(5) Direction générale du Trésor, « Comment lutter contre les déserts médicaux ? », Trésor-Eco n° 247 (page 10).

(6) CNOM, « Accès aux soins : recommandations du CNOM », 2012.

(7) Direction générale du Trésor, op. cit. (page 11).

(8) Ibid.

présente proposition de loi propose plusieurs mesures de nature à participer à la résolution de ce phénomène :

– en prenant en compte les besoins des territoires comme critère central de la détermination du *numerus apertus* (article 1<sup>er</sup>) ;

– en généralisant le contrat d’engagement de service public (article 2) ;

– en instaurant le conventionnement sélectif des médecins (article 3) ;

– en renforçant les centres de santé, qui doivent être préférés aux incitations à l’installation, coûteuses et porteuses d’importants effets d’aubaine (article 4) ;

– en réaffirmant et précisant le principe de l’égal accès aux soins (article 5) ;

– en renforçant le maillage hospitalier, avec les hôpitaux de proximité (article 6).

## COMMENTAIRE DES ARTICLES

### *Article 1<sup>er</sup>*

#### **Territorialisation des capacités d'accueil des universités**

#### **I. LE DROIT EN VIGUEUR : UNE PROFONDE RÉFORME DES ÉTUDES DE SANTÉ RÉALISÉE EN 2019**

##### **A. LA FORMATION DES PERSONNELS MÉDICAUX EST ENCADRÉE PAR DES TEXTES EUROPÉENS ET NATIONAUX**

La formation des personnels médicaux (médecins, chirurgiens, sages-femmes) est régie par la directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles des professions réglementées. Celle-ci fixe un cadre commun accordant aux médecins diplômés dans un État membre de l'Union européenne la possibilité d'exercer soit de façon temporaire (libre prestation de services), soit de manière permanente (liberté d'établissement). Dans ce cadre, ce sont, en France, les codes de l'éducation, de la santé publique et plusieurs arrêtés qui réglementent les différentes formations médicales et paramédicales.

L'article L. 631-1 du code de l'éducation précise l'organisation des études de médecine, de pharmacie, d'odontologie et de maïeutique, sous l'autorité des ministres de l'enseignement supérieur et de la santé. Cet article est complété par le décret n° 2019-1125 du 4 novembre 2019 relatif à l'accès aux formations de médecine, de pharmacie, d'odontologie et de maïeutique et par l'arrêté du 4 novembre 2019 modifié relatif à l'accès aux formations de médecine, de pharmacie, d'odontologie et de maïeutique.

L'article a été modifié par la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, afin de mettre fin au précédent système de *numerus clausus* dans le cadre des études de médecine.

##### **B. LE *NUMERUS CLAUSUS* : UN SYSTÈME DE RÉGULATION DE LA FORMATION EN SANTÉ ENTRE 1971 ET 2020**

Le *numerus clausus* a été créé par la loi en juillet 1971<sup>(1)</sup>. À l'origine, il revenait à chaque université de fixer le nombre d'étudiants qu'elle pouvait accueillir. Après 1971, c'est l'État qui fixait par décret le nombre d'étudiants admis à poursuivre des études de médecine, de pharmacie, d'odontologie et de maïeutique au-delà de la première année commune des études de santé (PACES). L'objectif était à la fois de

---

(1) Loi n° 71-5557 du 12 juillet 1971 aménageant certaines dispositions de la loi n° 68-978 du 12 novembre 1968 d'orientation de l'enseignement supérieur.

faire face au nombre croissant de bacheliers s'inscrivant dans les filières d'études de santé mais aussi de « réguler le nombre de postes afin qu'il concorde avec les capacités d'accueil des établissements hospitaliers universitaires dispensant les formations »<sup>(1)</sup>.

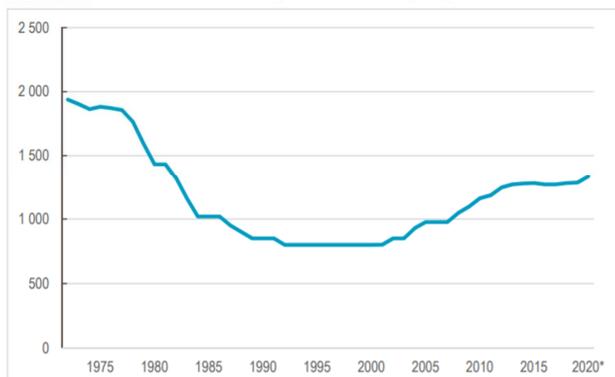
Le *numerus clausus* a connu des évolutions importantes entre 1970 et 2020. En particulier, entre 1977 et 1993, il est passé de 8 671 à 3 500, dans une période d'augmentation de la population française d'environ 8 %. Le *numerus clausus* diminue donc sur cette période de 16,3 à 6,1 pour 100 000 habitants<sup>(2)</sup>. Ce n'est qu'à partir de 1994 que ce plafond est peu à peu relevé. La loi du 7 juillet 2009 a donné des objectifs plus ambitieux au *numerus clausus* : « ce nombre tient compte des besoins de la population, de la nécessité de remédier aux inégalités géographiques et des capacités de formation des établissements concernés »<sup>(3)</sup>.

**Graphique 8 • Numerus clausus national pourvu en médecine depuis 1972**



Source : DREES, « Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? », mars 2021.

**Graphique 2 • Numerus clausus national pourvu en odontologie depuis 1972**



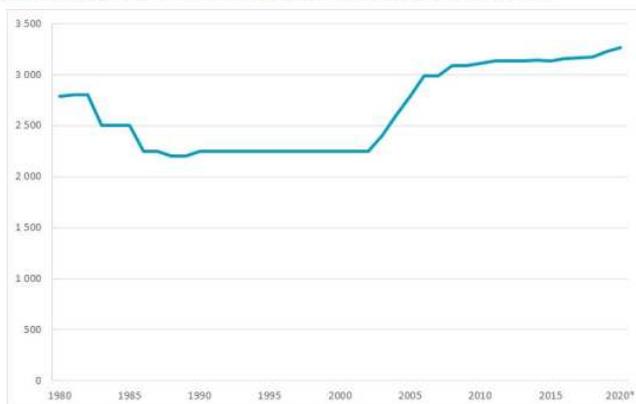
Source : DREES, « Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? », mars 2021.

(1) Direction générale du Trésor, op.cit.

(2) Ibid.

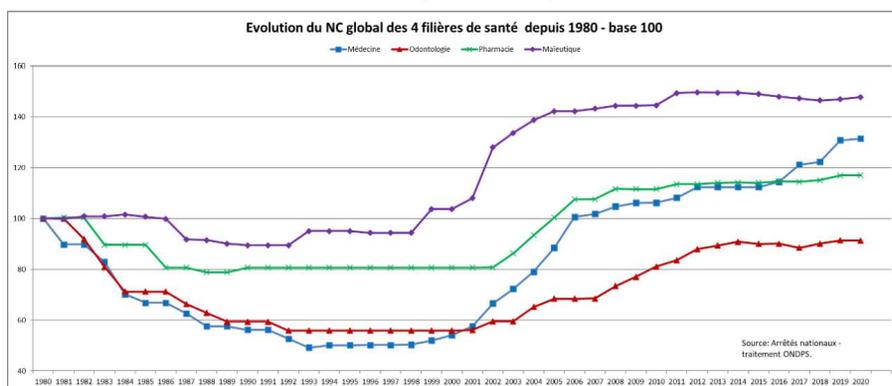
(3) Loi n° 2009-833 du 7 juillet 2009 portant création d'une première année commune aux études de santé et facilitant la réorientation des étudiants.

**Graphique 14 • Numerus clausus national pourvu en pharmacie depuis 1980**



Source : DREES, « Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? », mars 2021.

**FIGURE 2. ÉVOLUTION EN INDICE DU NUMERUS CLAUSUS (BASE 100 1980) POUR LES 4 FILIERES**



Source : Observatoire national de la démographie des professions de santé.

### Les profils sociologiques des étudiants en santé

Peu d'études existent sur la sociologie des étudiants en santé. La DREES avait réalisé, en 2006, une étude sur le profil des étudiants de médecine à l'issue des épreuves classantes nationales de 2005 <sup>(1)</sup>. Cette même direction a réalisé, en juillet 2015, une nouvelle étude sur le « *profil et parcours des étudiants en première année commune aux études de santé* » <sup>(2)</sup>. Celle-ci montre que quatre étudiants en études de santé sur dix ont des parents cadres supérieurs ou exerçant une profession libérale, contre trois sur dix pour l'ensemble des étudiants. À ce titre, l'étude souligne que les études de santé sont parmi « *les formations les plus clivées socialement, derrière les classes préparatoires aux grandes écoles* ».

Ensuite, le profil sociologique n'est pas sans impact sur la poursuite des études, dans la mesure où « *un enfant de cadre a deux fois plus de chance qu'un enfant d'ouvrier d'intégrer une deuxième année* » et 2,5 fois plus d'accéder à la filière de médecine. Enfin, 65 % des nouveaux inscrits étaient des femmes en 2013-2014.

Les données transmises par le ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation pour l'année 2020-2021 <sup>(3)</sup> montrent que cette tendance n'a pas changé. En effet, plus d'un étudiant sur deux (50,6 %) inscrit dans un cursus de médecine-odontologie a des parents « *cadres et de professions intellectuelles supérieures* », contre seulement 5,2 % d'enfants d'ouvriers, 9,5 % d'enfants d'employés et 8,7 % d'enfants d'agriculteurs. Les enfants de cadres y sont plus nombreux que dans les autres filières universitaires (30,4 %) et que dans les écoles de commerce (48,6 %). Seules les classes préparatoires aux grandes écoles ont un taux supérieur (52,1 %). Globalement, 48,3 % des étudiants en études de santé sont enfants de cadres ou de professions intellectuelles supérieures <sup>(4)</sup>.

À la lumière de ces données, on peut s'interroger sur l'incidence de cette sociologie étudiante sur les choix d'installation professionnelle des jeunes médecins : le fait d'être issu de milieux majoritairement favorisés, probablement plus urbains, peut conduire plus naturellement à s'installer dans les métropoles. On peut penser qu'une plus grande démocratisation des études de médecine, avec une population étudiante reflétant davantage notre société dans son ensemble, se traduirait par une répartition plus homogène sur le territoire des jeunes médecins, qui seraient plus enclins à venir exercer dans des territoires dont ils sont issus, par exemple.

---

(1) Anne-Chantal Hardy-Dubernet et Yann Faure, « *Le choix d'une vie... Étude sociologique des choix des étudiants de médecine à l'issue des épreuves classantes nationales 2005* », DREES, document de travail n° 66, 1<sup>er</sup> décembre 2006.

(2) DREES, Laurent Fauvet, Steve Jakoubovitch et Fanny Mikol, « *Profil et parcours des étudiants en première année commune aux études de santé* », *Études et Résultats* n° 0927, juillet 2015.

(3) <https://www.education.gouv.fr/reperes-et-references-statistiques-2021-308228>

(4) Dont 47,5 % en études de pharmacie et 41,4 % en études « plurisanté ».

## 2 Origine sociale des étudiants de nationalité française dans les universités (1) selon la discipline en 2020-2021, en %

	Agriculteurs, artisans, commerçants et chefs d'entreprise	Cadres et professions intellectuelles supérieures	Professions intermédiaires	Employés	Ouvriers	Retraités et inactifs	Ensemble (1)	Proportion de valeurs manquantes	Effectifs
Droit, sciences politiques	10,0	35,9	13,4	16,8	9,3	14,6	100,0	6,5	190 990
Sciences économiques, gestion	11,3	29,4	14,1	18,8	12,8	13,5	100,0	9,6	164 182
AES	8,5	19,6	14,3	21,4	15,7	20,5	100,0	6,6	29 044
Pluridroit, sciences économiques, AES	8,5	21,5	12,9	20,9	15,0	21,2	100,0	4,3	2 702
Total économie, AES	10,9	27,8	14,1	19,3	13,3	14,7	100,0	9,0	195 928
Arts, lettres, sciences du langage	7,2	30,0	15,8	19,4	9,7	18,0	100,0	10,6	75 508
Langues	7,7	21,6	15,3	22,8	13,5	19,0	100,0	5,9	92 769
Sciences humaines et sociales	8,0	27,3	15,9	18,9	11,6	18,4	100,0	9,3	286 238
Plurilittres, langues, sciences humaines	6,6	31,3	15,0	19,1	9,1	19,0	100,0	10,6	7 193
Total arts, lettres, langues, SHS	7,8	26,6	15,7	19,8	11,7	18,5	100,0	8,9	461 708
Sciences fondamentales et application	8,7	35,1	16,6	16,6	11,1	11,9	100,0	6,4	198 422
Sciences de la nature et de la vie	9,5	33,2	16,6	17,2	10,7	12,9	100,0	5,6	88 348
Plursciences	7,8	29,6	16,4	19,7	12,4	14,1	100,0	5,9	13 755
Total sciences	8,9	34,3	16,6	16,9	11,0	12,3	100,0	6,2	300 525
Staps	8,8	30,2	19,0	21,2	11,9	8,9	100,0	3,8	59 885
Total disciplines générales	9,0	30,4	15,5	18,6	11,4	15,2	100,0	7,6	1 209 036
Médecine-odontologie	8,7	50,6	12,5	9,5	5,2	13,4	100,0	15,1	138 409
Pharmacie	10,1	47,5	12,7	10,3	7,8	11,5	100,0	6,8	22 223
Plursanté	9,6	41,4	15,4	15,9	8,6	9,1	100,0	1,9	38 827
Total disciplines de santé	9,1	48,3	13,2	11,0	6,3	12,3	100,0	11,6	199 459
Total	9,0	32,8	15,2	17,6	10,7	14,8	100,0	8,2	1 408 495

► Champ : France métropolitaine + DOM.

1. Hors valeurs manquantes.

© SIES

Source : ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation.

## C. LA FIN DU NUMERUS CLAUSUS ET LA CRÉATION DU NUMERUS APERTUS

● Le *numerus clausus* a rapidement été critiqué pour l'absence de « concertation régionale et nationale » menée pour le définir et sur la faible prise en compte réelle des « besoins de la population »<sup>(1)</sup>. La possibilité pour les étudiants de poursuivre leurs études dans d'autres pays européens permettait également de contourner le *numerus clausus*. En outre, l'efficacité du *numerus clausus* était fortement contrebalancée par l'afflux de professionnels à diplôme étranger, représentant un quart des nouvelles inscriptions à l'Ordre des médecins chaque année depuis 2007-2008<sup>(2)</sup>.

Le rapport relatif à l'adaptation des formations aux enjeux actuels du système de santé<sup>(3)</sup> préconisait en septembre 2018 la « suppression du *numerus clausus* et [son] remplacement par des populations définies par les capacités d'accueil en fonction des sites universitaires », la « mise en place d'un recrutement progressif sur les trois années de licence premier cycle orientant vers des filières intégrées dans une licence commune à plusieurs professions de santé » et la « régulation du nombre d'étudiants en fonction des capacités de formation et des critères académiques de chaque université ».

(1) Observatoire national de la démographie des professions de santé, Conférence nationale du 26 mars 2021, rapport et propositions, Objectifs nationaux pluriannuels de professionnels de santé à former (2021-2025) [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_cn\\_propositions\\_onp\\_26\\_mars\\_maj19avril.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_cn_propositions_onp_26_mars_maj19avril.pdf)

(2) Cour des comptes, rapport sur l'application de lois de financement de la sécurité sociale, chapitre III : « Des modes de régulation en échec », septembre 2017 (page 123).

(3) Antoine Tesnière, Stéphanie Rist et Isabelle Riom, « Adapter les formations aux enjeux du système de santé », rapport final, septembre 2018.

[https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/masante2022\\_rapport\\_adaptation\\_des\\_formation.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/masante2022_rapport_adaptation_des_formation.pdf)

• Ainsi, l'article 1<sup>er</sup> de la loi du 24 juillet 2019 met en œuvre cette recommandation en intégrant l'accès en première année à Parcoursup et en supprimant le *numerus clausus* dans sa version précédente, avec pour objectif d'élargir l'accès en deuxième année des filières de santé.

Désormais, l'article L. 631-1 du code de l'éducation prévoit que c'est la capacité d'accueil en deuxième année par les universités qui définit le nombre d'étudiants qui peuvent y être admis. Ce nouvel article s'est inscrit dans le cadre de la réforme des études de santé prévue par le plan « Ma Santé 2022 ». À ce titre, comme le prévoit le décret du 4 novembre 2019 pris pour son application, l'accès en deuxième année est désormais ouvert, à compter de l'année universitaire 2020-2021, aux étudiants relevant principalement de trois types de parcours : étudiants en parcours accès santé spécifique (PASS) ; étudiants inscrits en licence accès santé (L.AS) ; étudiants titulaires d'un titre ou d'un diplôme d'État d'auxiliaire médical.

Cet accès se fait dans la mesure des capacités d'accueil de ces formations. Ces dernières sont définies, depuis la loi de 2019, par les universités, sur une base annuelle, au regard d'objectifs pluriannuels d'admission tenant compte des capacités de formation et des besoins de santé des territoires. Arrêtés par les ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur, ces objectifs pluriannuels sont définis pour cinq ans, après la tenue d'une conférence nationale chargée de présenter les propositions concertées. La première a eu lieu le 26 mars 2021.

• Une fois ces objectifs pluriannuels déterminés, « *il revient ensuite aux universités et aux écoles de maïeutique, en lien avec les ARS, de déterminer les objectifs pluriannuels d'admission en 1<sup>ère</sup> année du 2<sup>e</sup> cycle, et d'en déduire les capacités d'accueil en 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> années du 1<sup>er</sup> cycle pour les quatre formations (médecine, pharmacie, odontologie, maïeutique)* »<sup>(1)</sup>. Les étudiants doivent, en vertu de l'article L. 631-1 du code de l'éducation, avoir validé leur parcours de formation antérieur dans l'enseignement supérieur et réussi des épreuves, qui sont déterminées par un décret en Conseil d'État<sup>(2)</sup>.

---

(1) Observatoire national de la démographie des professions de santé, Conférence nationale du 26 mars 2021, rapport et propositions précités.

(2) Comme l'indique le Conseil d'État dans sa décision du 8 juillet 2021, « le décret du 4 novembre 2019 prévoit que les étudiants peuvent, sous certaines conditions, présenter deux fois leur candidature à cette admission en deuxième année de ces formations, étant toutefois relevé qu'ainsi qu'il résulte des dispositions combinées de ce décret et de l'arrêté du 4 novembre 2019 de la ministre des armées, de la ministre des solidarités et de la santé et de la ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation, ils ne peuvent être inscrits qu'une fois en PASS et que la seule inscription en PASS vaut utilisation d'une des deux possibilités de candidature ».

L'arrêté du 13 septembre 2021 <sup>(1)</sup> précise ainsi que « *l'objectif national pluriannuel relatif au nombre de professionnels de santé à former en médecine, pour la période 2021-2025, est défini à 51 505* ». Selon l'Observatoire national de la démographie des professions de santé, « *les déterminants du nombre de professionnels de santé à former pouvaient être regroupés en 4 grandes catégories : démographie des professionnels de santé, besoins de santé, organisation du système de santé, et capacités de formation* » <sup>(2)</sup>.

Le décret du 4 novembre 2019 <sup>(3)</sup> prévoit que, pendant une durée de deux ans à compter de la rentrée universitaire 2020, un arrêté des ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur peut autoriser certaines universités à déroger au pourcentage précité, dans la limite de 70 % du nombre total de places proposées. Enfin, l'arrêté du 4 novembre 2019 <sup>(4)</sup> prévoit que le nombre de places en deuxième année, pour l'année universitaire 2021-2022, est arrêté par chaque université au plus tard le 31 mars 2020 et porté à la connaissance des étudiants sur le site internet des universités.

Le *numerus clausus* comme le nouveau système issu de la loi de 2019 ont en commun de maintenir une régulation quantitative des professionnels formés. La régulation existe dans la plupart des pays de l'OCDE <sup>(5)</sup>. La loi de 2019 visait à assurer une meilleure concertation avec l'ensemble des acteurs et à « *impose[r] une approche territoriale d'analyse prospective des besoins en professionnels de santé, en fonction des besoins en santé* » <sup>(6)</sup>.

Saisi par des associations étudiantes qui demandaient l'annulation de l'arrêté interministériel fixant le nombre de places en deuxième année allouées aux étudiants en première année de PACES, le Conseil d'État a considéré, dans sa décision du 8 juillet 2021 <sup>(7)</sup>, que « *la répartition des places en deuxième année des études de santé peut être regardée comme ayant été faite, de manière générale, à l'avantage des étudiants en PACES* », c'est-à-dire du système préalable à la loi de 2019. Le Conseil d'État observe également que quinze universités n'ont pas suffisamment augmenté leurs capacités d'accueil en deuxième année pour garantir que la mise en œuvre de la réforme ne se fasse pas au désavantage des étudiants inscrits en L.AS et en PASS.

---

(1) Arrêté du 13 septembre 2021 définissant les objectifs nationaux pluriannuels de professionnels de santé à former pour la période 2021-2025 (article 2).

(2) Observatoire national de la démographie des professions de santé, Conférence nationale du 26 mars 2021, rapport et propositions précités.

(3) IV de l'article 6.

(4) III de l'article 18.

(5) Panorama de l'OCDE, 2015.

(6) Observatoire national de la démographie des professions de santé, Conférence nationale du 26 mars 2021, rapport et propositions précités.

(7) <https://www.conseil-etat.fr/actualites/actualites/le-conseil-d-etat-juge-que-quinze-universites-doivent-augmenter-le-nombre-de-places-en-2eme-annee-d-etudes-de-sante-au-benefice-des-etudiants-en-la>

## II. LE DROIT PROPOSÉ : UNE TERRITORIALISATION DES CAPACITÉS D'ACCUEIL DES UNIVERSITÉS AFIN DE MIEUX PRENDRE EN COMPTE LES BESOINS DE SANTÉ DES TERRITOIRES

Le présent article propose de remplacer le critère de la capacité d'accueil des universités par un nouveau critère, fondé sur les besoins en soins médicaux des territoires, dans l'objectif de lutter contre les inégalités territoriales et sociales d'accès à l'offre de soin.

Le 1° propose donc d'abord de compléter les critères déterminant les capacités d'accueil des formations en deuxième et troisième années de premier cycle, en y ajoutant l'objectif de garantir la « *répartition optimale des futurs professionnels de santé sur le territoire au regard des besoins de santé* ».

Le 2° propose en parallèle de supprimer la nécessité de tenir compte, pour déterminer les capacités d'accueil, des « *capacités de formation* », pour ne conserver que les « *besoins de santé du territoire* ». L'objectif poursuivi par cette disposition est de donner la priorité à la prise en charge des besoins de santé des territoires, en investissant et en renforçant les capacités de formation en tant que de besoin, sans s'arrêter à une logique de moyens, lesquels détermineraient le nombre de professionnels formés. Il s'agit de faire en sorte que la formation médicale constitue le levier prioritaire d'une politique prenant en compte les besoins de santé des territoires, afin d'assurer par la suite une répartition optimale des futurs médecins en fonction des différentes situations régionales.

Enfin, le 3° du présent article propose de préciser que, pour définir les objectifs pluriannuels d'admissions en première année du deuxième cycle, doivent être prises en compte non seulement les inégalités territoriales, mais également les inégalités sociales, en matière d'accès aux soins. Il a en effet été établi que l'inégalité d'accès aux soins doit être mise en lien avec la situation sociale des patients : les personnes les plus pauvres présentent un risque huit fois supérieur de renoncer aux soins que le reste de la population si elles résident en zone sous-dense. Ce constat doit être pris en compte dans la définition des objectifs pluriannuels d'admission en première année du deuxième cycle.

\*

\* \*

*Article 2*

**Généralisation du contrat d'engagement de service public**

**I. LE DROIT EN VIGUEUR : UN CONTRAT VISANT À FAVORISER L'INSTALLATION DE JEUNES PROFESSIONNELS DE SANTÉ EN ZONES SOUS-DENSES**

**A. DÉFINITION ET FONCTIONNEMENT DU CONTRAT D'ENGAGEMENT DE SERVICE PUBLIC**

Le contrat d'engagement de service public (CESP) a été créé par l'article 46 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite « loi HPST »). Il a pour objectif de permettre une meilleure répartition des professionnels de santé sur le territoire national, en incitant les futurs professionnels à s'établir dans une zone sous-dense.

Ce dispositif a été étendu par l'article 47 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013 aux étudiants en odontologie à compter de la rentrée universitaire 2013-2014. L'article 8 de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé et le décret n° 2020-268 du 17 mars 2020 ont réformé le CESP <sup>(1)</sup>, qui ne peut désormais plus être conclu avec les étudiants du premier cycle mais uniquement avec les étudiants de deuxième et troisième cycles des études de médecine ou d'odontologie. Le dispositif a également été étendu aux praticiens à diplôme étranger hors Union européenne (PADHUE) autorisés à poursuivre un parcours de consolidation des compétences en médecine ou en odontologie.

Ce contrat est signé à tout moment durant les études médicales, à partir de la deuxième année. Les étudiants sélectionnés bénéficient d'une allocation de 1 200 euros bruts par mois, en contrepartie de laquelle ils s'engagent à exercer leurs fonctions, à compter de la fin de la formation et pour une durée égale à celle correspondant au versement de l'allocation et supérieure à deux ans, dans des zones considérées comme insuffisamment dotées en professionnels de santé. Ce contrat peut concerner tant des professionnels exerçant en libéral que comme salarié. En cas de défaut total ou partiel d'exécution du contrat, le bénéficiaire du CESP devra s'acquitter d'une indemnité égale au temps d'exercice non accompli. En plus de cette indemnité, il devra verser une pénalité comprise entre 200 euros et 20 000 euros.

Ainsi, à l'issue des épreuves classantes nationales à la fin du deuxième cycle des études médicales, les étudiants en médecine qui bénéficient du CESP choisissent un poste d'interne sur une liste établie par arrêté du ministre des solidarités et de la santé. Ce sont les directeurs généraux des ARS qui affectent

---

(1) Le décret du 17 mars 2020 relatif au contrat d'engagement de service public a abrogé le décret n° 2010-735 du 29 juin 2010 relatif au contrat d'engagement de service public durant les études médicales et le décret n° 2013-735 du 14 août 2013 relatif au contrat d'engagement de service public durant les études odontologiques.

ensuite les étudiants, en fonction de leur choix, de leur classement et des postes disponibles. Enfin, lors de la dernière année d'études, les étudiants bénéficiaires du CESP sont amenés à choisir un lieu d'exercice en fonction d'une liste nationale établie par le Conseil national de gestion, sur proposition des ARS.

Cette allocation, pour laquelle un recul d'analyse existe, semble plutôt bien connue et gérée, à la fois par les universités, les agences régionales de santé et le Centre national de gestion. Des enquêtes tendent à montrer que le CESP ne connaît pas de difficultés majeures de versement des allocations <sup>(1)</sup>.

## **B. UN NOMBRE TOUJOURS INSUFFISANT DE CESP PAR RAPPORT AU NOMBRE D'ÉTUDIANTS ET UNE RÉPARTITION INÉGALE SUR LE TERRITOIRE ET DANS LE PROFIL DES CANDIDATS**

### **1. Un nombre faible de CESP par rapport au nombre d'étudiants en médecine et en odontologie**

Le nombre cumulé de postes offerts en médecine entre les campagnes 2010-2011 (première année universitaire d'entrée en vigueur du CESP) et 2019-2020 s'établit à **4 794 CESP**. Entre la première et la dernière campagne, le nombre annuel de postes offerts a progressé de 58,5 %, avec une hausse encore plus forte de ceux offerts au statut « étudiant » par rapport au statut « interne » (augmentation de 67,5 % chez les étudiants, contre 48,5 % chez les internes).

En odontologie, le nombre cumulé de postes offerts depuis la première campagne (2013-2014) atteint 781 contrats, avec pour la campagne 2019-2020, une offre distincte pour les étudiants de deuxième cycle et les étudiants de troisième cycle. La progression relevée sur l'ensemble de la période pour les étudiants en odontologie est de 152 %. Toutefois, après une hausse continue du nombre de contrats, celui-ci a baissé en 2018-2019 puis, dans une plus forte proportion, en 2019-2020. Malgré ce mouvement, l'évolution générale, à la fois pour les étudiants et les internes, reste très positive (+ 160,4 %).

Après une augmentation de la part des étudiants en médecine de 2010 (50 %) à 2017 (54,9 %) par rapport aux internes, on observe une diminution depuis, avec une proportion revenant pour la dernière campagne à un taux plus proche de celui du départ (52,8 %). **Au total, pour la médecine et l'odontologie, ce sont donc seulement 5 575 CESP qui ont été conclus depuis la création du dispositif en 2010.**

---

(1) Résultats de l'enquête CESP de l'ISNAR – IMG, avril 2019.

Tableau 1 : Evolution du nombre de CESP offerts<sup>2</sup>

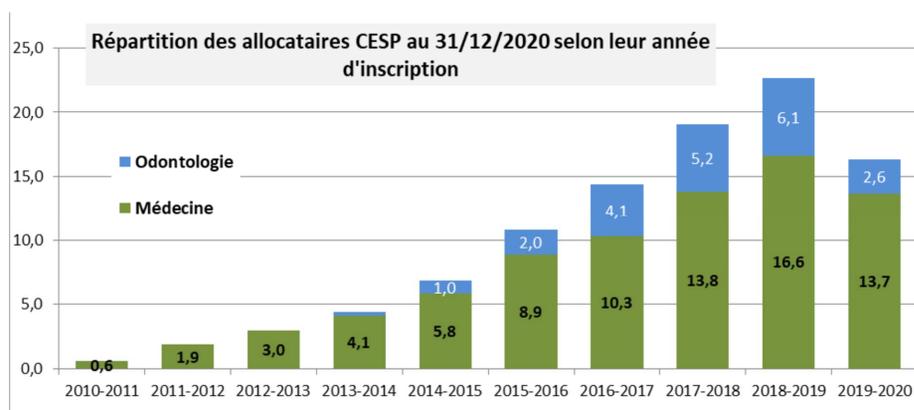
Discipline	Statut	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019	2019-2020	Total cumulé	Evolution 2010-2019 (en %)
Médecine	Etudiants	200	200	224	235	245	250	262	286	303	335	2 540	67,5
	Internes	200	200	205	215	210	216	216	235	258	299	2 254	49,5
	<b>Ensemble</b>	<b>400</b>	<b>400</b>	<b>429</b>	<b>450</b>	<b>455</b>	<b>466</b>	<b>478</b>	<b>521</b>	<b>561</b>	<b>634</b>	<b>4 794</b>	<b>58,5</b>
<i>Part des étudiants (%)</i>		<i>50,0</i>	<i>50,0</i>	<i>52,2</i>	<i>52,2</i>	<i>53,8</i>	<i>53,6</i>	<i>54,8</i>	<i>54,9</i>	<i>54,0</i>	<i>52,8</i>	<i>53,0</i>	
Odontologie	Etudiants	-	-	-	50	95	110	112	127	139	126	759	152,0
	Internes	-	-	-	-	-	-	-	-	-	22	22	-
	<b>Ensemble</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>50</b>	<b>95</b>	<b>110</b>	<b>112</b>	<b>127</b>	<b>139</b>	<b>148</b>	<b>781</b>	<b>196</b>
<i>Part des étudiants (%)</i>		<i>50,0</i>	<i>50,0</i>	<i>52,2</i>	<i>57,0</i>	<i>61,8</i>	<i>62,5</i>	<i>63,4</i>	<i>63,7</i>	<i>63,1</i>	<i>59,0</i>	<i>59,2</i>	
Ensemble	Etudiants	200	200	224	285	340	360	374	413	442	461	3 299	130,5
	Internes	200	200	205	215	210	216	216	235	258	321	2 276	60,5
	<b>Ensemble</b>	<b>400</b>	<b>400</b>	<b>429</b>	<b>500</b>	<b>550</b>	<b>576</b>	<b>590</b>	<b>648</b>	<b>700</b>	<b>782</b>	<b>5 575</b>	<b>95,5</b>
<i>Part des étudiants (%)</i>		<i>50,0</i>	<i>50,0</i>	<i>52,2</i>	<i>57,0</i>	<i>61,8</i>	<i>62,5</i>	<i>63,4</i>	<i>63,7</i>	<i>63,1</i>	<i>59,0</i>	<i>59,2</i>	

Source : Centre national de gestion.

Le nombre de CESP reste donc très marginal par rapport au nombre d'étudiants en médecine et en odontologie, alors que, pour donner un ordre de grandeur, en 2020, 9 361 places ont été ouvertes aux étudiants pour la deuxième année de médecine. À titre de comparaison, en 2019, 9 314 places ont été ouvertes en deuxième année et, pour cette même année universitaire, 700 CESP ont été offerts. Cela représente donc seulement environ 7,5 % des effectifs qui pourraient être concernés par ce dispositif.

Ainsi, en 2019, le Dr Sophie Augros, déléguée nationale à l'accès aux soins, indiquait que **426 signataires du CESP en médecine et 102 signataires en odontologie étaient en exercice** dans les zones en difficulté identifiées par les ARS <sup>(1)</sup>.

Plus encore, c'est la baisse de la part de CESP signés par rapport aux postes offerts qui est la plus significative : cette part n'est que de 51,1 % en médecine et de 43,2 % en odontologie pour la campagne 2019-2020, alors qu'elle était, en 2018-2019, de 73,4 % pour la médecine et de 104,3 % pour l'odontologie.



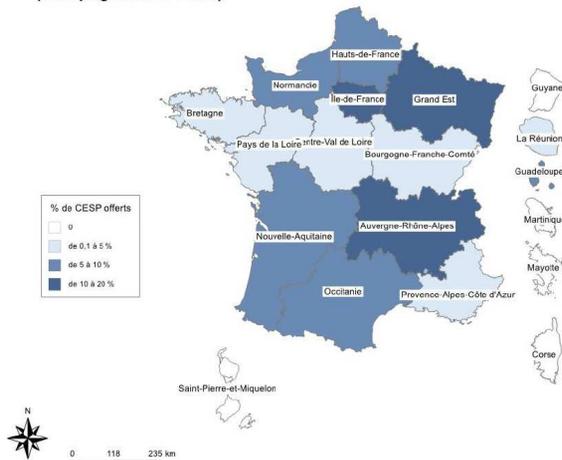
(1) Rapport précité du Dr Sophie Augros.

À ce titre, les analyses tendent à montrer que le CESP rencontre « *un succès, semble-t-il, modeste* » <sup>(1)</sup>. Concernant plus généralement les contrats proposés par l'État pour l'installation des jeunes médecins, le rapport du Dr Augros les qualifie de « *succès assez mitigé* » et indique que les aides conventionnelles avec l'assurance maladie semblent rencontrer un public plus large <sup>(2)</sup>.

## 2. Une répartition inégale des CESP sur le territoire

Les CESP sont inégalement répartis sur le territoire. Pour la campagne 2019-2020, l'Île-de-France en offre la plus grande proportion en médecine (17,5 %), suivie du Grand Est (15,5 %) et d'Auvergne-Rhône-Alpes (10,1 %).

**Répartition régionale des CESP offerts en médecine  
(Campagne 2019-2020)**



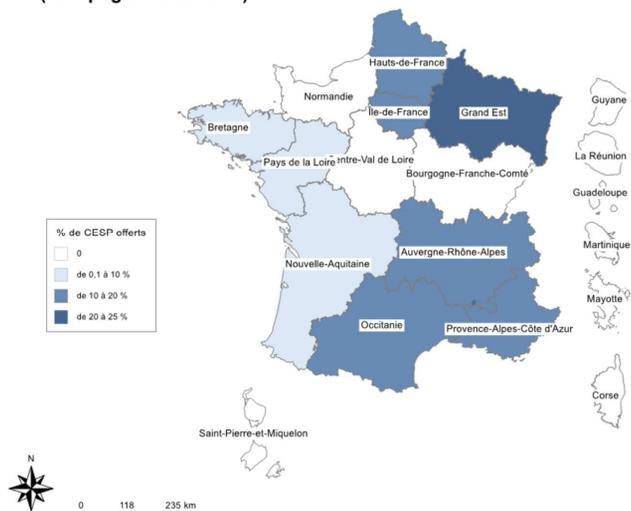
Source : Centre national de gestion.

(1) Direction générale du Trésor, op. cit.

(2) Rapport précité du Dr. Sophie Augros (pages 16 et 17).

En odontologie, c'est la région Grand Est qui offre le plus grand nombre de CESP (21,6 %), suivie de l'Île-de-France (13,5 %).

**Répartition régionale des CESP offerts en odontologie  
(Campagne 2019-2020)**



Source : Centre national de gestion.

Cette inégalité territoriale se retrouve dans les données relatives au nombre de candidats sélectionnés par région. Si, lors de la campagne 2019-2020, le nombre de postes offerts a progressé (+ 20,7 %), le nombre de contrats signés a quant à lui fortement chuté (− 30,0 %). En observant au niveau régional, le ratio de contrats signés sur le nombre de postes offerts en médecine, on constate que les Pays de la Loire (82 %) suivent l'Île-de-France, qui enregistre la plus forte proportion, avec 92,8 % de contrats signés. La Bourgogne-Franche-Comté, les Antilles, la Guyane et La Réunion sont quant à elles, en dessous du seuil des 40 % de contrats signés.

**C. UN RECOURS ENCORE FAIBLE DU FAIT D'UN « EMPILEMENT » ET DE LA COMPLEXITÉ DES DISPOSITIFS**

La multiplication des dispositifs d'aide est régulièrement évoquée pour évoquer ces difficultés d'accès. Un jeune médecin se voit ainsi proposer cinq types de contrats par l'ARS et quatre par l'assurance maladie, en dehors de ceux possiblement mis en place par les collectivités territoriales. Une clarification des dispositifs mérite donc d'être opérée et le CESP pourrait être le contrat le plus pertinent à élargir et dont il faudrait simplifier l'accès. Il est en effet le contrat le mieux connu des jeunes médecins <sup>(1)</sup>.

(1) Sondage réalisé par MG France auprès de ses adhérents (371 répondants), cité dans le rapport précité du Dr Sophie Augros.

En outre, le processus de sélection des candidats est particulièrement complexe. Comme l'indique le bilan annuel du Centre national de gestion, les étudiants de deuxième et troisième cycles des études de médecine ou d'odontologie souhaitant signer un CESP en font la demande auprès du directeur de leur unité de formation et de recherche (UFR) ou de la composante universitaire dont ils relèvent. La demande est accompagnée d'un dossier, dont la composition est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur. Chaque UFR doit mettre en place une commission de sélection, dont les membres sont définis au préalable, selon qu'il s'agisse de la filière médicale ou odontologique.

Une fois les candidats retenus, ils sont convoqués à un entretien individuel afin que la commission puisse apprécier leur projet professionnel. La décision tient compte des résultats universitaires et des projets professionnels pour l'ensemble des candidats. La commission procède au classement des candidats par ordre de mérite. Le candidat auquel un contrat est proposé dispose d'un délai de trente jours pour faire parvenir le contrat signé, par tout moyen donnant date certaine à sa réception, au directeur général du Centre national de gestion.

## **II. LE DROIT PROPOSÉ : GÉNÉRALISER LE CESP POUR LES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE ET EN ODONTOLOGIE**

- Le présent article vise à généraliser le contrat d'engagement de service public à tous les étudiants en médecine et en odontologie et à tous les PADHUE autorisés à poursuivre un parcours de consolidation des compétences en médecine ou en odontologie.

Il modifie l'article L. 632-6 du code de l'éducation en vue de permettre à l'ensemble des étudiants mentionnés de s'engager dans un tel contrat, signé avec le Centre national de gestion (CNG). La fin du *numerus clausus* ne pouvant porter ses fruits que dans une dizaine d'années, il s'agit, pendant cette durée, de s'assurer que l'offre médicale ne soit pas déficitaire dans certaines parties du territoire, selon les spécialités, en prévoyant l'installation des jeunes diplômés en zones sous-denses. Cet article vise donc à remédier à la faible proportion de CESP par rapport au nombre d'étudiants en médecine et en odontologie.

- Pour cela, le présent article supprime, dans le premier alinéa de l'article L. 632-6 du code de l'éducation, la mention d'un arrêté du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de la sécurité sociale déterminant le nombre d'étudiants de deuxième et troisième cycles ainsi que de PADHUE autorisés à poursuivre un parcours de consolidation des compétences en médecine ou en odontologie pouvant signer un CESP, pour prévoir que tous les étudiants signent un tel contrat (*a* du 1°).

En outre, le 2° supprime le deuxième alinéa de l'article L. 632-6 du code de l'éducation, devenu obsolète, car demandant à ce que les candidatures à la signature du CESP soient classées dans la limite du nombre fixé par l'arrêté des ministres susmentionnés. Le 3° modifie le troisième alinéa de ce même article en remplaçant

la mention de l'ancien « cinquième alinéa », par le « quatrième alinéa », pour tirer les conséquences de la suppression du deuxième alinéa.

Enfin, le 2° supprime également le septième alinéa de l'article L. 632-6 du code de l'éducation, qui prévoit la possibilité pour les signataires du CESP de se dégager des obligations résultant de la signature de ce contrat, moyennant le paiement d'une indemnité et d'une pénalité.

\*

\* \*

### *Article 3*

#### **Instauration d'un conventionnement sélectif pour les médecins**

#### **I. L'ACCROISSEMENT DES INÉGALITÉS DE RÉPARTITION DES MÉDECINS SUR LES TERRITOIRES, UN CONVENTIONNEMENT SÉLECTIF D'ORES ET DÉJÀ APPLICABLE À PLUSIEURS PROFESSIONS DE SANTÉ**

##### **A. DES INÉGALITÉS DE RÉPARTITION DES MÉDECINS SUR LE TERRITOIRES QUI SE CREUSENT**

● Le constat est bien connu et partagé par l'ensemble des personnes auditionnées par le rapporteur ; comme détaillé *supra*, la diminution continue du nombre de médecins généralistes, qui va se poursuivre pendant encore plusieurs années, les inégalités de répartition des médecins sur le territoire, particulièrement fortes pour les spécialistes et qui se sont accentuées au cours des dernières années, ainsi que le vieillissement de la population, se traduisant par une augmentation des besoins de soins médicaux, conduisent à des difficultés difficilement soutenables d'accès aux soins, sur une part de plus en plus importante du territoire national. On ne peut plus désormais réserver l'expression de « déserts médicaux » à certaines zones rurales, les zones péri-urbaines et urbaines ne sont pas épargnées, et l'accès aux soins est devenu une préoccupation majeure des Français.

● Les données disponibles laissent ainsi apparaître de fortes inégalités de répartition des médecins sur le territoire, beaucoup plus marquées parmi les spécialistes que chez les généralistes.

Sur les bases des chiffres de l'INSEE sur les effectifs de médecins spécialistes par département au 1<sup>er</sup> janvier 2018, le tableau suivant présente les densités départementales pour les médecins spécialistes pour les douze départements les moins denses et les douze départements les plus denses.

**DENSITÉ DÉPARTEMENTALE DES MÉDECINS SPÉCIALISTES POUR LES DOUZE DÉPARTEMENTS LES MOINS DENSES ET LES DOUZE DÉPARTEMENTS LES PLUS DENSES**

(en nombre de spécialistes pour 100 000 habitants)

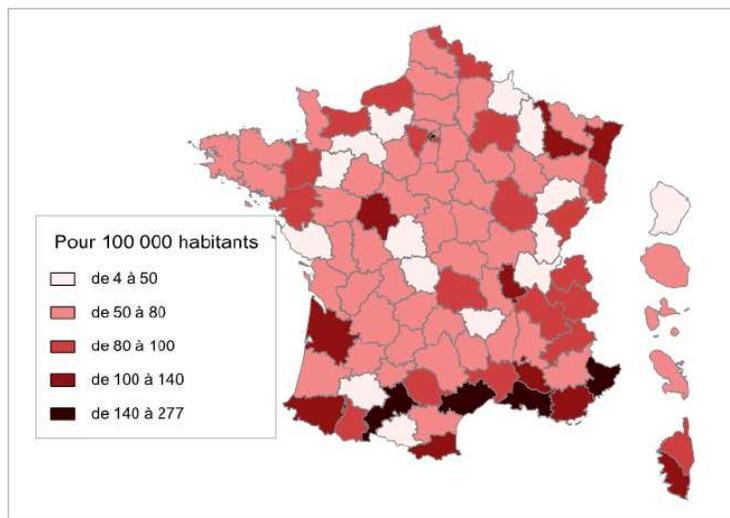
Densité en spécialistes dans les douze départements les moins denses		Densité en spécialistes dans les douze départements les plus denses	
Mayotte	32	Paris	610
Eure	71	Alpes-Maritimes	275
Meuse	78	Rhône	272
Ain	80	Bouches-du-Rhône	261
Mayenne	85	Hérault	254
Haute-Loire	85	Val-de-Marne	252
Guyane	87	Haute-Garonne	246
Haute-Saône	92	Hauts-de-Seine	242
Indre	93	Gironde	240
Gers	95	Bas-Rhin	231
Creuse	96	Meurthe-et-Moselle	227
Lozère	96	Indre et-Loire	220
<b>Moyenne nationale</b>		<b>185</b>	

Source : commission des affaires sociales, à partir des données de l'INSEE figurant dans « Professionnels de santé au 1<sup>er</sup> janvier 2018, comparaisons régionales et départementales », avril 2020.

Ces données permettent de constater que, même sans prendre en compte le département le moins dense (Mayotte) et le plus dense (Paris), qui correspondent à des situations spécifiques, **la densité de médecins spécialistes est près de quatre fois plus forte dans le deuxième département le plus dense, les Alpes-Maritimes (275 spécialistes pour 100 000 habitants), que dans le deuxième département le moins dense, l'Eure (71).**

Ce constat correspond également à celui dressé par la Cour des comptes dans son rapport précité de septembre 2017 sur l'application des lois de financement, qui soulignait les **disparités existantes** en 2016 dans la **densité des médecins spécialistes libéraux** (le périmètre retenu différant de celui de l'INSEE), et **l'accroissement de la concentration géographique de l'offre de soins**. Elle indiquait ainsi que, hormis la Haute-Garonne et la Corse-du-Sud, les départements qui avaient déjà en 2005 les densités les plus élevées de spécialistes libéraux (Paris, Alpes-Maritimes, Bouches-du-Rhône, Hérault, Gironde, Rhône, Pyrénées-Atlantiques, Var) ont vu ces densités encore augmenter, ou se maintenir (pour les Hauts-de-Seine). Les plus fortes hausses ont concerné le Bas-Rhin et les Alpes-Maritimes.

### Densité des médecins spécialistes libéraux (2016)



Source : Cour des comptes d'après les données communiquées par la DREES.

Des données figurant dans une publication précitée de la DREES sur les déserts médicaux en 2017 <sup>(1)</sup> corroborent ce constat et permettent de constater l'existence d'inégalités encore plus marquées pour certaines spécialités, notamment les pédiatres et les psychiatres. Selon cette publication, les 10 % des communes les mieux dotées en ophtalmologues avaient une accessibilité plus de six fois supérieure à celles les moins bien dotées ; ce rapport passe à huit pour les gynécologues, à près de quatorze pour les pédiatres et quasiment à vingt pour les psychiatres...

La pénurie de spécialistes sur certains territoires se traduit par des délais d'attente croissants pour l'obtention d'un rendez-vous. Selon une étude de la DREES en date de 2018 <sup>(2)</sup>, dans certaines spécialités médicales, les délais d'attente moyens avant de pouvoir consulter sont de plus de deux mois : 61 jours en dermatologie et 80 jours en ophtalmologie – avec des fortes disparités toutefois : un quart des demandes de rendez-vous en ophtalmologie aboutissent dans les 20 jours, mais la moitié se matérialise plus de 50 jours après et un quart plus de 110 jours après. Le **délai d'attente dépasse 189 jours dans 10 % des cas**.

- Le tableau ci-dessous permet de constater que les disparités territoriales sont moins marquées pour les médecins généralistes, avec un rapport de l'ordre de 1 à 2,5 entre les départements les moins denses et ceux les plus denses (hors Paris et Mayotte), mais qu'elles sont également très nettes.

(1) Dossiers de la DREES, « Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ? », Noémie Vergier et Hélène Chaput, mai 2017.

(2) DREES, « La moitié des rendez-vous sont obtenus en 2 jours chez le généraliste, en 52 jours chez l'ophtalmologiste », op. cit.

**DENSITÉ DÉPARTEMENTALE DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES POUR LES DOUZE DÉPARTEMENTS LES MOINS DENSES ET LES DOUZE DÉPARTEMENTS LES PLUS DENSES**

(en nombre de spécialistes pour 100 000 habitants)

Densité en médecins généralistes dans les douze départements les moins denses		Densité en médecins généralistes dans les dix départements les plus denses	
Mayotte	48	Paris	248
Eure	96	Hautes-Alpes	246
Seine-et-Marne	100	Hautes-Pyrénées	199
Ain	105	Haute-Vienne	194
Eure-et-Loir	106	Savoie	191
Cher	109	Pyrénées-Atlantiques	189
Aisne	110	Hérault	186
Loiret	110	Alpes-Maritimes	186
Val-d'Oise	111	Alpes-de-Haute-Provence	185
Oise	113	Bouches-du-Rhône	183
Mayenne	114	Gironde	182
Seine-Saint-Denis	115	Haute-Garonne	179
<b>Moyenne nationale</b>		<b>153</b>	

Source : commission des affaires sociales, à partir des données de l'INSEE figurant dans « Professionnels de santé au 1<sup>er</sup> janvier 2018, comparaisons régionales et départementales », avril 2020.

Les données figurant dans l'Atlas de la démographie médicale du CNOM pour l'année 2021 permettent par ailleurs de constater, comme pour les spécialistes, une aggravation des disparités territoriales. Dans un contexte de baisse générale du nombre de médecins généralistes entre 2010 et 2021, plusieurs des départements les plus denses enregistrent des hausses, la densité ayant augmenté de 6,5 % sur la période dans les Hautes-Alpes et de 7,5 % dans les Pyrénées Atlantiques. Parallèlement, les départements les moins denses enregistrent de plus fortes diminutions de densité. À titre d'exemple, la Seine-et-Marne connaît une baisse de 19,4 % entre 2010 et 2021, l'Aisne de 27,1 %, le Val-d'Oise de 22,6 %. Pour autant, les départements denses enregistrent également des baisses (de 13,9 % pour les Bouches-du-Rhône, par exemple).

Si ce classement des départements par densité, pour les généralistes et les spécialistes, ne se superpose pas nécessairement, certains départements connaissent une situation particulièrement défavorable, comme l'Eure, qui est le deuxième département le moins dense pour les deux catégories, tandis que Mayotte est le premier, sur les deux points également.

**B. LES LIMITES RENCONTRÉES PAR LES MESURES D'INCITATION À L'INSTALLATION, CONDUISANT À PRÉCONISER DES ADAPTATIONS AU PRINCIPE DE LIBERTÉ D'INSTALLATION**

● Face à l'émergence de ces « déserts médicaux », depuis une quinzaine d'années, les pouvoirs publics ont pris diverses mesures afin d'inciter les médecins à s'installer dans les zones sous-denses. Aux dispositifs nationaux, associant exonérations fiscales et sociales et aides à l'installation, s'ajoutent des aides conventionnelles de l'assurance maladie, ainsi que les aides déployées par les collectivités territoriales (cf. commentaire de l'article 4).

Les différents travaux récents tendent à dresser un bilan *a minima* mitigé, et généralement négatif, de l'impact de ces dispositifs, qui par ailleurs ne font pas l'objet d'évaluations précises de leur coût ni de leur efficacité. Le rapport précité de la commission d'enquête sur l'égal accès aux soins des Français sur l'ensemble du territoire pointe ainsi « *l'échec des politiques publiques mises en œuvre pour lutter contre la désertification médicale* » ; la Cour des comptes souligne dans son rapport précité de 2017 que globalement, la plupart de ces dispositifs sont « *inopérants ou porteurs d'effets d'aubaine excessifs au regard du volume très limité de nouvelles installations qu'ils ont suscitées ou accompagnées* » ; le Sénat <sup>(1)</sup> et le Conseil économique, social et environnemental <sup>(2)</sup> relèvent également les effets insuffisants de ces aides, voire leur inefficacité.

● Ces diagnostics croisés conduisent leurs auteurs à **préconiser des aménagements au principe de liberté d'installation des médecins**, prenant la forme de dispositifs de **conventionnement sélectif**, selon des modalités généralement convergentes. Un **consensus paraît ainsi émerger progressivement** sur la nécessité de **dépasser une forme de « dogme » de la liberté d'installation des médecins**, face à la gravité de la situation, à son accentuation au cours des dernières années et à l'absence de perspectives d'amélioration à court terme.

Il convient de rappeler que **l'assurance maladie solvabilise la demande de soins de la population** et vient financer indirectement l'activité des professionnels de santé, tandis que le **droit à la santé est un principe à valeur constitutionnelle** <sup>(3)</sup>. À cette aune, il n'apparaît pas déraisonnable **d'envisager des adaptations à la libre installation des médecins afin de remédier aux inégalités territoriales dans l'accès aux soins**.

En mai 2012, déjà, le **Conseil national de l'Ordre des médecins**, « *constatant l'échec des aides incitatives et face à la répartition régionale inégale des médecins* », avait préconisé des **mesures de régulation du premier exercice**. Il avait ainsi proposé que, « *à l'obtention de sa qualification ou à l'issue de son post-internat, le médecin [soit] tenu d'exercer pendant une période de cinq ans dans sa région de formation de 3<sup>ème</sup> cycle* » <sup>(4)</sup>.

En 2014, le **Cour des comptes** a appelé, dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale (RALFSS), à étendre dans les zones en surdensité médicale le conventionnement conditionnel à toutes les professions, y compris les médecins, pour mieux équilibrer la répartition des professionnels sur le territoire – avec un accès au conventionnement possible seulement en cas de remplacement d'une cessation d'activité ; elle a réitéré cette préconisation dans son RALFSS de 2015, puis l'a précisée dans son RALFSS pour 2017 : elle a ainsi proposé de subordonner le conventionnement de nouveaux médecins spécialistes à

---

(1) Sénat, rapport d'information précité de MM. Hervé Maurey et Jean-François Longeot.

(2) Conseil économique, social et environnemental, Avis sur les déserts médicaux, décembre 2017.

(3) Aux termes de l'alinéa 11 du Préambule de la Constitution de 1946, « la Nation garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé ».

(4) Accès aux soins : recommandations du CNOM, 29 mai 2012.

leur installation en secteur 1, dans les zones sur-dotées en spécialistes de secteur 2. Le **Conseil économique, social et environnemental** a abondé dans son sens dans son rapport sur les déserts médicaux de 2017.

Dans une note d'octobre 2019 <sup>(1)</sup>, la **direction générale du Trésor** a préconisé une « *adaptation temporaire et ciblée du principe de libre installation dans les zones surdotées, afin d'éviter une accumulation de l'offre là où elle est déjà très forte* » ; cette adaptation prendrait la forme là encore d'un conditionnement de l'accès à ces zones sur-dotées à la cessation d'activité d'un médecin exerçant la même spécialité.

Les **travaux parlementaires** sur ce sujet aboutissent aux mêmes conclusions. Dans son rapport au nom de la commission d'enquête précité sur l'égal accès aux soins des Français sur l'ensemble du territoire de 2018, le rapporteur – en son nom propre – a proposé d'étendre aux médecins les dispositifs de conventionnement sélectif en zones sur-denses, déjà appliqués à d'autres professionnels de santé.

Après avoir évoqué les mesures incitatives, aux effets manifestement insuffisants, déployées jusqu'alors, et les mesures coercitives, mises en œuvre dans des pays tels que l'Autriche et la Suisse, visant à contraindre l'installation des professionnels de santé sur le territoire, le rapport précité du Sénat sur les déserts médicaux de janvier 2020 a préconisé d'emprunter une « *troisième voie* », celle de la « *régulation des installations en zones surdenses* », prenant la forme de ce même conventionnement sélectif dans ces zones, selon le principe « *une arrivée pour un départ* ».

● L'instauration d'un conventionnement sélectif proposée par le présent article s'inscrit donc dans la lignée de ces travaux, ainsi que dans celle de plusieurs propositions de loi déposées au cours des dernières années, qui n'ont malheureusement jusqu'alors pas abouti <sup>(2)</sup>.

Une telle mesure a par ailleurs été mise en œuvre pour plusieurs professions de santé à partir de 2017, pour les infirmiers, puis pour les sages-femmes et les masseurs-kinésithérapeutes (voir *infra*), tandis que l'installation d'officines de pharmacie est très encadrée et que celle des biologistes médicaux donne également lieu à régulation <sup>(3)</sup>.

---

(1) Direction générale du Trésor, op. cit.

(2) Parmi les propositions de loi récentes déposées à l'Assemblée nationale, l'on peut citer la proposition de loi n° 1542 pour des mesures d'urgence contre la désertification médicale de M. Guillaume Garot et plusieurs de ses collègues, déposée en décembre 2018, ainsi que la proposition de loi n° 2354 contre la désertification médicale et pour la prévention, également de M. Guillaume Garot et plusieurs de ses collègues, déposée en octobre 2019 ; elles ont été examinées par l'Assemblée nationale, les dispositions sur le conventionnement sélectif ayant été supprimées à cette occasion, et sont désormais sur le bureau du Sénat ; au Sénat, proposition de loi n° 675 de M. Stéphane Sautarel et plusieurs de ses collègues tendant à lutter activement contre les déserts médicaux, juin 2021.

(3) Aux termes de l'article L. 6222-2 du code de la santé publique, le directeur général de l'agence régionale de santé peut s'opposer à l'ouverture d'un laboratoire de biologie médicale lorsqu'elle aurait pour effet de porter, sur une zone donnée, l'offre d'examen de biologie médicale à un niveau supérieur de 25 % à celui des besoins de la population tels qu'ils sont définis par le schéma régional de santé prévu à l'article L. 1434-2.

Enfin, il convient de rappeler que l'article 9 de la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé du 24 juillet 2019<sup>(1)</sup> a complété l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, pour prévoir que les conventions entre l'assurance maladie et les organisations syndicales représentant les médecins déterminent « *les conditions dans lesquelles les médecins participent à la réduction des inégalités territoriales dans l'accès aux soins* ».

La Caisse nationale de l'assurance maladie a indiqué au rapporteur que parmi les concrétisations enregistrées dans le cadre conventionnel suite à l'adoption de cette disposition, « *on peut citer le dispositif des assistants médicaux<sup>(2)</sup> ainsi que les mesures relatives à l'intégration de la télémédecine* »<sup>(3)</sup>, tandis que « *le sujet des inégalités territoriales fera par ailleurs l'objet de discussions dans le cadre des négociations de la prochaine convention de 2023* ». Si le dispositif des assistants médicaux et la télémédecine sont sans nul doute des outils utiles et pertinents, le bilan reste toutefois modeste, s'agissant de la participation des médecins à la réduction des inégalités d'accès aux soins, intrinsèquement liées à leur inégale répartition sur le territoire.

### C. L'INSTAURATION D'UN CONVENTIONNEMENT SÉLECTIF POUR PLUSIEURS PROFESSIONS DE SANTÉ, DEPUIS PLUSIEURS ANNÉES, QUI RÉDUIT LES INÉGALITÉS TERRITORIALES

● Le conventionnement sélectif, subordonnant l'accès d'un professionnel de santé au conventionnement au remplacement d'une cessation définitive d'activité dans la même zone, a été instauré tout d'abord pour les **infirmiers libéraux**, en premier lieu à titre expérimental, en 2008, puis de façon pérenne par un avenant signé en 2011, avec un doublement des zones concernés. Cet avenant était fondé sur le 3° de l'article L. 162-12-2 du code de la sécurité sociale, prévoyant depuis 2007<sup>(4)</sup> que la convention entre assurance maladie et infirmiers détermine « *les conditions, à remplir par les infirmiers pour être conventionnés et notamment celles relatives [...] à la zone d'exercice définie par l'agence régionale de santé en application de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique* ».

---

(1) Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

(2) Avenant 7 signé en juin 2019 et avenant 8 signé le 11 mars 2020, qui étend le financement spécifique d'un assistant médical à de nouveaux territoires sous-denses.

(3) Avenant 6, avenant 8, et le récent avenant 9 signé le 30 juillet 2021, qui assouplit le cadre de prise en charge des téléconsultations.

(4) Tel que modifié par l'article 46 de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008.

Un dispositif similaire a été introduit pour les **sages-femmes libérales** par l'avenant n° 1 à la convention nationale de 2012 <sup>(1)</sup>. S'agissant des **masseurs-kinésithérapeutes**, après une première tentative, dans le cadre de l'avenant n° 3 à la convention nationale approuvé en 2012, qui s'est heurtée à une annulation par le Conseil d'État au motif de son absence de base législative, l'avenant n° 5 à la convention de 2017 a réinstauré un mécanisme de conventionnement sélectif dans les zones sur-dotées <sup>(2)</sup>.

Ces dispositifs de conventionnement sélectif s'appuient sur le zonage prévu par l'article L. 1434-4 du code de la santé publique, déterminé par le directeur de l'agence régionale de santé, qui définit les zones dans lesquelles « *le niveau de l'offre de soins est particulièrement élevé* » (2°), pour les professions de santé prévoyant des mesures de limitation d'accès au conventionnement – c'est donc dans ces zones que le conventionnement sélectif s'applique.

---

(1) Sur le fondement du 8° de l'article L. 162-9 du code de la sécurité sociale relatif aux conventions entre assurance maladie et chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux : depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016, le 8° dispose que figurent dans le champ de ces conventions, « les conditions à remplir par les sages-femmes et les chirurgiens-dentistes pour être conventionnés, notamment [...] celles relatives aux zones d'exercice définies par l'agence régionale de santé en application de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique ».

(2) L'article 72 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 ayant complété le 3° de l'article L. 162-12-9 du code de la sécurité sociale relatif aux conventions entre assurance maladie et masseurs kinésithérapeutes ; le 3° dispose désormais que le champ de ces conventions comprend « les conditions à remplir par les masseurs-kinésithérapeutes pour être conventionnés, notamment [...] celles relatives aux zones d'exercice définies par l'agence régionale de santé en application de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique ».

### **Le dispositif de zonage défini par l'article L. 1434-4 du code de la santé publique**

Depuis la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, l'article L. 1434-4 du code de la santé publique dispose que le directeur général de l'agence régionale de santé, après concertation avec les représentants des professionnels de santé, détermine par arrêté :

– les zones « caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins » (1°) ;

– les zones « dans lesquelles le niveau de l'offre de soins est particulièrement élevé, s'agissant des professions de santé pour lesquelles les conventions mentionnées à l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale ont prévu des mesures de limitation d'accès au conventionnement » (2°). Ces zones sont « arrêtées dans le respect de la méthodologie déterminée dans ces conventions ».

C'est en se fondant sur le zonage définissant les zones sous-denses (1° de l'article L. 1434-4) que sont mis en œuvre la plupart des dispositifs d'incitation à l'installation de médecins, qu'il s'agisse des exonérations fiscales et sociales, des aides conventionnelles ou de l'État et des aides des collectivités territoriales. Ces zones sous-denses sont classées en trois catégories : les zones d'intervention prioritaire (ZIP), les zones d'action complémentaire (ZAC) et les zones de vigilance, qui sont retracées dans le tableau ci-dessous :

<b>Typologie des zones</b>	<b>Observations</b>
Zones d'intervention prioritaire (ZIP)	Les aides incitatives, notamment conventionnelles et fiscales, sont concentrées dans ces zones.
Zones d'action complémentaire (ZAC)	Les communes se situant dans ces zones ne sont pas éligibles aux aides conventionnelles et fiscales mais peuvent être attributaires d'autres aides de l'État et des ARS.
Zone de vigilance	Les communes se situant dans ces zones sont hors zones sous-denses mais font l'objet d'une vigilance particulière de la part des pouvoirs publics.
Hors vivier	Les communes se situant dans ces zones sont hors zones sous-denses et ne font pas l'objet d'une vigilance particulière de la part des pouvoirs publics.

Selon l'arrêté du 1<sup>er</sup> octobre 2021 relatif à la méthodologie applicable à la profession de médecin pour la détermination des zones prévues au 1° de l'article L. 1434-4, 30,2 % de la population française a vocation à être classée en ZIP et 42 % en ZAC, soit 72,2 % de la population. Ces proportions sont définies sur la base de l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL), calculé chaque année par la DREES, et détaillées par région. Ce sont ensuite les ARS qui déclinent ces proportions sur le territoire régional.

S'agissant des agences régionales de santé entendues par le rapporteur, en Normandie, la part de la population relevant d'une ZIP atteint 37 % et celle en ZAC 42,3 %. Dans la région Centre-Val de Loire, 58,8 % de la population relève d'une ZIP et 34 % d'une ZAC, tandis que pour la Bourgogne-Franche-Comté, 36 % de la population se trouve en ZIP et 40,1 % en ZAC.

Parallèlement, les zones définies par le 2° de l'article L. 1434-4 sont celles pour lesquelles s'applique la règle « une arrivée pour un départ », pour les différentes professions de santé mettant en œuvre le conventionnement sélectif.

Selon les informations transmises par la direction générale de l'offre de soins, les ARS disposent de marges de manœuvre et de souplesse pour la détermination de ces zonages. Elles doivent être révisées tous les trois ans par arrêté du directeur général. Toutefois, certaines ARS procèdent à des redéfinitions de zonage plus fréquentes ; l'ARS Bourgogne-Franche-Comté a ainsi indiqué au rapporteur que le zonage des médecins a été révisé six fois depuis décembre 2017.

- Les données disponibles sur l'installation de ces différentes professions de santé tendent à montrer que ces dispositifs de conventionnement sélectif ont permis de réduire les écarts de densité de ces professions entre départements. Selon les données fournies au rapporteur par la Caisse nationale de l'assurance maladie, les disparités territoriales se sont réduites pour les professions d'infirmier et de sage-femme entre fin 2016 et fin 2019 ; l'indice de Gini, permettant de mesurer les inégalités de répartition <sup>(1)</sup>, est ainsi passé de 0,649 à 0,624 pour les sages-femmes, et de 0,465 à 0,459 pour les infirmiers ; une évolution inverse a toutefois été constatée pour les masseurs-kinésithérapeutes, avec un indice passant de 0,424 à 0,431 sur la même période, mais le conventionnement sélectif n'a été mis en place qu'en 2017, soit plus tardivement que pour les deux autres professions.

Les données figurant dans une publication de la DREES de janvier 2019 <sup>(2)</sup> corroborent ce constat : les inégalités de répartition géographique des infirmiers et sages-femmes ont diminué entre 2013 et 2017, dans un contexte général d'augmentation du nombre de ces professionnels de santé. Entre les 10 % des habitants les mieux dotés et les 10 % des habitants les moins bien lotis, l'écart se réduisait de 17 % pour les infirmiers et de 27 % pour les sages-femmes, grâce notamment à une amélioration de l'accessibilité des habitants résidant dans les zones les moins bien dotées en 2013.

## **II. LE DROIT PROPOSÉ : LA MISE EN PLACE D'UN CONVENTIONNEMENT SÉLECTIF DES MÉDECINS DANS LES ZONES PARTICULIÈREMENT DENSES**

- Le présent article vise à introduire un nouvel article L. 4131-6-1 dans le code de la santé publique, au sein du chapitre I<sup>er</sup> du titre III du livre I<sup>er</sup> de la quatrième partie portant sur les conditions d'exercice de la profession de médecin.

Compte tenu du caractère aigu des inégalités territoriales dans l'accès aux médecins, notamment ceux de second recours, cet article introduit dans la loi le

---

(1) Indicateur synthétique d'inégalités de répartition, l'indice de Gini varie entre 0 et 1 ; il est égal à 0 dans une situation d'égalité, et à 1 dans une situation la plus inégalitaire possible ; entre 0 et 1, l'inégalité est d'autant plus forte que l'indice de Gini est élevé.

(2) DREES, « Infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et sages-femmes : l'accessibilité s'améliore malgré des inégalités », *Études et Résultats*, n° 1100, janvier 2019.

dispositif sur le conventionnement sélectif pour les médecins, et ne renvoie pas, comme c'est le cas pour les professions de santé précitées (infirmiers, sages-femmes, masseurs-kinésithérapeutes), aux conventions médicales conclues entre l'assurance maladie et les organisations représentant les médecins en application de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale.

À cet égard, le fait que la disposition introduite par la loi du 24 juillet 2019, incluant dans le champ de ces conventions « *les conditions dans lesquelles les médecins participent à la réduction des inégalités territoriales dans l'accès aux soins* », n'ait pas donné lieu à de réelles avancées en la matière, plaide en faveur de l'adoption de dispositions législatives.

L'article L. 4131-6-1 introduit par le présent article crée donc un conventionnement sélectif pour les médecins, généralistes comme spécialistes, en prévoyant que dans les zones dans lesquelles le niveau de l'offre de soins est particulièrement élevé, le conventionnement d'un médecin libéral, en application de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, ne peut intervenir que de façon concomitante avec la cessation d'activité libérale d'un médecin exerçant dans des conditions équivalentes dans la même zone. Il renvoie par ailleurs les modalités d'application de l'article à un décret en Conseil d'État.

● Il convient de noter que les organisations représentant les médecins ainsi que celles représentant les étudiants en médecine, entendues par le rapporteur, ont exprimé leur opposition à cette proposition, contestant notamment l'existence de zones sur-dotées pour les médecins, à la différence d'autres professions de santé. Si l'on peut en effet penser que les zones sur-denses sont circonscrites et probablement peu nombreuses pour les médecins généralistes, les chiffres évoqués dans le présent rapport suggèrent qu'il n'en va pas de même pour les spécialistes. Par ailleurs, dans la perspective de l'accroissement du nombre de médecins à moyen terme, résultant de la suppression du *numerus clausus*, un tel conventionnement sélectif apparaît un outil nécessaire et pertinent pour assurer leur répartition équilibrée sur le territoire. Alors que les disparités de densité se sont creusées au cours des vingt dernières années dans un contexte de diminution du nombre de médecins, **rien ne garantit que l'augmentation à venir de ce nombre de médecins s'accompagnera naturellement et spontanément d'un rééquilibrage de leur répartition.**

\*

\* \*

*Article 4*

**Renforcement du soutien des agences régionales de santé à la création et à la gestion des centres de santé par les collectivités territoriales**

**I. LE DROIT EXISTANT**

**A. UN NOMBRE CROISSANT DE CENTRES DE SANTÉ, POUR RÉPONDRE AUX BESOINS DE SANTÉ SUR LES TERRITOIRES**

● Héritiers des dispensaires, qui prodiguaient gratuitement des soins bien antérieurement à la création de la sécurité sociale, les centres de santé s'inscrivent dans une démarche d'accueil de tous les publics. Aux termes de l'article L. 6323-1 du code de la santé publique, ces structures sanitaires de proximité dispensent des soins de premier recours, et le cas échéant, de second recours. Ils peuvent assurer une prise en charge pluriprofessionnelle, associant des professionnels médicaux et des auxiliaires médicaux.

Pour garantir l'accès aux soins de toutes les populations, quelles que soient leurs ressources, les centres de santé pratiquent le mécanisme du tiers payant et ne facturent pas de dépassements des tarifs fixés par l'autorité administrative ou des tarifs mentionnés au 1<sup>o</sup> du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale.

Les centres de santé pratiquent à la fois des activités de prévention, de diagnostic et de soins. En application de l'article L. 6323-1-1, les centres de santé peuvent ainsi mener des actions de santé publique, d'éducation thérapeutique, ainsi que des actions sociales, pour favoriser l'accès aux droits et aux soins des personnes les plus vulnérables ; ils peuvent contribuer à la permanence des soins ambulatoires. Ils peuvent également pratiquer des interruptions volontaires de grossesse, selon des modalités définies par un cahier des charges et dans le cadre d'une convention avec un centre de planification ou d'éducation familiale. Enfin, ils peuvent constituer des lieux de stages, le cas échéant universitaires, pour la formation des professions médicales et paramédicales.

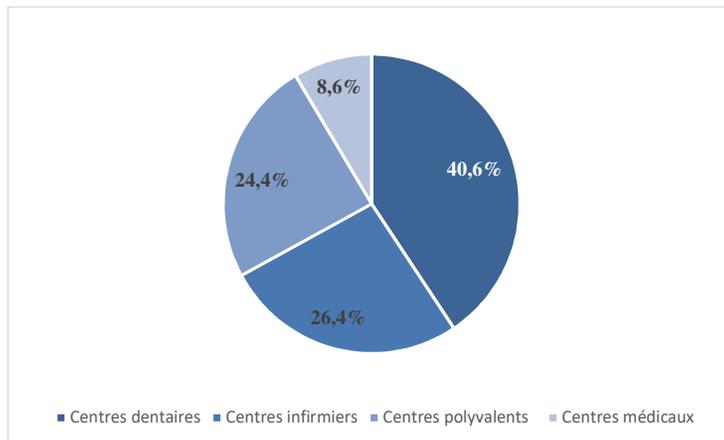
Ainsi que le prévoit l'article L. 6323-1-5, les professionnels qui exercent au sein des centres de santé sont salariés, et ces centres viennent se substituer aux professionnels de santé dans la facturation des actes médicaux.

Les centres de santé se distinguent en cela des maisons de santé, qui sont des structures pluriprofessionnelles dotées de la personnalité morale et constituées entre professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. Les professionnels de santé exerçant au sein de ces structures sont essentiellement des professionnels libéraux.

Selon les données transmises par la direction générale de l'offre de soins, en juin 2021, l'on décomptait 2 237 centres de santé, dont 455 centres pluriprofessionnels. Ce nombre est en nette augmentation depuis plusieurs années, puisqu'il s'établissait à 2 140 en 2018 et à 1 750 en 2014. Ces données illustrent

l'importance croissante des centres de santé dans l'offre de soins sur les territoires, parallèlement à l'offre de médecine libérale.

#### RÉPARTITION DES CENTRES DE SANTÉ PAR CATÉGORIES EN 2018



Source : commission des affaires sociales, à partir des chiffres de l'Observatoire des centres de santé publiés pour l'année 2018, portant sur les 1 831 centres de santé ayant renseigné leur rapport d'activité, sur un total de 2140 centres.

On peut observer que le nombre des maisons de santé pluriprofessionnelles a connu une croissance encore plus dynamique au cours de la dernière décennie, depuis l'amorce du « pacte territoire-santé » en 2012 ; leur nombre total est passé de 240 en 2013 à 910 en 2017, et selon les données de la direction générale de l'offre de soins, on comptait en juin 2021 pas moins de 1 889 maisons de santé pluriprofessionnelles en fonctionnement – tandis que 366 maisons en projet étaient recensées.

● Suivant l'article L. 6323-1-3 du code de la santé publique, les centres de santé peuvent être créés et gérés par :

- des organismes à but non lucratif (associations, mutuelles...) ;
- des collectivités territoriales et des établissements publics de coopération intercommunale <sup>(1)</sup> ;
- des établissements publics de santé ;
- des personnes morales gestionnaires d'établissements privés de santé, à but non lucratif ou à but lucratif ;

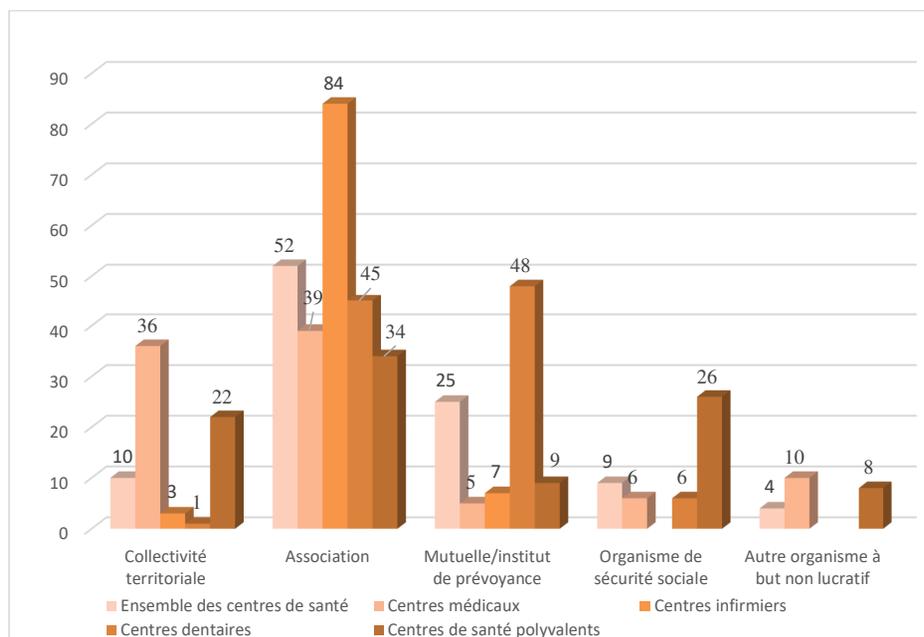
---

(1) L'article 34 du projet de loi, adopté en première lecture par le Sénat, relatif à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et portant diverses mesures de simplification de l'action publique locale, dit « 3DS » en cours d'examen par l'Assemblée nationale, prévoit de modifier ces dispositions, pour disposer que les centres de santé peuvent être créés par les départements, les communes et leurs groupements, ce qui conduit à inscrire explicitement les départements parmi les collectivités pouvant créer un centre de santé, et à exclure les régions.

– une société coopérative d'intérêt collectif.

Selon les données transmises au rapporteur par la Fédération nationale des centres de santé (FNCS), en 2020, plus des trois quarts des centres de santé étaient gérés par des organismes associatifs (52 %) ou mutualistes (25 %), tandis que 9 % l'étaient par des organismes de sécurité sociale. **La part des centres de santé gérés par des collectivités locales augmente peu à peu, puisqu'elle a atteint 10 % en 2020, contre 9 % en 2018 et 7,4 % en 2016.** Il convient de noter que cette part des collectivités territoriales varie selon les catégories de centres de santé : 36 % des centres médicaux (contre 30 % en 2017) et 22 % des centres polyvalents sont gérés par des collectivités territoriales, mais seulement 3 % des centres infirmiers et 1 % des centres dentaires.

**PROPORTION DES GESTIONNAIRES DES CENTRES DE SANTÉ SELON LES CATÉGORIES DE CENTRES DE SANTÉ EN 2020**



Source : commission des affaires sociales, à partir des chiffres de l'Observatoire des centres de santé transmis au rapporteur

- Les collectivités gestionnaires sont essentiellement des communes ou des intercommunalités. Si certaines régions comme la région Centre-Val de Loire ont engagé des démarches de soutien à des centres de santé, en recrutant et salariant des médecins <sup>(1)</sup>, il n'existe pas, à proprement parler, de centres de santé régionaux. En revanche, plusieurs départements ont créé leur propre centre de santé depuis l'inauguration par le département de Saône-et-Loire du premier centre de santé départemental en 2018. Ainsi, la Corrèze a inauguré un centre de santé en

(1) Le centre de santé de Jargeau accueille depuis décembre 2020 des médecins salariés par le conseil régional.

octobre 2019, l'Orne a ouvert le sien en juin 2020 et la Dordogne s'apprête à ouvrir au dernier trimestre 2021 son deuxième centre de santé, après celui ouvert en 2019 à Excideuil. Ces départements ont pour caractéristique d'être des départements ruraux confrontés au risque de désertification médicale dans leurs territoires.

Toutefois, au niveau national, les centres de santé sont très majoritairement implantés en zone urbaine <sup>(1)</sup>, tandis que les maisons de santé pluriprofessionnelles sont le plus souvent situées en zone rurale.

- Les centres de santé peuvent bénéficier de divers financements, notamment de la part des collectivités territoriales, de l'assurance maladie, dans le cadre de contrats démographiques de l'accord national des centres de santé, ainsi que des agences régionales de santé ; on peut également mentionner des financements de l'État et de la Caisse des dépôts et consignations s'agissant des quartiers prioritaires de la politique de la ville.

Les centres de santé – de même que les maisons de santé d'ailleurs – sont appelés à conclure avec l'agence régionale de santé un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens préalablement à tout versement d'une aide financière.

## **B. DES MESURES INCITATIVES À L'INSTALLATION DES JEUNES MÉDECINS JUGÉES PEU EFFICACES**

- De nombreux dispositifs d'incitation financière ont été institués au fil du temps pour favoriser l'installation de professionnels de santé, et en particulier de médecins, dans des zones dites sous-denses, au sens du 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique, financés par l'assurance maladie, par l'État mais aussi par les collectivités territoriales <sup>(2)</sup>.

Depuis 2011, des conventions médicales de l'assurance maladie prévoient ainsi plusieurs **aides conventionnelles**, qu'il s'agisse des contrats d'aide à l'installation pour les médecins (CAIM), des contrats de stabilisation et de coordination médecins (Coscom), ou encore des contrats de transition pour les médecins (Cotram) et des contrats de solidarité territoriale médecin (CSTM).

Diverses **exonérations fiscales et sociales** bénéficient également aux médecins, notamment dans les zones de revitalisation rurale (ZRR) définies à l'article 1465 A du code général des impôts ; les rémunérations perçues par les médecins au titre de la participation à la permanence des soins dans les zones sous-denses sont exonérées d'impôt sur le revenu, tandis que des exonérations de cotisation sur la valeur ajoutée des entreprises s'appliquent également pour des

---

(1) Selon les chiffres transmis par la direction générale de l'offre de soins au rapporteur, 2 053 centres de santé sont situés en milieu urbain, soit près de 92 % du nombre total. 503 centres de santé, soit près du quart, sont situés dans des quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV) et en « quartiers vécus » (QV).

(2) Sur le fondement de l'article L. 1511-8 du code général des collectivités territoriales, qui adosse les aides facultatives des collectivités territoriales au zonage prévu par le 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique. Comme vu supra, ces aides peuvent prendre la forme de prise en charge des frais d'installation, d'investissement et de fonctionnement, de mise à disposition de locaux, de versement de primes...

créations d'activité en ZRR ou des créations et reprises d'activité dans une commune de moins de 2 000 habitants.

Enfin, l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2020 <sup>(1)</sup> a introduit le **contrat de début d'exercice**, prévu par l'article L. 1435-4-2 du code de la santé publique, venant se substituer à quatre dispositifs d'incitation à l'installation, introduits progressivement depuis 2013 : les contrats de praticien territorial de médecine générale (PTMG), les contrats de praticien territorial de médecine ambulatoire (PTMA), les contrats de praticien territorial de médecine de remplacement (PTMR) et les contrats de praticien isolé à activité saisonnière (PIAS). Ces quatre dispositifs, selon le rapport du rapporteur général d'alors de la commission des affaires sociales, « *n'ont pas tous rencontré leur public, tant s'en faut* », et ont rencontré « *un succès très mitigé en pratique* » <sup>(2)</sup>. Cet article 51 a par ailleurs instauré une prise en charge intégrale, pendant deux ans, des cotisations sociales dues par un médecin libéral s'installant en zone sous-dense, conventionné en secteur 1 ou pratiquant des tarifs maîtrisés <sup>(3)</sup>, soit une nouvelle mesure incitative *via* une forme d'exonération sociale.

- Aux termes de l'article L. 1435-4-2 dans sa rédaction issue de la LFSS 2020, le contrat de début d'exercice est conclu par les agences régionales de santé avec un étudiant interne ou « non thésé » autorisé à exercer comme remplaçant, ou bien avec un médecin exerçant une activité libérale (toutes spécialités), installé depuis moins d'un an dans une zone caractérisée par « *une offre médicale insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins pour la spécialité concernée* » ou dans une zone limitrophe. En contrepartie de son engagement d'exercer ou d'assurer une activité de remplacement dans cette zone pendant une durée de trois ans, de respecter les tarifs opposables ou d'adhérer à un dispositif de maîtrise des dépassements d'honoraires, et de participer à un exercice coordonné, le médecin bénéficie d'une rémunération complémentaire ainsi que d'un accompagnement à l'installation. Ce dispositif est entré en vigueur après la publication du décret en Conseil d'État prévu par l'article L. 1435-4-2, décret qui a été publié en décembre 2020 <sup>(4)</sup>.

Le coût annuel du contrat de début d'exercice, calculé sur la base d'une hypothèse de 350 nouveaux signataires par an en régime de croisière, a été évalué à 1,75 million d'euros (soit environ 5 000 euros par bénéficiaire).

- Comme souligné *supra*, les dispositifs incitatifs, déployés par l'État, l'assurance maladie et les collectivités territoriales, se sont superposés au cours des années, sans réelle articulation entre eux ni évaluation de leur efficacité.

---

(1) Loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020.

(2) Rapport fait au nom de la commission des affaires sociales sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020, par M. Olivier Véran, rapporteur général, tome 2, commentaires d'articles et annexes, octobre 2019.

(3) Article L. 162-5-19 du code de la sécurité sociale.

(4) Décret n° 2020-1666 du 22 décembre 2020 relatif au contrat de début d'exercice prévu à l'article L. 1435-4-2 du code de la santé publique.

Différents travaux ont souligné le manque d'efficacité et de lisibilité des dispositifs contractuels d'aide à l'installation, le saupoudrage qu'ils occasionnaient, ainsi que des effets d'aubaine incontestables. Le rapport de la commission d'enquête sur les déserts médicaux relevait ainsi le « *bilan très modeste des aides contractuelles à l'installation* » financées par l'État, qu'il s'agisse du PTMG (qui a été le plus développé, avec 1 208 contrats signés en tout entre 2013 et 2019), du PTMA (seulement 71 signés en 2019 depuis sa création) et des PTMR et PIAS (une trentaine en tout) – il relevait d'ailleurs aussi « *l'impact quasi nul et les effets d'aubaine des aides conventionnelles à l'installation* » (dans le cadre de l'assurance maladie). Dans son rapport précité de 2017 sur les lois de financement de la sécurité sociale <sup>(1)</sup>, la Cour des comptes soulignait également, après avoir recensé les différentes aides à l'exercice médical en zones sous-dotées, que le nombre de ces aides « *devrait être réduit et leurs objectifs mieux ciblés tout en remédiant aux effets d'aubaine liés à leur superposition et à des critères d'attribution insuffisamment précis* ».

Le coût de ces différents dispositifs n'est pas anecdotique. Des évaluations ont été réalisées dans le cadre de rapports parlementaires, sur la base de différentes données, mais qui n'incluent toutefois pas les aides versées sous différentes formes par les collectivités territoriales – lesquelles aides ne font pas l'objet d'un recensement exhaustif. Le rapport sénatorial de 2017 des sénateurs Jean-Noël Cardoux et Yves Daudigny <sup>(2)</sup> parvient ainsi à un coût total de 125 millions d'euros par an pour les différentes aides déployées pour rééquilibrer la distribution territoriale de l'offre de soins <sup>(3)</sup>, tandis que le rapport précité de la commission d'enquête de l'Assemblée nationale actualise ce chiffre à 225 millions d'euros. Enfin, dans un rapport de 2017 <sup>(4)</sup>, la Cour des comptes a estimé le coût annuel des aides financières à l'installation des professionnels libéraux de santé à 86,9 millions d'euros, pour l'assurance maladie et l'État. Les écarts entre ces différents chiffreages montrent bien la nécessité de réaliser un bilan précis du coût de ces dispositifs incitatifs, sur un périmètre consolidé.

Plus généralement, l'efficacité de tels dispositifs incitatifs apparaît discutable au regard de la multiplicité des déterminants à l'installation des jeunes médecins, ainsi que de leur évolution dans le temps. Selon une étude du Conseil national de l'ordre des médecins, publiée en avril 2019 et réalisée auprès de près de 13 000 médecins et de 2 400 internes, il apparaît que le cadre de vie, les services publics, les conditions d'exercice et le travail en réseau avec d'autres professionnels de santé sont des facteurs clefs pour l'installation des médecins sur les territoires.

---

(1) *Cour des comptes, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale précité, septembre 2017.*

(2) *MM. Jean-Noël Cardoux et Yves Daudigny, 'Accès aux soins, promouvoir l'innovation en santé dans les territoires', rapport d'information fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des affaires sociales du Sénat, juillet 2017.*

(3) *Incluant les aides fiscales, les aides conventionnelles de l'assurance maladie, les aides contractuelles, les CESP, les aides versées aux centres et aux maisons de santé...*

(4) *Cour des comptes, L'avenir de l'assurance maladie : assurer l'efficacité des dépenses, responsabiliser les acteurs, novembre 2017.*

Selon cette étude, pour 48 % des internes interrogés, les aides financières à l'installation ne détermineraient que « *peu* » ou « *partiellement* » leur installation, tandis qu'elles ne les détermineraient pas du tout pour 10 % d'entre eux <sup>(1)</sup>.

Le rapporteur souligne par ailleurs, à la lumière de différents exemples locaux, que la possibilité pour le conjoint ou la conjointe d'accéder à un travail correspondant à ses qualifications est un critère essentiel dans la décision d'installation d'un médecin.

Lors de son audition par le rapporteur, Mme Katia Julienne, directrice générale de l'offre de soins, est allée dans le même sens, soulignant que de façon générale, les incitations financières à l'installation étaient assez peu efficaces, car les enjeux pécuniaires ne sont pas déterminants pour l'installation des médecins sur un territoire, la façon dont ils peuvent exercer leur métier étant bien plus importante pour choisir un lieu d'installation.

## II. LE DROIT PROPOSÉ : LE RENFORCEMENT DU SOUTIEN DES AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ AU DÉVELOPPEMENT DES CENTRES DE SANTÉ

- Le présent article vise à substituer au contrat de début d'exercice, prévu par l'article L. 1435-4-2, un dispositif contractuel entre les agences régionales de santé et les collectivités territoriales ou leurs groupements, pour favoriser le développement de centres de santé, dans les zones dites sous-denses. La signature d'un tel contrat ouvrirait droit, pour les collectivités et groupements concernés, à des financements publics pour la création d'un centre de santé ou le renforcement de ses équipes.

Le présent article propose ainsi un redéploiement des dispositifs existants, afin de réorienter les financements affectés à un mécanisme jugé peu efficace vers un dispositif répondant mieux à l'objectif de renforcement de l'offre de soins dans les territoires.

**Les centres de santé apparaissent sans conteste comme un moyen à privilégier pour lutter contre la désertification médicale et assurer le maillage du territoire**, alors qu'ils offrent un **accès aux soins pour tous**, sans dépassement d'honoraires, tout en **permettant aux professionnels de santé d'exercer de façon collégiale**, conformément aux attentes d'une grande partie d'entre eux, et avec un statut de salarié, ce qui répond également à une aspiration de plus en plus répandue dans la profession.

- L'article L. 1435-4-2 prévoit désormais la possibilité pour les agences régionales de santé de conclure un contrat de développement des centres de santé avec une collectivité territoriale ou un établissement public de coopération

---

(1) *Le rapport du Dr Sophie Augros sur l'évaluation des aides à l'installation des jeunes médecins, publié en septembre 2019, relève également, sur la base d'entretiens conduits avec des signataires de PTMG, que la totalité des signataires interrogés avaient déjà choisi leur spécialité, leur mode d'exercice et leur lieu d'installation au moment de conclure le contrat, ce qui tend à conclure à un fort effet d'aubaine du dispositif.*

intercommunale (EPCI) – reprenant les dispositions de l’article L. 6323-1-3 dans sa rédaction en vigueur – ce contrat ouvrant droit à un financement public pour la création d’un centre de santé ou le renforcement de ses équipes.

Par un tel contrat, la collectivité territoriale ou l’EPCI signataire s’engage pour une durée fixée par le contrat à créer un nouveau centre de santé, ou bien à recruter des médecins au sein d’un centre de santé déjà existant, et ce dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés d’accès aux soins, selon le zonage établi par arrêté des directeurs généraux d’ARS en application de l’article L. 1434-4.

Il est précisé qu’une modification du zonage par l’ARS intervenant pendant la durée du contrat serait sans incidence sur ce dernier ; la sortie d’un territoire d’une zone sous-dense, dans le cadre d’une évolution de ces zones, ne saurait remettre en cause les financements prévus par le contrat pendant la durée de celui-ci.

Le contrat signé entre l’ARS et une collectivité territoriale ou un EPCI prévoit des engagements individualisés pour les médecins pratiquant dans les centres de santé, pouvant porter notamment sur les modalités d’exercice, la prescription, les actions de dépistage, de prévention et d’éducation à la santé, la permanence des soins ainsi que la collaboration avec d’autres médecins.

Les conditions d’application de l’article L. 1435-4-2 ainsi modifié sont renvoyées à un décret en Conseil d’État.

- L’instauration d’une telle contractualisation entre ARS et collectivités créant et gérant des centres de santé permettrait de donner un cadre général robuste à des pratiques de soutien au développement des centres de santé qui semblent aujourd’hui disparates selon les territoires.

Les ARS apportent en effet des financements aux centres de santé, qui peuvent porter sur la mise en place du projet, les investissements immobiliers, les postes créés, les dépenses de fonctionnement... Selon les données publiées par l’Observatoire des centres de santé pour l’année 2018, portant sur 1 831 centres de santé ayant saisi leur rapport d’activité (sur un total de 2 140 centres), les agences régionales de santé ont apporté des financements à 119 centres de santé, pour un montant total de 6,033 millions d’euros. Les trois quarts des structures subventionnées sont des centres de santé pluriprofessionnels.

Toutefois, comme le rapporteur a pu le constater à l’occasion de l’audition des directeurs généraux des ARS Normandie, Centre-Val de Loire et Bourgogne-Franche-Comté, les modes et les montants de financements sont très variables d’une région à l’autre. À titre d’exemple, l’action de l’ARS Centre-Val de Loire s’inscrit dans le contrat du plan État-région : l’État et la région s’engagent à apporter 80 % (dont au maximum 25 % à la charge de l’État) d’une dépense subventionnable plafonnée à 110 000 euros par espace aménagé pour accueillir un professionnel de santé salarié, pour le secrétariat ou pour une salle de réunion, dans la limite de vingt bureaux ou espaces, et 60 000 euros pour des aides au logement. L’ARS Normandie propose quant à elle des aides à l’ingénierie des

centres de santé, s'agissant des études de faisabilité, de rédaction du projet de santé et de structuration juridique, ainsi que des aides à l'installation <sup>(1)</sup>, à hauteur de 50 000 euros pour un professionnel exerçant quatre jours par semaine, versés en deux fois, à la signature du contrat et à la date anniversaire. L'ARS Bourgogne-Franche-Comté apporte également des aides à l'ingénierie de projet, ainsi que des aides au démarrage – à ce titre, l'ARS a octroyé une aide de 100 000 euros au conseil départemental de Saône-et-Loire pour son centre de santé départemental, qui comporte plusieurs lieux de consultations, en plus de son siège. De façon exceptionnelle, l'ARS peut aussi attribuer des aides pour favoriser le retour à l'équilibre d'un centre de santé – ce fut par exemple le cas pour un centre situé à Belfort.

Aujourd'hui, chaque ARS met en œuvre sa propre politique de soutien des centres de santé, et il ne semble pas y avoir y avoir d'échanges entre les agences sur les pratiques des unes et des autres. Lors de son audition, Mme Katia Julienne, directrice générale de l'offre de soins, a indiqué au rapporteur que les agences régionales de santé disposaient en effet de marges de manœuvre pour déterminer les modalités d'action et les leviers actionnés sur chaque territoire, afin de les adapter à ses spécificités. Pour autant, cette large marge de liberté laissée aux ARS présente le risque de disparités importantes selon les régions, et à une forme d'inégalité de traitement entre territoires.

- La mise en place d'une contractualisation, telle que proposée par le présent article, permettrait d'harmoniser les modalités de financement par les ARS des centres de santé créés par des collectivités territoriales, et ainsi de limiter les différences constatées selon les régions. Elle permettrait aussi de mieux formaliser et donc faciliter les conditions de création des centres, alors que plusieurs personnes auditionnées ont fait état des délais parfois longs pour obtenir des financements et de la difficulté à monter les dossiers.

Cette contractualisation devrait également être de nature à **renforcer le soutien apporté au développement des ARS aux centres de santé**, alors même que leur dynamique de création s'avère en retrait par rapport à celle des maisons de santé. Or, au regard des chiffres disponibles, les financements apportés par les ARS aux centres de santé semblent nettement inférieurs à ceux déployés au bénéfice des maisons de santé.

Ainsi, selon le rapport au Parlement sur l'utilisation du Fonds d'intervention régional (FIR), les financements mobilisés par les ARS pour les exercices regroupés en maisons de santé pluriprofessionnelles ont atteint 20,9 millions d'euros en 2020, tandis que les moyens dévolus aux exercices regroupés en centres de santé étaient de 3,2 millions d'euros. L'objectif, rappelé d'ailleurs par la directrice générale de l'offre de soins lors de son audition, est bien d'accompagner le développement aussi bien des centres de santé que celui des maisons de santé, ce qui permet également

---

(1) Sachant que les installations en ZIP sont éligibles au contrat d'aide à l'installation de la CPAM, tandis que celles en ZAC-FIR sont éligibles au contrat d'aide à l'installation de l'ARS, pour les médecins généralistes.

aux médecins de choisir les modalités d'exercice de leur profession, en libéral ou bien en tant que salarié.

\*

\* \*

### *Article 5*

## **Principe d'égal accès aux soins sur l'ensemble du territoire**

### **I. DES RESTRUCTURATIONS ET FERMETURES D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ QUI AFFECTENT LES CONDITIONS D'ACCÈS AUX SOINS DES POPULATIONS**

● Les restructurations conduites dans le secteur hospitalier public depuis plus de deux décennies, s'inscrivant dans une logique avant tout budgétaire, se sont traduites par des fermetures et regroupements d'établissements de santé. Elles ont réduit la densité de leur maillage territorial et participent à l'extension des déserts médicaux, et ce d'autant plus que les médecins préfèrent s'installer à proximité de structures disposant de plateaux techniques.

Selon les données figurant dans le Panorama des établissements de santé publié par la DREES en 2021, au 31 décembre 2019, le secteur hospitalier français était constitué de **3 008 structures** disposant de capacités d'accueil en hospitalisation complète (comptées en lits) ou partielle (donc sans nuitée, comptées en places), dont 1 354 entités du secteur public<sup>(1)</sup>, 983 cliniques privées à but lucratif et 671 établissements privés à but non lucratif.

Le rapport de la DREES indique qu'entre 2013 et 2019, le nombre d'établissements de santé de statut public ou privé a **diminué de près de 4 %**, passant de 3 125 fin 2013 à 3 008 fin 2019 (– 3,7 %), sous l'effet des réorganisations et restructurations. Cette **évolution est plus marquée pour les hôpitaux publics, qui enregistrent une diminution de 4,6 %** : le nombre d'établissements est ainsi passé de 1 420 à 1 354 entre 2013 et 2019, cette diminution concernant particulièrement les USLD et d'anciens hôpitaux locaux.

● Les maternités constituent un exemple particulièrement parlant des effets des fermetures d'établissements de santé sur l'accès aux soins. Comme le relève une étude de la DREES publiée en juillet 2021 sur l'accessibilité des maternités pour les femmes en âge de procréer<sup>(2)</sup>, le nombre de maternités a drastiquement baissé au cours des deux dernières décennies, passant de 717 à 496 entre 2000 et 2017, soit une diminution de **près d'un tiers**. Ces fermetures ont majoritairement

---

(1) Parmi les 1 354 établissements de santé du secteur public, on décomptait 179 centres hospitaliers régionaux, 945 centres hospitaliers (y compris les anciens hôpitaux locaux), 92 centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie et 138 autres établissements, majoritairement des unités de soins de longue durée (USLD).

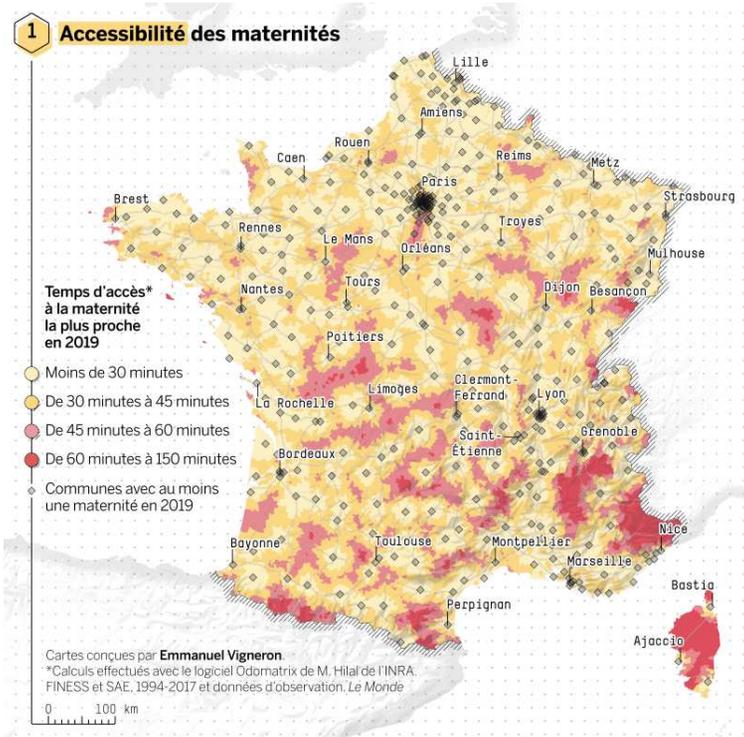
(2) DREES, « La part des femmes en âge de procréer résidant à plus de 45 minutes d'une maternité augmente entre 2000 et 2017 », *Études et Résultats*, n° 1201, juillet 2021.

concerné les maternités de type I, avec une simple unité d'obstétrique, pour les grossesses à bas risques et les naissances normales.

L'étude précitée indique qu'entre 2000 et 2017, du fait de ces fermetures, les femmes en âge de procréer sont plus nombreuses à être éloignées d'une maternité : **la part des femmes résidant à plus de 30 minutes d'une maternité a augmenté d'un tiers entre 2000 et 2017, pour se situer autour de 7 %**. La part de celles résidant à plus de 45 minutes d'une maternité augmente également (+ 40 %), et s'établit entre 1 % et 2 %.

Dans le Lot, la **proportion de femmes en âge de procréer résidant à plus de 45 minutes d'une maternité a été multipliée par quatre** entre 2000 et 2017, passant de 6 % à 24 %, à la suite de la fermeture de trois des quatre maternités présentes dans le département en 2000. L'accessibilité se dégrade également dans la Nièvre, avec une part de femmes résidant à plus de 45 minutes d'une maternité égale à 16 % en 2017, contre 3 % en 2000.

Le géographe Emmanuel Vignerot a également conduit des travaux en la matière et produit des cartes particulièrement éclairantes, illustrant la dégradation marquée de l'accessibilité des maternités sur le territoire. **Selon ses travaux, le nombre de femmes en âge de procréer se trouvant à plus de 45 minutes d'une maternité a plus que doublé en vingt ans, passant de 290 000 en 1997 à 716 000 en 2019, soit 430 000 de plus**. Le nombre de celles se trouvant à plus de 30 minutes a, quant à lui, augmenté de près de deux millions, passant de 1,9 million à 3,7 millions, soit une proportion de 26 %. Ces chiffres s'avèrent supérieurs à ceux produits par la DREES, présentés *supra*.

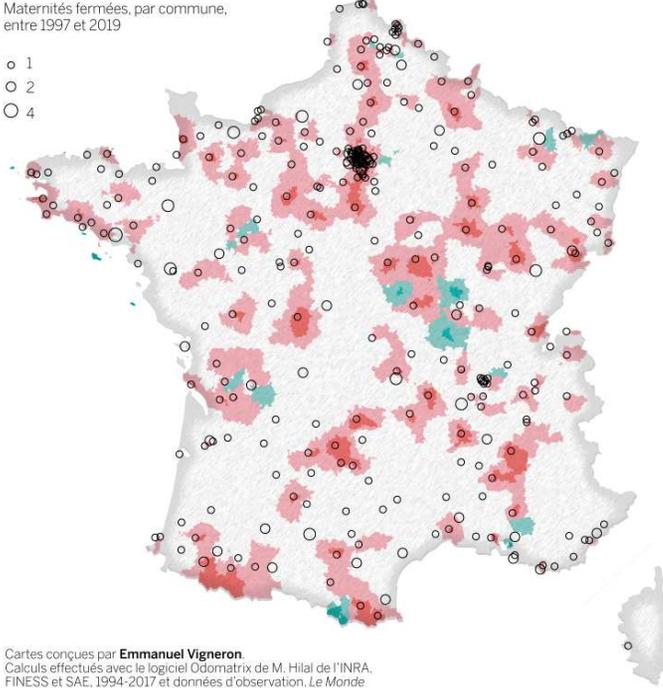


## Dégradation en deux décennies

Evolution du temps d'accès\* à la maternité la plus proche entre 1997 et 2019, en minutes



Maternités fermées, par commune, entre 1997 et 2019



Cartes conçues par **Emmanuel Vigneron**.  
Calculs effectués avec le logiciel Odomatix de M. Hilal de l'INRA, FINESS et SAE, 1994-2017 et données d'observation. *Le Monde*

Evolution du temps d'accès à la maternité la plus proche

Temps d'accès en minutes	1997		2019	
	Nombre de femmes en âge de procréer en milliers	Part des femmes en %	Nombre de femmes en âge de procréer en milliers	Part des femmes en %
De 0 à 30	12 508	86,4 %	10 394	74 %
De 30 à 45	1 676	11,6 %	2 993	21 %
De 45 à 60	244	1,7 %	639	4,5 %
60 et plus	45	0,3 %	77	0,6 %

\*Temps de trajet automobile aux heures pleines, tenant compte du calibrage des routes, en France métropolitaine

Cartes conçues par **Emmanuel Vigneron**. Calculs effectués avec le logiciel Odomatix de M. Hilal de l'INRA, FINESS et SAE, 1994-2017 et données d'observation. *Le Monde*

Une telle évolution est évidemment préoccupante, notamment parce qu'elle peut accroître les risques de mortalité maternelle et infantile. Une étude de 2014 du Dr Évelyne Combier, réalisée en Bourgogne sur 139 196 femmes, montrait que pour des temps de trajet supérieurs à 45 minutes, les risques étaient sensiblement accrus, en relevant que « *les taux bruts de mortalité passent de 0,46 % à 0,86 % et ceux de la mortalité périnatale de 0,64 % à 1,07 %* ».

● Autre chiffre alarmant, selon une étude de l'Association des maires ruraux de France <sup>(1)</sup>, plus de six millions d'habitants, soit 10 % de la population, vivent à plus de 30 minutes d'un service d'urgence. 75 % de ces six millions d'habitants vivent en milieu rural ; plus d'un tiers des habitants des zones très peu denses vivent à plus de trente minutes d'un service d'urgence.

## II. LE DROIT PROPOSÉ : L’AFFIRMATION D’UN PRINCIPE D’ÉGAL ACCÈS AUX ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ SUR L’ENSEMBLE DU TERRITOIRE

Le présent article vise à compléter l'article L. 6112-1 du code de la santé publique, qui définit les missions du service public hospitalier – assuré, aux termes de l'article L. 6112-3, par les établissements publics de santé, les hôpitaux des armées et les établissements de santé privés habilités à assurer ce service public. L'article L. 6112-1 précise les principes qui encadrent l'exercice de ces missions, à savoir **l'égalité d'accès et de prise en charge**, la **continuité**, l'**adaptation** et la **neutralité**, et conformément aux obligations définies à l'article L. 6112-2 <sup>(2)</sup>.

Le **I** du présent article vient ainsi insérer un nouvel alinéa définissant le principe d'égalité d'accès et de prise en charge : ce principe comprend ainsi la **garantie de pouvoir accéder à un établissement de santé** assurant le service public hospitalier, exerçant une activité de médecine, de chirurgie et d'obstétrique, **situé à moins de trente minutes en transport motorisé** du domicile.

Il vise à définir une norme applicable sur l'ensemble du territoire, à même de répondre aux difficultés retracées plus haut en termes d'accès aux soins, afin de renforcer le maillage territorial des établissements de santé.

Le **II** précise que l'application du I ne peut avoir pour effet de réduire le nombre d'établissements publics de santé existants lors de la promulgation de la présente loi.

\*

\* \*

---

(1) *Étude sur la santé en milieu rural – Distance d'accès aux services d'urgences, les ruraux toujours plus éloignés, Association des maires ruraux de France, février 2021.*

(2) *Parmi ces obligations, figurent notamment un accueil adapté du patient et un délai de prise en charge en rapport avec son état de santé, la permanence de l'accueil et de la prise en charge, l'égal accès à des activités de prévention et des soins de qualité, l'absence de dépassements des tarifs...*

## Article 6

### Élargissement des compétences des hôpitaux de proximité

#### I. LE DROIT EN VIGUEUR : LES HÔPITAUX DE PROXIMITÉ, EN REMPLACEMENT DES « HÔPITAUX LOCAUX », VISENT À ASSURER UN MAILLAGE HOSPITALIER SUR L'ENSEMBLE DU TERRITOIRE

● Le statut d'hôpital de proximité a été créé par l'article 52 de la loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2015. Cette réforme avait pour ambition de prévoir des modalités de financement dérogatoires à la tarification à l'activité (dite « T2A ») pour des établissements caractérisés par un volume d'activité limité en médecine, en particulier les anciens « hôpitaux locaux » (supprimés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010 par la loi du 21 juillet 2009 relative à l'hôpital, aux patients à la santé et aux territoires).

Ainsi, alors que les anciens hôpitaux locaux devaient passer à la tarification à l'activité en 2015, la LFSS 2015 a permis de mettre en place un système de financement dérogatoire pour ces hôpitaux de proximité, permettant de mieux prendre en compte leur place dans l'offre de soins. Ce financement dérogatoire prend la forme d'un financement mixte composé d'une dotation forfaitaire annuelle garantie (DFG) construite à partir des recettes historiques de l'établissement et des caractéristiques du territoire desservi, et d'un complément de financement fondé sur l'activité produite.

● Alors que jusqu'à récemment, les hôpitaux de proximité étaient définis uniquement sur des critères organiques, et non pas fonctionnels <sup>(1)</sup>, la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé a défini, à la suite du plan « Ma Santé 2022 », un cadre général pour les hôpitaux de proximité, dans l'objectif d'en faire de « réels traits d'union entre le monde hospitalier et les acteurs du territoire, au premier rang desquels la médecine de ville » <sup>(2)</sup>.

Les objectifs de ces établissements sont multiples <sup>(3)</sup> :

- assurer une prise en charge hospitalière ;
- promouvoir une culture de prévention et de santé publique ;
- apporter de l'expertise pour garantir l'accès aux soins de la population en proximité ;

---

(1) Assemblée nationale, rapport n° 1767 fait au nom de la commission des affaires sociales sur le projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé, volume II (commentaires d'articles et annexes), par Mme Stéphanie Rist et M. Thomas Mesnier, 14 mars 2019.

(2) Rapport au Président de la République relatif à l'ordonnance n° 2021-582 du 12 mai 2021 relative à la labellisation, à la gouvernance et au fonctionnement des hôpitaux de proximité.

(3) ARS Auvergne-Rhône-Alpes, « Guide de la démarche de labellisation des hôpitaux de proximité ».

– favoriser la fluidité des parcours de santé, en particulier pour les patients atteints de maladies chroniques.

Pour cela, ces établissements exercent des missions communes avec d'autres acteurs, tels l'appui aux professionnels du premier recours (médecins, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes...), le maintien à domicile en lien avec les médecins traitants, la prévention et la continuité des soins <sup>(1)</sup>.

Les hôpitaux de proximité ont également désormais un périmètre d'activités bien défini :

– des activités obligatoires : l'activité de médecine, une offre de consultations de spécialités complémentaires à l'offre libérale disponible et l'accès à des plateaux techniques ;

– des activités exclues : la chirurgie et l'obstétrique ;

– des activités optionnelles : la médecine d'urgence, les centres périnataux de proximité, les soins palliatifs, etc.

Par ailleurs, l'établissement de proximité doit desservir un territoire qui présente au moins deux des quatre caractéristiques suivantes :

– une part de la population âgée de plus de 75 ans supérieure à la moyenne nationale ;

– une part de la population vivant sous le seuil de pauvreté supérieure à la moyenne nationale ;

– une densité de population inférieure à un niveau plafond ;

– une part des médecins généralistes pour 100 000 habitants inférieure à la moyenne nationale.

Peut également être considéré comme un hôpital de proximité l'établissement qui dessert un territoire ne présentant qu'une seule ou aucune des quatre caractéristiques précédentes, mais qui satisfait à l'une des deux conditions suivantes :

– l'activité de médecine y est exercée en totalité ou en partie par un médecin assurant également le suivi des patients et la coordination de leur parcours de santé au sein de l'offre de soins ambulatoires ;

– il est le seul établissement autorisé à exercer une activité de médecine sur le territoire qu'il dessert.

---

(1) <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/newsletter/hopitaux-de-proximite-pour-une-prise-en-charge-au-plus-pres-des-besoins-de/hprox>

Les débats parlementaires autour de la loi du 24 juillet 2019 ont conduit à ouvrir la possibilité aux hôpitaux de proximité de réaliser, dans certains cas, des actes de chirurgie programmée. Le directeur général de l'ARS peut, à titre dérogatoire, autoriser un hôpital de proximité à exercer certains actes, compte tenu de l'offre présente sur le territoire. La liste des actes pouvant faire l'objet de cette dérogation est arrêtée par le ministre de la santé après avis de la Haute Autorité de santé. Des travaux sont actuellement en cours afin de déterminer les modalités de cette dérogation qui doit faire l'objet de textes d'application courant 2021 <sup>(1)</sup>.

**Depuis 2016, environ 240 établissements de santé ont été inscrits sur la liste des hôpitaux de proximité** <sup>(2)</sup>. L'objectif affiché par le Gouvernement en 2019 était de labelliser entre 500 et 600 hôpitaux de proximité « à horizon 2022 » <sup>(3)</sup>.

● L'article 35 de la loi du 24 juillet 2019 a habilité le Gouvernement, dans un délai de dix-huit mois, à légiférer par voie d'ordonnance sur trois points :

- la procédure de labellisation des hôpitaux de proximité ;
- les modalités selon lesquelles une structure dépourvue de la personnalité morale peut devenir hôpital de proximité ;
- les modalités de fonctionnement et de gouvernance spécifiques aux hôpitaux de proximité.

Ainsi, l'ordonnance du 12 mai 2021 <sup>(4)</sup> précise la procédure de labellisation des hôpitaux de proximité, leur fonctionnement et la gouvernance de ces établissements. Un décret <sup>(5)</sup> et un arrêté <sup>(6)</sup> de mai et juin 2021 complètent l'ordonnance.

Dès que cela répond à un besoin territorial, les hôpitaux de proximité peuvent exercer les activités qui leur sont autorisées. Les hôpitaux peuvent se voir labellisés comme « de proximité » par une démarche volontaire, à l'appréciation du directeur général de l'ARS du territoire concerné. Ce dernier doit prendre en compte le projet régional de santé (PRS), les caractéristiques de l'offre de soins du territoire et le projet et les perspectives dans lesquels l'établissement s'engage. La labellisation s'effectue *via* la plateforme « démarches simplifiées », qui constitue un point d'entrée unique pour ce type de demandes.

---

(1) Rapport au Président de la République relatif à l'ordonnance n° 2021-582 du 12 mai 2021 relative à la labellisation, à la gouvernance et au fonctionnement des hôpitaux de proximité.

(2) Ibid.

(3) <https://www.gouvernement.fr/sante-500-hopitaux-de-proximite-et-4-000-assistants-medicaux-en-plus>

(4) Ordonnance n° 2021-582 du 12 mai 2021 relative à la labellisation, à la gouvernance et au fonctionnement des hôpitaux de proximité.

(5) Décret n° 2021-586 du 12 mai 2021 relatif à la labellisation des hôpitaux de proximité et arrêté du 2 juin 2021 relatif à la labellisation des hôpitaux de proximité par les directeurs généraux des agences régionales de santé.

(6) Arrêté du 2 juin 2021 précité.

L'article 2 de l'ordonnance n° 2021-582 du 12 mai 2021 impose des modalités de gouvernance communes entre les hôpitaux de proximité et leurs partenaires par la voie conventionnelle. L'ordonnance rend obligatoire la conclusion d'une convention entre l'hôpital de proximité et les acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux du territoire afin de mettre en place une gouvernance commune et propice à la conduite de projets locaux au service des besoins de santé des populations. Les modalités de cette gouvernance ont été laissées volontairement souples.

L'hôpital de proximité de statut public doit également conclure une seconde convention avec l'établissement support de son groupement hospitalier de territoire afin d'organiser plus spécifiquement les relations entre le groupement et l'hôpital de proximité dans l'exercice de ses missions.

Un projet de loi visant notamment à ratifier l'ordonnance n° 2021-582 du 12 mai 2021 a été déposé à l'Assemblée nationale le 13 juillet 2021 <sup>(1)</sup>.

## **II. LE DROIT PROPOSÉ : ÉLARGIR LE PÉRIMÈTRE D'ACTIVITÉ DES HÔPITAUX DE PROXIMITÉ**

• Le présent article prévoit d'élargir les compétences des hôpitaux de proximité. Pour cela, il modifie l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique, d'abord en ajoutant la possibilité pour ces hôpitaux de réaliser des « consultations avancées et des soins de second recours » dans la liste des actes techniques réalisés par ces hôpitaux.

Les « consultations avancées » <sup>(2)</sup> désignent généralement toute consultation de médecin de premier ou deuxième recours assuré hors de son lieu d'exercice principal. Il peut s'agir soit d'un praticien hospitalier ou d'un professeur des universités-praticien hospitalier assurant notamment des consultations dans un autre hôpital ou dans un centre de santé dépourvu de ressources de spécialité, ou des consultations privées dans un établissement privé. Les consultations avancées peuvent également concerner des médecins spécialistes libéraux assurant des consultations dans un cabinet de groupe de médecine générale (maison médicale ou maison de santé pluriprofessionnelle) ou multidisciplinaire, voire dans un centre de santé. Le terme de « consultations avancées » peut désormais plutôt s'entendre comme un mode d'exercice multi-sites, avec par exemple des « consultations avancées itératives » dans des zones sous-denses, les praticiens se relayant sur ces sites.

Les consultations avancées permettent notamment aux populations situées en zones sous-denses d'avoir accès en particulier à des médecins spécialistes et

---

(1) [https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/dossiers/ratification\\_diverses\\_ordonnances\\_domaine\\_de\\_la\\_sante](https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/dossiers/ratification_diverses_ordonnances_domaine_de_la_sante)

(2) Haut-Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, « Organiser la médecine spécialisée et le second recours : une pièce essentielle de la transformation de notre système de santé », avis adopté le 23 janvier 2020 (page 14).

peuvent en outre éviter des investissements immobiliers coûteux. Le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie a considéré, dans son avis de janvier 2020, que, du fait d'éléments désincitatifs forts, notamment des efforts importants à consentir pour les mettre en place et des temps de déplacement importants pour les médecins, « la grande majorité de ces consultations sont aujourd'hui effectuées dans un but de recrutement d'une patientèle supplémentaire ».

Il était clairement établi, pour les anciens « hôpitaux locaux », que les consultations avancées faisaient partie de leurs prérogatives centrales<sup>(1)</sup>. Plus récemment, l'instruction DGOS/R2/R5 n° 2014-222 du 17 juillet 2014 relative au positionnement des hôpitaux de proximité sur leur territoire et aux modalités de financement spécifique des ex-hôpitaux locaux indiquait également que « les partenariats avec les autres établissements sanitaires ou médico-sociaux doivent permettre à l'hôpital de proximité de bénéficier de compétences supplémentaires, médicales (consultations avancées...) »<sup>(2)</sup>.

Ni la loi du 24 juillet 2019, ni l'ordonnance du 21 mai 2021, ni le décret du 21 mai 2021 ne mentionnent le terme de « consultations avancées ». Toutefois, les hôpitaux de proximité réalisent des partenariats avec d'autres établissements de santé ou des praticiens à titre libéral afin de réaliser des consultations de plusieurs spécialités<sup>(3)</sup>. La formulation actuelle de l'article L. 6111-3-1 indique toutefois que ces consultations se font « en complémentarité avec l'offre libérale disponible au niveau du territoire ». L'article 6 de la présente proposition de loi permettrait donc de clarifier le fait que ces consultations avancées ne se font pas uniquement en fonction de l'offre libérale de soins, mais qu'il s'agit au contraire d'une activité centrale pour les hôpitaux de proximité, quelle qu'en soit la configuration, l'objectif étant de garantir un accès équilibré aux consultations de spécialistes sur l'ensemble du territoire.

● Ensuite, le 1<sup>o</sup> revient sur l'interdiction faite aux hôpitaux de proximité de pratiquer des actes de chirurgie et d'obstétrique, afin de permettre un accès à ces deux activités, pour lesquelles le renoncement aux soins apparaît très important. L'objectif est de permettre un accès sur l'ensemble du territoire à ces activités qui nécessitent d'être présentes au plus près des patients. En effet, « l'organisation territoriale de l'offre de soins joue sur l'accès aux soins. Elle apparaît problématique dans les territoires ruraux et urbains défavorisés. La conjonction des problèmes d'offre (restructurations hospitalières, démographie problématique des professions de santé) et des facteurs déjà présentés vient renforcer les difficultés d'accès et contribue aux renoncements aux soins. »<sup>(4)</sup>

---

(1) Comme indiqué par exemple dans la circulaire DHOS/O 3/DGAS/AVIE n° 2003-257 du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2003/03-26/a0261841.htm>

(2) [https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2014/14-08/ste\\_20140008\\_0000\\_0084.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2014/14-08/ste_20140008_0000_0084.pdf)

(3) I de l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique et article 1<sup>er</sup> du décret n° 2021-586 du 12 mai 2021 précité.

(4) IRDES, « Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique », *Questions d'économie de la santé*, n° 169, octobre 2011.

C'est pourquoi il importe que les hôpitaux de proximité, pensés pour assurer un maillage territorial le plus fin possible de l'offre hospitalière, permettent d'assurer les activités de soins indispensables, en particulier la chirurgie et l'obstétrique.

\*

\* \*

#### *Article 7*

#### **Gages financiers**

L'article 7 vise à prévoir un mécanisme de compensation des charges, pour l'État, les collectivités territoriales et les organismes de sécurité sociale, qui résulteraient de l'adoption de la présente proposition de loi.

\*

\* \*



## EXAMEN EN COMMISSION

*Au cours de sa séance du mercredi 24 novembre 2021, la commission a examiné la proposition de loi pour une santé accessible à tous et contre la désertification médicale (n° 4589) (M. Sébastien Jumel, rapporteur).*

**M. Sébastien Jumel, rapporteur.** Le contexte sanitaire est celui que l'on sait : la médecine scolaire est en carafe, la protection maternelle et infantile tout autant, la médecine du travail est à l'arrêt, 30 % des postes de praticien hospitalier sont vacants et nos problèmes de démographie médicale perdurent. Alors que la pandémie reprend de la vigueur, je rends hommage à tous les soignants qui vont à nouveau se mobiliser au service de nos concitoyens et je vous remercie de m'accueillir dans cette commission pour traiter de la désertification médicale, qui touche tous nos territoires à des degrés divers.

Cette proposition de loi ne vise pas à susciter la polémique mais à nous rassembler pour trouver des solutions pratiques à un problème crucial, que nos concitoyens éprouvent quotidiennement. Le Grand débat national lancé à Grand Bourgtheroulde l'a montré : c'est l'une des principales sources d'inquiétude des Français. La résolution du problème central des déserts médicaux n'est donc ni de gauche, ni de droite, elle est d'intérêt national. C'est pourquoi je donnerai un avis positif aux amendements qui lui apportent des réponses concrètes.

Lors de l'élaboration de ce texte, j'ai conduit l'audition de médecins, d'étudiants, des fédérations hospitalières, d'un géographe spécialiste des questions sanitaires, d'associations d'usagers, d'agences régionales de santé (ARS), d'élus locaux. Tous m'ont dit tenir le sujet pour prioritaire, car il est le symbole de la République qui prend soin ou de la République qui renonce. Le constat est connu et la situation ne va cesser de s'aggraver. Déjà, 10 millions de nos concitoyens vivent dans une zone où l'accès aux soins est difficile. La densité médicale n'a cessé de baisser ces dernières années, passant de 325 à 318 médecins pour 100 000 habitants entre 2012 et aujourd'hui, et l'effectif des médecins généralistes a chuté de 5,6 %. Les inégalités territoriales sont criantes, la densité médicale globalement plus favorable au sud qu'au nord du pays. La densité constatée dans les anciennes régions Picardie, Centre et Pays-de-la-Loire – et Normandie dans une moindre mesure – est particulièrement faible, avec 127 à 130 médecins généralistes pour 100 000 habitants.

Les nombreux indicateurs créés pour mesurer ce phénomène complexe font tous apparaître une situation très inquiétante. Singulièrement, l'indicateur d'« accessibilité potentielle localisée » créé par le ministère de la santé en 2012, qui

recense le temps d'accès aux professionnels, la quantification de leur activité et les différences de consommation de soins de la population selon l'âge, montre que la proportion de personnes habitant un « désert médical » est passée de 8,6 % en 2015 à 11,6 % aujourd'hui. Ce taux varie selon les régions, allant de 4,1 % en Provence-Alpes-Côte d'Azur à 46,4 % en Guyane – Stéphane Peu évoquera le département de la Seine-Saint-Denis. Même dans des zones dites « sur-denses », des déserts médicaux peuvent exister en raison du nombre de médecins qui s'installent en secteur 2 avec dépassements d'honoraires – c'est le cas, à Paris, de 62 % des médecins. La Cour des comptes a montré que « *les zones de densités élevées de médecins et de nouvelles installations majoritaires en secteur 2 se superposent* ». Dans le sud-est de la France comme à Paris, il est presque impossible de trouver un médecin spécialiste qui n'exerce pas en secteur 2. Il en résulte que ceux de nos concitoyens les plus modestes qui résident en zones sur-denses, ceux qui n'ont pas le patrimoine social, financier et culturel nécessaire, sont en réalité dans l'incapacité de consulter un spécialiste.

Le manque structurel de médecins a des impacts en cascade, sur l'hôpital en particulier. À cinq exceptions près, tous les départements de France ont connu au cours des dernières années une hausse des passages aux urgences et une baisse du nombre de généralistes. On dit souvent qu'aux urgences se traite la misère du monde mais en l'état, faute de médecins, on se rue aux urgences, avec le risque de saturation qui en découle, plus important dans les zones sous-denses. Comment ne pas être frappé par un taux de vacance des postes de praticiens hospitaliers supérieur à 30 % ? Cela dit quelque chose de l'abîme dans lequel sont plongés les hôpitaux.

J'ai également souhaité appeler l'attention sur la situation de certains territoires souvent oubliés de l'analyse, en particulier les outre-mer, encore plus fortement frappés par le manque de médecins que la métropole, ce qui entraîne des difficultés sanitaires particulièrement marquées, avec des taux élevés de mortalité infantile, de maladies transmissibles, de pathologies rares ou chroniques. Cela n'est pas près de s'améliorer : à Wallis-et-Futuna, la moyenne d'âge des médecins est de 61 ans !

Je fais aussi le point sur la situation des zones rurales, qui ne sont pas les seules touchées, mais sont fortement concernées. Leurs habitants vivent en moyenne deux ans de moins que les urbains : ce chiffre ne peut nous laisser insensibles.

J'insiste encore sur le fait que la difficulté d'accès aux soins touche en priorité ceux dont la situation économique est la plus fragile : les personnes pauvres ont trois fois plus de risques que les autres de devoir renoncer à des soins ; si elles habitent en zones sous-dotées, ce risque est plus de huit fois supérieur à celui qui prévaut pour le reste de la population !

Pour en finir avec le constat, je rappelle que 11 % de nos concitoyens, soit 6 millions de personnes, habitant majoritairement en zones sous-denses, n'ont pas de médecin traitant. L'UFC-Que choisir indique que 44 % des médecins qu'elle a

interrogés refusent des nouveaux patients – on peut les comprendre : la patientèle des praticiens qui exercent en zones sous-denses est de 14 % plus élevée que celle de leurs confrères. En conséquence, ils ont moins de temps à consacrer au dépistage des cancers, dont ceux du col de l’utérus et du sein, à la vaccination des personnes âgées, à la prévention des conduites addictives et des maladies professionnelles.

Il ressort de l’audition de la direction de la recherche, des études, de l’évaluation et des statistiques (DREES) que le lien entre désertification médicale et moins bon état de santé des populations, n’ayant pas fait l’objet d’études, n’est pas suffisamment documenté. Toutefois, au regard des données disponibles, par exemple le creusement de l’écart d’espérance de vie en bonne santé entre milieu rural et milieu urbain, ce lien apparaît très plausible, sinon certain. Il me semble donc indispensable de conduire des travaux approfondis à ce sujet afin que la représentation nationale dispose de données précises.

Par conséquent, la situation est très grave. Certes, des mesures ont été adoptées depuis plusieurs années pour tenter d’endiguer ce phénomène. La loi du 24 juillet 2019 a notamment réformé le *numerus clausus*, dispositif de régulation drastique du nombre de médecins formés, en vigueur depuis 1971, qui a contribué à tarir l’offre de soins au fil des ans. Cette réforme est une bonne nouvelle, mais elle ne commencera à produire des effets que dans dix ans au mieux. La DREES a montré que, sans action complémentaire, nous ne commencerons à stopper l’hémorragie médicale qu’en 2030.

Deux autres facteurs doivent appeler notre attention. D’une part, si nous prenons en compte le vieillissement de la population et l’accroissement de la demande de soins qu’il provoquera, nous ne retrouverons le niveau actuel de densité médicale qu’en 2035. D’autre part, ce n’est pas parce que le nombre de médecins augmentera qu’ils s’installeront dans des zones où l’on a besoin d’eux et que les inégalités territoriales seront corrigées. Sans dispositif de régulation territoriale, la suppression du *numerus clausus* risque au mieux de ne rien changer à la situation actuelle.

D’autres actions ont été menées, dont je dresse la liste dans le rapport. Il s’agit pour la plupart de mécanismes incitatifs, dont les ARS et la direction générale de l’offre de soins (DGOS) du ministère m’ont clairement indiqué qu’il n’est pas possible d’évaluer l’efficacité – on comprend entre les lignes quelle est toute relative, avec de forts effets d’aubaine. La Cour des comptes alerte à ce sujet depuis plusieurs années, soulignant que nous ne disposons pas de la vision d’ensemble du coût et de l’efficacité de ces dispositifs.

En parallèle, le plan Ma Santé 2022 devrait permettre de déployer 4 000 assistants médicaux d’ici l’an prochain. C’est une bonne chose, mais ils ne sont à ce jour, selon les chiffres que m’a transmis la Caisse nationale de l’assurance maladie (CNAM), que 1 233 équivalents temps plein. Le ministre, que j’ai rencontré cette semaine, m’a dit que les objectifs fixés semblaient largement atteints. Certes, mais quelque 2 770 équivalents temps plein doivent donc encore

être créés d'ici l'an prochain pour atteindre l'objectif affiché par le Gouvernement : vous conviendrez que le compte n'y est pas encore. J'ajoute que nous devons obtenir plus d'informations sur les territoires dans lesquels sont déployés les assistants médicaux, car le risque est grand qu'ils s'installent dans des zones déjà médicalement sur-dotées ou dans des structures d'exercice collectif existantes, ce qui renforcerait les inégalités territoriales au lieu de les corriger.

Les collectivités territoriales sont fortement mobilisées, parfois parallèlement à l'État. Cela donne lieu à une concurrence délétère. Nous avons tous entendu parler il y a peu des exigences hautement déraisonnables, et incompatibles avec les finances communales, d'un médecin pressenti pour venir s'installer dans un bourg de la Manche.

Nous devons donc remédier rapidement à cette situation. Nous ne pouvons attendre dix ans de plus et voir l'offre médicale se raréfier encore dans nos territoires, au péril de la santé de nos concitoyens. Notre proposition de loi formule des pistes réalistes, propres à répondre rapidement à ce problème majeur.

Plusieurs leviers s'offrent à nous, et d'abord celui de la formation. La loi de 2019 a remplacé le *numerus clausus* par un *numerus apertus*. Dans ce nouveau système, l'État établit des objectifs pluriannuels d'admission, tenant compte et des capacités de formation, et des besoins de santé des territoires. Toutefois, les besoins restent supérieurs au nombre d'étudiants. C'est pourquoi l'article 1<sup>er</sup> de la proposition de loi établit que le nombre d'étudiants formés dépend uniquement du besoin de santé des territoires : cela doit permettre aux universités de s'adapter pour y répondre. Je propose également que soient prises en compte non seulement les inégalités territoriales mais aussi les inégalités sociales d'accès aux soins – c'est crucial pour comprendre le problème du renoncement aux soins.

En matière de formation toujours, je propose dans l'article 2 de généraliser le contrat d'engagement de service public (CESP). Ce dispositif créé en 2009 permet aux étudiants de médecine et d'odontologie qui s'engagent à exercer ensuite dans une zone sous-dense de recevoir 1 200 euros bruts chaque mois pendant la durée de leurs études. Ce dispositif, dont les analystes pointent le modeste succès, devrait être généralisé. Aujourd'hui, outre que 7 % seulement des diplômés peuvent en bénéficier, ils sont très inégalement répartis sur le territoire : pour la médecine, l'Île-de-France offre près de 18 % du total national

L'article 3 traite du conventionnement sélectif des médecins, question récurrente. Les infirmiers, les sages-femmes et les masseurs-kinésithérapeutes relèvent de ce régime, qui leur interdit de s'installer en zone sur-dense sauf en cas de cessation d'activité d'un confrère. Cette règle a été exclue pour les médecins, pour lesquels a été avancé le principe de libre installation – peut-être le nombre de médecins qui siègent dans nos instances décisionnelles n'y est-il pas pour rien. Pourtant, la Cour des comptes, le Sénat, la direction générale du Trésor et même notre Assemblée ont publié de nombreux rapports montrant qu'il s'agit d'une voie d'équilibre pour ne pas remettre en cause les fondements de la liberté d'installation

tout en agissant sur la répartition géographique des médecins. Si nous n’y venons pas, nous courons le risque, lorsque les effectifs augmenteront, de voir les disparités territoriales s’aggraver. Nous n’aurons donc rien réglé. Pour les professions soumises au conventionnement sélectif, nous avons constaté l’amélioration sensible de la répartition territoriale. Il faut donc désormais y inclure les médecins.

Je propose aussi de revoir les dispositifs d’incitation à l’installation, très coûteux et qui ont montré leur faible efficacité. La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2020 a créé un contrat de début d’exercice qui remplace les quatre contrats précédents sans modifier la philosophie qui les sous-tendait. Mieux vaut supprimer ce contrat et réorienter les financements directement vers les collectivités territoriales afin qu’elles puissent investir dans des infrastructures, comme des centres de santé. C’est une condition indispensable pour attirer de nouveaux médecins, les jeunes générations aspirant désormais plus largement à exercer leur belle profession comme salariés, dans des structures collectives.

L’article 5 formalise le principe d’égal accès aux soins et en précise la définition, en posant une limite maximale de 30 minutes pour accéder aux soins depuis son domicile. Selon les travaux du géographe Emmanuel Vigneron, le nombre de femmes en âge de procréer se trouvant à plus de 45 minutes d’une maternité a plus que doublé en vingt ans, passant de 290 000 en 1997 à 716 000 en 2019 ; sur la même période, le nombre de maternités a diminué d’environ un tiers. Cette situation a pour conséquence intolérable d’accroître les risques de mortalité maternelle et infantile.

Enfin, je propose par l’article 6 d’élargir le périmètre d’activité des hôpitaux de proximité. La relation ville-hôpital est déterminante si l’on veut faire face efficacement au problème que pose la démographie médicale. Créés en 2015, les hôpitaux de proximité doivent remplacer les hôpitaux locaux pour assurer une couverture territoriale au plus près des zones les moins dotées. En mai dernier, une ordonnance a profondément révisé la gouvernance de ces établissements et défini une procédure de labellisation, mais il leur est toujours interdit de pratiquer la chirurgie et l’obstétrique. Je sais qu’il est compliqué de recruter des gynécologues-obstétriciens, mais la situation étant celle que j’ai décrite, nous ne pouvons priver nos concitoyens qui vivent loin d’un centre hospitalier de ces deux types de soins. En outre, parce que les consultations avancées seraient plus aisément dispensées dans ces hôpitaux, l’article 6 formalise leur réalisation en ces lieux. Avec une consultation de médecin de premier ou deuxième recours assurée hors de son lieu d’exercice principal, on palliera l’absence de médecin sur un territoire tout en permettant aux personnes vivant dans un désert médical de consulter notamment des médecins spécialistes.

Cette proposition de loi réaliste, qui rassemble des travaux réalisés sur différents bancs, est fondée sur un état des lieux solidement établi qui doit nous conduire à agir. Nous ne pouvons rester dix ans encore dans cette situation. Nous devons prendre des mesures plus coercitives pour garantir à tous le droit à la santé, qui a valeur constitutionnelle. Si nous ne le faisons pas, la décennie à venir se

caractérisera par une désertification médicale encore aggravée pour un grand nombre de nos territoires, symbole de la République qui recule et qui renonce, ce que personne ne veut, j’imagine, sur aucun de nos bancs.

**Mme Stéphanie Rist (LaREM).** Notre groupe est d’accord avec votre constat, monsieur le rapporteur, l’amélioration de l’accès aux soins doit être une priorité. Néanmoins, nous n’approuvons pas les solutions que vous proposez à cette fin.

Pendant ce mandat, nous avons défendu de nombreuses mesures visant à améliorer l’accès aux soins, avec plus de professionnels formés, plus de coopération, plus de temps médical redonné aux médecins. Dès 2018, nous avons mis fin au *numerus clausus*, si bien qu’en 2021, le nombre d’étudiants en médecine s’est accru de près de 20 %. Sachant que l’exercice médical en maison de santé pluriprofessionnelle attire, nous avons fortement augmenté leur nombre : l’objectif du doublement a été atteint en juin 2021, date à laquelle on comptait 1 889 maisons de santé contre 910 en 2017. Nous devons poursuivre. Nous avons gradué la prise en charge hospitalière avec la labellisation des hôpitaux de proximité, grâce à la loi « Ma Santé 2022 » du 24 juillet 2019, qui permet aux professionnels de ville de participer aux soins à l’hôpital et à sa gouvernance et qui met fin à la tarification à l’activité et au tout-tarification à l’activité (T2A) – une autre promesse tenue. Avant-hier encore, nous adoptions un projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) qui permet des progrès dans l’accès aux soins dans nos territoires en renforçant les délégations de tâches et la coopération entre les professionnels de santé.

Il faut continuer d’avancer et d’innover pour lutter contre la désertification médicale, mais les mesures proposées ne sont pas appropriées. Le conventionnement sélectif, qui peut paraître séduisant, aurait des effets pervers non négligeables pour nos concitoyens : le nombre total de médecins en France restant insuffisant, cela conduirait à faire peser la contrainte financière sur les assurés, qui n’auraient souvent pas d’autre choix que de se rendre chez un médecin non conventionné. Garantir l’accession à un établissement de santé à moins de 30 minutes du domicile de chacun est une injonction purement démagogique qui n’apporte aucune solution pratique. Enfin, vous voulez arrêter de financer les contrats de début d’exercice alors que ce dispositif, adopté dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020, incite les médecins à s’installer dans des zones sous-denses.

Cette proposition de loi poursuit un objectif louable, et même primordial. Mais, précisément parce que le sujet est compliqué et d’une importance majeure, nous devons accélérer l’application de dispositifs efficaces plutôt qu’adopter des mesures idéologiques qui aggraveraient la situation. Aussi proposerons-nous la suppression des articles.

**M. Jean-Carles Grelier (LR).** Merci, monsieur le rapporteur, pour ce travail, qui donne un éclairage précis sur un sujet qui préoccupe plusieurs millions de nos concitoyens. Moi-même élu d'un département où 60 000 personnes sont sans médecin traitant, j'ai parfois le sentiment qu'en dehors des élus locaux, la question n'intéresse pas les autorités de l'État.

La suppression du *numerus clausus* nous est souvent présentée comme la solution ayant permis de régler tous les problèmes mais, comme vous l'avez justement souligné, les moyens alloués à l'université et le manque de possibilités de stage ne permettront pas d'accueillir davantage d'étudiants en médecine qu'aujourd'hui. Les problèmes de démographie médicale continueront donc de s'accroître au cours des années et peut-être des décennies à venir, aggravés par le vieillissement de la population – un vieillissement en mauvaise santé – qui fera sensiblement croître la demande de soins.

Toutefois, je ne partage pas les solutions que vous proposez, notamment pas l'idée du conventionnement sélectif. En premier lieu, point n'est besoin d'une loi pour l'instituer : c'est une affaire entre l'assurance maladie, qui ne l'a pas proposé, et les médecins, qui ne l'ont pas demandé. Depuis la crise des « gilets jaunes », je ne crois pas qu'on impose des solutions à des professionnels qui n'en veulent pas. Ni les étudiants en médecine, ni les médecins ne voulant du conventionnement sélectif : les effets pervers d'une telle mesure seraient incommensurables, à commencer par le fait que la plupart des médecins qui voudront s'installer librement se déconventionneront. En conséquence, une médecine à deux vitesses se mettra progressivement en place, certains pouvant, comme dans le centre de Paris, payer 70 euros une consultation de généraliste quand d'autres seront contraints de chercher un médecin désespérément. N'oubliez pas non plus que l'hôpital est le premier concurrent de la médecine de ville. Si, demain, les étudiants en médecine sont contraints à une installation donnée au terme de leurs études, ils préféreront sans doute rester à l'hôpital, d'autant que, 70 % des étudiants en médecine étant des jeunes femmes, cela peut correspondre à des aspirations familiales légitimes.

Cessons d'imaginer que l'on réglera le problème compliqué de la santé par des solutions simples. Depuis des années, on nous annonce « la » solution censée tout régler ; je n'ai rien vu de tel à ce jour. Des solutions plus complexes sont souhaitables. J'apprécie la qualité de votre travail, mais le groupe Les Républicains ne pourra soutenir cette proposition de loi.

**M. Cyrille Isaac-Sibille (Dem).** Cette proposition de loi est censée remédier aux difficultés territoriales d'accès aux soins par des propositions coercitives, pour citer le rapporteur, et radicales, imaginées par d'autres pays et qui ont entraîné des échecs non moins radicaux. Nous comprenons tous le désarroi des populations et des élus dans les territoires affectés par la pénurie de personnel médical, mais nous ne voterons pas des dispositifs de coercition inefficaces qui ne feraient qu'aggraver le problème.

Coexistent en France une offre de soins administrée, l'hôpital, et une offre libérale, la médecine de ville. Les médecins généralistes de première ligne sont les médecins libéraux. Pourquoi vouloir leur imposer des contraintes à l'installation ? Sachant que seulement 8 % des jeunes médecins s'installent en libéral, les obliger à aller là où ils ne veulent pas n'aura pour résultat que de les faire fuir. Ils s'orienteront vers des emplois salariés, qui ne manquent pas puisque, vous l'avez rappelé, 30 % des postes hospitaliers sont vacants.

Il faut rendre attractif l'exercice de la médecine libérale, qui s'effrite d'année en année – pas nécessairement par des incitations financières généreuses, qui ont montré leurs limites, mais par des mesures adaptées à chaque territoire, et d'abord en prenant la médecine libérale en considération. Nous avons fait beaucoup pour l'hôpital, avec le Ségur de la santé, mais pas grand-chose pour la médecine de ville. Il faut aussi accompagner la future installation des étudiants – et ne me dites pas que c'est impossible : quinze jeunes médecins généralistes formés à Lyon vont bientôt s'installer en Ardèche, département dont ils ont découvert les attraits après avoir participé aux gardes des pompiers. Il y a d'autres méthodes : par exemple favoriser la pratique de groupe, mettre à la disposition des médecins des outils numériques simples, faire monter en compétence toutes les professions paramédicales et faciliter l'accès direct, dans un exercice coordonné, à certains professionnels de santé.

Notre groupe, majoritairement, ne votera pas en faveur d'une proposition de loi qui a tout de la baguette magique alors que nous travaillons depuis quatre ans à appliquer des mesures pragmatiques qui, progressivement, porteront leurs fruits.

**M. Joël Aviragnet (SOC).** La santé était déjà au cœur des enjeux politiques lors du Grand débat national en 2019 et dans les cahiers de doléances. Aujourd'hui, alors que nous sommes confrontés à une pandémie inédite, le droit à l'accès équitable aux soins garanti par la Constitution n'est plus assuré et les inégalités en santé ne cessent de croître, tous les indicateurs le montrent. Ainsi, sept Français sur dix auraient déjà renoncé à se faire soigner, notamment les plus précaires. La pénurie touche non seulement les médecins généralistes mais aussi certains spécialistes tels que les gynécologues, dont sont privées les habitantes de treize départements. La désertification médicale est une préoccupation majeure des Français. Sachant que 22 % de nos concitoyens résidant dans un territoire rural se trouvent à plus de 30 minutes d'un service d'urgence, une meilleure répartition territoriale de la médecine est impérative.

La proposition de loi que nous examinons va en ce sens. Les députés du groupe Socialistes et apparentés ont déposé trois propositions de loi et des dizaines d'amendements pour améliorer le maillage territorial des médecins et assurer un meilleur accès aux soins en tous lieux. La pénurie de spécialistes peut se régler par l'ouverture de maisons de santé pluridisciplinaires dans les zones sous-dotées. Puisque toutes les mesures incitatives prises depuis plusieurs années n'ont pas obtenu les résultats escomptés, nous devons adopter le conventionnement sélectif, dispositif auquel 84 % des Français sont favorables mais pas les médecins, en tout

cas pas tous. Il ne s'agit pas de coercition, mais d'encourager les installations là où le manque de médecins est avéré. Cela doit s'accompagner de conditions de travail exemplaires et d'un exercice moderne de la médecine, comme les jeunes médecins le demandent. De même, obligation doit être faite aux jeunes diplômés en médecine de signer un CESP. La situation est grave ; elle exige que nous soyons à la hauteur des enjeux. Nos compatriotes sont très inquiets pour leur santé et celle de leurs proches. Ne laissons pas l'inégalité d'accès à la santé devenir la première fracture territoriale de notre République.

Pour toutes ces raisons, notre groupe soutiendra la proposition de loi.

**Mme Annie Chapelier (Agir ens).** Je remercie Sébastien Jumel de tenter de répondre aux préoccupations des Français, qui nous interpellent tous les jours à ce sujet. Une réflexion sociétale est nécessaire.

Je vous rejoins lorsque vous dénoncez le creusement des inégalités territoriales dans l'accès aux soins. Mais le phénomène n'est pas propre à la France ; il s'observe malheureusement dans tout le monde occidental. Je salue la densité et la qualité de votre remarquable rapport, alimenté par de nombreuses auditions et par le tour de France des hôpitaux et des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes qu'avaient lancé les parlementaires communistes, mais si le groupe Agir ensemble partage votre constat et parfois votre analyse, il ne partage pas l'ensemble des solutions proposées.

Nous ne sommes pas favorables au conventionnement sélectif, car cela supposerait que les effectifs de médecins soient suffisants pour couvrir les besoins de l'ensemble du territoire, ce qui n'est pas le cas. Cela aurait peut-être été possible il y a une dizaine d'années, mais ce ne l'est plus, hélas. Une politique d'attractivité réelle doit être menée dans les territoires, car quand les départements s'investissent dans cette démarche, ils voient leurs effectifs médicaux augmenter ; l'exemple donné par Cyrille Isaac-Sibille le montre.

Parce que le droit à la santé est un droit constitutionnel que nous devons protéger et qu'il n'est pas acceptable de voir se creuser les inégalités territoriales en matière de santé, il faut aller plus loin que ce qui a déjà été fait. Notre groupe votera donc en faveur de l'article 1<sup>er</sup>, sous réserve du maintien de la prise en compte des capacités de formation dans les objectifs pluriannuels d'admission, car il en va de la qualité de la formation et de l'accueil des étudiants en santé.

Notre groupe défendra aussi deux articles additionnels visant l'un à renforcer l'information du Parlement sur le développement des stages en ambulatoire et l'accompagnement des maîtres de stages universitaires, l'autre à encourager la signature de CESP. Enfin, je suis favorable, à titre personnel, à l'article 2, car il ouvre à davantage de recrutements, en particulier grâce aux passerelles, qui peuvent être améliorées.

**M. Thierry Benoit (UDI-I).** Je salue le rapport approfondi de Sébastien Jumel, qui propose des mesures de régulation. En matière d'installation des médecins, je pense qu'il faut autant de liberté que possible, et autant de régulation que nécessaire. Je fais partie des députés qui, comme Philippe Vigier, ont soutenu à l'Assemblée nationale toutes les mesures incitatives proposées depuis quinze ans par les ministres de la santé successifs, de toutes tendances politiques. Tout a été essayé : les primes à l'installation, la défiscalisation en zone de revitalisation rurale (ZRR), les contrats locaux de santé, les projets professionnels, les maisons pluridisciplinaires de santé, les forums à l'installation, la télémédecine, les groupements hospitaliers de territoire (GHT)... Malgré cela, depuis quinze ans, la situation s'aggrave. Les sénateurs, préoccupés autant que nous le sommes, ont publié en janvier dernier un rapport montrant qu'environ 8 millions de Français sont sans médecin référent. Il est donc temps, en plus des mesures incitatives existantes, d'expérimenter des mesures de régulation, car nous ne pouvons imaginer voir la pénurie s'aggraver encore.

Le ministre de la santé a pris une mesure phare, le remplacement du *numerus clausus* par un *numerus apertus*, mais elle n'aura d'effets tangibles que dans une dizaine d'années. Or on ne peut plus attendre. Aussi, au nom du groupe UDI et Indépendants, je soutiendrai l'ensemble du texte, et défendrai des amendements issus d'une proposition de loi que j'ai déposée avec une cinquantaine de collègues – car tous les groupes politiques de l'Assemblée nationale sont sensibles à cette question. J'entends des députés dire que les mesures de régulation ne sont pas une solution, mais sans jamais rien proposer d'autre que les mesures incitatives en vigueur. Au contraire, l'initiative de Sébastien Jumel doit être encouragée et soutenue avec force et conviction.

**Mme Jeanine Dubié (LT).** Mes félicitations vont à Sébastien Jumel pour son rapport remarquable. Il montre combien il est urgent d'agir contre la désertification médicale qui s'aggrave, au détriment de la santé publique et de la cohésion sociale. Depuis de nombreuses années, nous dénonçons des inégalités d'accès aux soins, tenant notamment au fait que les effectifs de médecins sont en deçà des besoins de santé grandissants d'une population qui augmente, vieillit et souffre de plus en plus de maladies chroniques.

Les majorités se sont succédé et diverses solutions ont été proposées sans réussir à endiguer le phénomène. Nulle part, les dispositifs incitatifs à l'installation n'ont permis d'inverser la tendance. L'urgence et le constat de ces échecs nous obligent à envisager des mesures de régulation, comme il en existe pour d'autres professions. Le conventionnement sélectif en fait partie. Cette possibilité, déjà intégrée dans les deux propositions de loi du groupe Socialistes et apparentés, a toujours été rejetée et le sera probablement une nouvelle fois. Je suis pourtant convaincue que cette mesure est indispensable, car il nous faut trouver un équilibre entre la liberté d'installation des médecins et la protection de la santé garantie à chacun. Je me réjouis que nous puissions à nouveau avoir ce débat.

Le soutien aux collectivités territoriales a fait ses preuves, notamment durant l'épidémie de covid-19. Leur action en faveur de la création des centres de santé est utile, notamment dans les territoires ruraux, tel mon département des Hautes-Pyrénées. Cela correspond à l'évolution d'une profession dont les membres se tournent de plus en plus vers le salariat. La proposition d'une contractualisation entre ARS et collectivités demande donc toute notre attention.

Au-delà des mesures d'urgence, il est nécessaire d'investir massivement dans les études de santé. Alors que le relèvement du *numerus clausus* ne donnera pas de résultats avant une dizaine d'années et que la capacité de formation des médecins reste insuffisante dans les universités, nous approuvons la proposition consistant à déterminer l'offre de formation à partir des seuls besoins de santé dans les territoires. Il leur revient en effet de définir en priorité notre politique de santé.

Le groupe Libertés et Territoires votera tous les articles de la proposition de loi.

**M. Stéphane Peu (GDR).** Je salue à mon tour le travail de Sébastien Jumel. Par cette proposition de loi, lui et l'ensemble des membres du groupe de la Gauche démocrate et républicaine ont voulu répondre aux deux crises majeures survenues pendant le quinquennat. La crise sanitaire d'abord, qui est aussi une crise sociale, le coronavirus ne frappant pas indifféremment selon les territoires ou selon que l'on appartient ou pas aux classes populaires – les habitants de la Seine-Saint-Denis, département qui a connu le plus fort taux de mortalité en France, peuvent en témoigner. La crise des « gilets jaunes » ensuite, qui, entre autres choses, a révélé les fractures territoriales de notre pays et le fait qu'en France des territoires ruraux, des territoires péri-urbains et des banlieues populaires de grandes villes se sentent oubliés de la République. Par cette proposition concrète, inspirée par les réalités des territoires, nous essayons de faire œuvre utile pour l'avenir de notre pays.

Pour la médecine comme dans bien d'autres domaines, on ne peut vouloir s'en tenir à des principes exclusivement libéraux et s'offusquer de se voir imposer des règles quand on est principalement financé par de l'argent public : il doit y avoir des contreparties. Tout en saluant, comme l'a fait le rapporteur, la fin du *numerus clausus*, il faut prendre des mesures urgentes, applicables le plus rapidement possible. C'est à quoi tend cette proposition de loi, au terme d'un travail sérieux au cours duquel toutes les parties ont été entendues, dont les représentants de territoires devenus des déserts médicaux. Rendez-vous compte : en Seine-Saint-Denis, 30 % des assurés sociaux n'ont pas de médecin traitant ! Comment ne pas faire le lien avec le plus fort taux de mortalité de tous les départements pendant la crise du covid ? Alors, que fait-on : on attend l'effet de la suppression du *numerus clausus* ? On espère que l'exemple de l'Ardèche trouvera à s'appliquer en Seine-Saint-Denis ? Je ne le crois pas. Il faut d'autres mesures.

**M. Bernard Perrut.** Nous sommes tous d'accord sur ce terrible constat : les inégalités d'accès aux soins persistent ; pire, la désertification médicale continue de progresser. Les zones blanches médicales sont souvent des espaces ruraux, mais

aussi des villes moyennes ou des zones péri-urbaines. Selon un sondage, 63 % des Français ont déjà renoncé à des soins en raison de la longueur des délais d'attente ou de la distance à parcourir. Ces oubliés de la santé, victimes d'une fracture sanitaire territoriale, demandent des réponses tangibles.

Si la politique de santé incombe évidemment à l'État, en pratique les collectivités territoriales ne sont pas exclues du champ sanitaire. Je milite activement pour qu'elles soient mieux associées à la politique de santé pour l'adapter aux besoins des bassins de vie. Je suis favorable à la création de maisons de santé, au plus proche de territoires tous différents.

Vos solutions, monsieur le rapporteur, contreviennent au principe essentiel du libre exercice de la médecine. Comment les professionnels que vous avez rencontrés ont-ils réagi ? Les exemples des États-Unis, du Canada, de l'Allemagne et de l'Autriche montrent que les dispositifs de coercition ne fonctionnent pas. Je pense plus précisément à l'instauration d'un conventionnement sélectif à l'installation : dans ces pays, soit les médecins s'installent à la périphérie des zones sous-denses, soit ils choisissent un exercice salarié – et l'offre est très importante, en particulier dans les hôpitaux. Aussi votre texte me fait-il m'interroger. Il faut pourtant prendre toutes les mesures essentielles pour permettre à nos concitoyens de trouver un médecin et des professionnels de santé au plus près d'eux.

**M. Philippe Vigier.** Depuis quinze ans, j'entends la majorité en exercice répéter qu'elle prend des mesures extraordinaires, ce qui évoque toujours la belle phrase de Tomasi di Lampedusa, dite par Alain Delon dans *Le Guépard* : « *Il faut que tout change pour que rien ne change.* » J'ai pour ma part déposé deux propositions de loi et été le rapporteur d'une commission d'enquête parlementaire sur l'accès aux soins. Cela va-t-il mieux ? Non, et cela s'aggrave même, chacun le sait. Aussi, même si la proposition de loi est imparfaite, je la soutiendrai. J'ai subi les foudres de la gauche qui cassait la proposition de loi que je soutenais, j'ai vu la droite agir de la même manière avec des propositions issues de la gauche, et je n'ai entendu proposer ce matin aucune nouvelle solution.

Ne jouons pas au poker menteur : il est faux de dire que le *numerus clausus* a été supprimé, c'est en réalité un *numerus apertus* qui a été élargi. Dans la région Centre-Val de Loire, quand 101 étudiants en médecine passaient en deuxième année en 2001, ils sont maintenant 257. Stéphanie Rist et moi-même avons écrit une lettre au Premier ministre il y a quinze jours pour demander que l'on passe à 300. Mais il en faudrait 500 pour que la région soit couverte ! Arrêtons de nous raconter des histoires !

Il faut réévaluer et développer le CESP, qui est un très bon dispositif, qui fonctionne bien. Il faut augmenter les moyens financiers – le rapport de la Cour de comptes nous étrille sur ce point ! Et pourtant, je suis dans la région qui compte le plus de maisons de santé pluridisciplinaires, car les collectivités les ont financées à bloc !

C'est un cri du cœur que je pousse. Non, tout n'est pas parfait dans ce que propose Sébastien Jumel, mais si vous en restez au *statu quo*, vous ne vous en sortirez pas. Essayons d'agir ensemble, tous les groupes confondus, parce que nous sommes tous concernés : il n'y a pas de logique de groupe qui tienne, il s'agit juste de savoir si, oui ou non, on apporte une réponse forte à la première attente des Français. Pour le moment, elle n'est pas à la hauteur.

**Mme Isabelle Valentin.** Depuis qu'elle est apparue en France il y a une quarantaine d'années, la désertification médicale n'a cessé de s'intensifier. Les habitants les plus touchés renoncent aux soins et l'écart d'espérance de vie entre territoires urbains et territoires ruraux se creuse. L'ensemble de la chaîne de soins est désormais affecté, des services d'urgence à la pharmacie. En Haute-Loire, 47 communes sur 257 cumulent les difficultés d'accès aux soins de premiers secours. Le département fait partie de la vingtaine de ceux qui comptent le plus de communes classées en désert médical, avec 201 médecins et 85 pharmacies pour 230 000 habitants. Les femmes sont les premières touchées, en raison du manque de gynécologues et des fermetures de maternités. Pourtant, les élus locaux se mobilisent et tentent d'attirer des professionnels par tous moyens : maisons de santé, financements régionaux et départementaux qui soulagent les finances locales... Certains départements installent des centres de santé départementaux où travaillent des médecins salariés. Une véritable politique d'attractivité des territoires doit être définie par l'État. Notre système de santé s'essouffle, des réformes strictes et des réformes structurelles doivent être appliquées. La crise due au covid a fait naître de belles initiatives communes à l'hôpital, à la médecine de ville et aux collectivités. Observons ce qui est fait dans les régions.

**Mme Monique Iborra.** Je vous remercie pour ce rapport. Il a le mérite d'exister et il est licite, étant donné les problèmes que connaissent nos concitoyens, que tous les groupes politiques puissent s'exprimer à ce sujet. Toutefois, les mesures de régulation proposées ne fonctionneront pas davantage que les mesures incitatives, dans le contexte que nous connaissons. En Allemagne, où ce choix a été fait, il est sans succès. Il faut rappeler aux étudiants qui veulent apprendre cette discipline que la médecine libérale est aussi une médecine sociale et qu'il n'y a pas de contradiction entre les deux. L'installation des médecins en secteur rural et en zone sous-dense passe d'abord par une politique nationale de développement des territoires ruraux. C'est ce que nous faisons depuis quatre ans, et c'est ce que nous ferons encore dans le projet de loi « 3DS » dont nous allons débattre. Autant dire que les solutions dont nous traitons dans notre commission ne sont pas les seules à prendre en compte. Les choses sont beaucoup plus compliquées que cela, et dire que l'on va tout régler par des mesures de régulation est facile mais inefficace.

**M. Jean-Pierre Door.** Merci pour ce rapport, monsieur Jumel. J'ai assisté avec vous à de nombreuses auditions, et j'ai apprécié les observations intéressantes des médecins « juniors », les étudiants, comme des « seniors », dont vous aviez d'ailleurs admis qu'ils n'avaient pas tout à fait tort. Nous nous accordons sur deux points. D'abord, nous considérons que la grande faiblesse de notre système de formation tient au manque de maîtres de stage, qui empêche d'avoir plus d'étudiants

en médecine sur le terrain. Ensuite, dans les zones à la démographie médicale difficile, la CNAM pourrait avoir la faculté d'assouplir les règles d'adressage, de manière que les patients ne soient pas obligés de passer par le médecin traitant pour avoir accès à un spécialiste.

J'ai participé à la création de la convention médicale en 1971, année de mon installation, et je pense que vos préconisations risquent de la mettre à mal dès l'instant où le politique interférerait dans la relation entre les caisses d'assurance maladie et les représentants des médecins. On estime à 90 % la proportion actuelle de médecins conventionnés. Combien seront-ils demain avec ces propositions ? Leur nombre risque de chuter. Pour finir, je suggère la lecture instructive du rapport de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé, qui traite de l'installation des médecins dans cinq pays européens.

**Mme Josiane Corneloup.** Je vous remercie pour ce travail majeur alors que la désertification médicale et les difficultés d'accès aux soins s'amplifient. En 2018, 7 400 000 personnes, soit plus d'un dixième de la population, vivaient dans une commune où l'accès à un médecin généraliste est limité, contre 7,6 % « seulement » en 2012.

Vous proposez des mesures contraignantes, et je regrette qu'une nouvelle fois nous nous attaquions aux conséquences plutôt qu'aux causes. Il faut redonner de l'attractivité à l'exercice de la médecine générale, puisque le constat est sans appel : elle fait partie des dernières spécialités choisies par les étudiants, et l'exercice libéral est également en baisse. Il faut revaloriser la profession et les actes de médecine générale, inciter aux stages en médecine de ville pendant les études, modifier les modalités de tarification pour favoriser le travail en groupe, et inciter à la création de maisons de santé pluridisciplinaires, puisque les médecins généralistes ne souhaitent plus exercer isolément. Au pic de la pandémie, les assurés qui souffraient d'une maladie chronique et qui disposaient d'une ordonnance renouvelable dont la durée de validité avait expiré pouvaient se voir délivrer leur médicament par le pharmacien pour un mois. Cet aménagement a permis d'assurer la continuité des prestations. Pourquoi, dans un pays qui compte 22 000 officines, ne pas fluidifier les parcours de soins en généralisant cette pratique ?

**M. Boris Vallaud.** Je remercie Sébastien Jumel pour sa proposition, qui rejoint de nombreuses réflexions conduites au sein de l'Assemblée nationale et beaucoup des propositions que notre groupe a formulées par la voix de Guillaume Garot depuis le début de cette législature.

On l'a rappelé, 10 % des Français n'ont pas accès aux soins parce qu'ils vivent dans un désert médical. On compte dans l'Eure 5,3 fois moins de médecins qu'à Paris, et dans les territoires les moins bien dotés, six mois sont nécessaires pour obtenir un rendez-vous chez un ophtalmologue, contre deux heures sur Doctolib à Paris. Dans certains départements, tel celui des Hautes-Alpes, plus aucun gynécologue médical n'exerce en libéral. Loin de s'améliorer, la situation s'aggrave, puisque la différence d'espérance de vie entre les habitants d'un

département hyper-urbain et ceux d'un département hyper-rural, qui était de trois mois dans les années 1990, est aujourd'hui de quinze mois. C'est une perte de chances considérable.

Quand il n'y a pas de médecins dans les déserts médicaux, les patients se tournent vers les services d'urgence. Mais partout en France, ces services sont en tension et de nombreux lits sont fermés – partout en France, des maires nous disent que la République ne passe plus par chez eux. Tel est l'enjeu, et nous soutiendrons évidemment la proposition de Sébastien Jumel.

**M. le rapporteur.** Je comprends, à entendre Mme Rist, qu'en cette fin de quinquennat le parti du président de la République n'est plus du tout en marche mais tout à fait à l'arrêt. En fait de révolution, votre candidat à la présidence de la République pourrait adopter un nouveau slogan : « Nous allons mettre un frein à l'immobilisme ». Pour vous, il faut que rien ne change pour que rien ne change...

Au demeurant, il est assez cocasse que ce soit cette collègue, qui a porté une loi fragilisant les hôpitaux à dimension humaine partout en France, mettant à mal les services d'urgence, contribuant à ce que 30 % des postes de praticiens hospitaliers soient désormais vacants, me fasse un procès en irréalisme. Je le prends comme un compliment. Dans le même temps, je n'ai entendu aucune proposition sérieuse, immédiatement applicable, du groupe La République en Marche.

Je constate, aux propos de M. Grelier, que la droite, ayant perdu le nord, cherche une boussole. Vraiment, tout le monde serait contre mes propositions ? Pourtant, les sénateurs Hervé Maurey et Jean-François Longeot ont remis un rapport d'information qui les reprend pour l'essentiel, tout comme la proposition de loi de Stéphane Sautarel, cosignée par un grand nombre de parlementaires du groupe Les Républicains. Je vous renvoie donc à ces textes instructifs.

Pour M. Isaac-Sibille, la solution, c'est le système D, avec des pompiers accueillant des médecins en Ardèche. Mais le législateur, s'il veut un État qui protège, qui aménage, qui régule, qui réaffirme la présence de la République partout et pour tous, se satisfera difficilement du système D.

**M. Cyrille Isaac-Sibille.** C'est plutôt un système P, comme « pragmatique ».

**M. le rapporteur.** J'ai été maire dix ans, je préside une conférence territoriale de santé : le système D, c'est notre lot quotidien. Tous les dispositifs évoqués par nos collègues pour assurer que « tout va très bien, madame la marquise », je les ai testés. Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) sont absentes de 40 % du territoire national, et quand bien même elles existent, elles sont plus ou moins denses. Il en résulte que les territoires se font concurrence pour avoir un médecin généraliste – comme celui qui, dans la Manche, exigeait pour venir s'installer logement, voiture, salaire mirobolant et terrain gratuit... Cette situation neutralise toute capacité d'aménagement du territoire. Le bricolage, ça suffit, monsieur Isaac-Sibille, ça ne marche pas.

Je remercie Joël Aviragnet de son soutien. Je l'ai écrit dans mon rapport, je me suis beaucoup inspiré du rapport Garot, que j'ai prolongé et actualisé à la faveur d'un diagnostic que nous avons voulu le plus partagé possible. Il ne m'a pas échappé que, les médecins ne souhaitant plus exercer solitairement, l'une des solutions consiste à multiplier les maisons pluridisciplinaires, mais cela implique évidemment un accompagnement financier à la hauteur. Or, quand nous avons entendu les ARS, j'ai été frappé par l'incapacité de l'État à établir des critères objectifs permettant un accompagnement propre à assurer l'égalité républicaine.

Mme Chapelier a présenté la désertification médicale comme un problème général en Occident. Vous lirez malheureusement en page 8 de mon rapport qu'en ce domaine, les comparaisons internationales ne sont pas valorisantes pour notre pays. Elle estime aussi que le conventionnement sélectif aurait été possible il y a dix ans, mais plus maintenant, car on manque de médecins. Mais ce sont les mêmes qu'il y a dix ans qui refusent cette mesure, et toujours sans faire la démonstration qu'elle ne fonctionnerait pas !

On me dit qu'il n'y a pas de zones sur-denses ; j'aimerais que la commission des finances se saisisse de ce sujet. Dans les Alpes-Maritimes, la densité médicale est de 636,5 et 42 % des médecins exercent en secteur 2 ; à Paris, la densité médicale est de 1 192,3, et 62 % des médecins pratiquent en secteur 2. Cela signifie que, dans les zones sur-denses aussi, ceux qui n'ont pas le pognon, ceux qui n'ont pas le patrimoine relationnel et culturel nécessaire n'ont pas accès aux médecins. Les collectivités tentent de se rendre attractives, mais ce levier ne suffit pas.

Merci à Thierry Benoit pour ses aimables propos. Ce rapport a été beaucoup travaillé et de nombreuses auditions nous ont permis d'actualiser les chiffres, même si la CNAM s'est montrée très désinvolte durant les auditions. Thierry Benoit a raison : puisque l'on a tout essayé et que rien ne marche, il faut tenter des choses nouvelles si l'on veut essayer de répondre aux préoccupations des habitants.

Je remercie également Jeanine Dubié pour son soutien et je me félicite qu'elle soit d'accord avec le principe du conventionnement sélectif. Nous insistons, dans le rapport, sur le rôle précieux des collectivités territoriales et sur l'importance qu'il y aurait à mieux les accompagner. Toutefois, il faut dire les choses franchement : dans certaines régions, les ARS freinent des quatre fers parce que l'union régionale des médecins libéraux se livre à des pressions politiques inacceptables, faisant obstacle au financement public de centres de santé employant des médecins salariés.

Stéphane Peu a rappelé à raison la dimension sociale indéniable de la crise sanitaire. Plus on est pauvre, plus on est éloigné de la dispensation publique des soins, plus on voit se dégrader l'espérance de vie en bonne santé et l'espérance de vie tout court. Il a observé à juste titre que nos collègues médecins qui exercent une vigie permanente pour réaffirmer en toutes occasions la liberté d'installation comme un principe fondamental oublient un peu vite que cette liberté est conditionnée à un financement public.

Bernard Perrut a parlé avec force des oubliés de la santé et du renoncement aux soins, mais jugé notre proposition farfelue : là où elle a été adoptée, elle ne marcherait pas, selon lui. Il se trouve qu'elle vient d'être appliquée en Autriche et en Suisse, pays qui ne sont pas réputés pour être des adeptes absolus de la coercition.

Quelles réactions ai-je observées chez mes interlocuteurs en leur parlant de limites à la liberté d'installation ? L'Ordre des médecins m'a paru un peu plus consensuel, un peu plus ouvert que les syndicats de médecins, qui étaient vent debout, comme les étudiants en médecine. J'attends le jour où l'on démocratisera l'accès aux études de médecine ! Pour l'instant, la photographie sociologique des étudiants, que vous trouverez dans mon rapport, est celle des écoles préparatoires, avec le même entre-soi : pour faire des études de médecine, mieux vaut être enfant de cadre supérieur ou de médecin qu'enfant d'employé, d'ouvrier ou d'agriculteur. Les chiffres sont à votre disposition, et ce sont ceux de la DREES. La démocratisation de l'accès aux études de médecine, avec un accompagnement financier, permettrait à des jeunes des territoires de s'installer chez eux au terme de leurs études. C'est une solution à explorer – sauf pour les médecins conservateurs, qui s'y opposent.

Je remercie Philippe Vigier pour sa franchise, et pour le courage politique dont il a fait preuve. Comme Thierry Benoit, il a soutenu tous les dispositifs d'incitation de tous les ministres de la santé successifs, et relève qu'ils ont été inefficaces. Pour avoir remis un rapport de commission d'enquête au sujet des déserts médicaux, il sait de quoi il parle. Pour ma part, j'estime urgent d'évaluer l'efficacité de ces politiques d'incitation, dont le coût est exorbitant. Vous considérez souvent que nous dépensons trop pour une trop faible efficacité : en l'occurrence, voilà un domaine où cela est avéré. Bref, le *statu quo* ne marche pas, Philippe Vigier nous l'a rappelé.

Je partage l'opinion d'Isabelle Valentin : oui, les élus locaux se mobilisent et oui, il faut mener des politiques d'attractivité. Mais je puis vous assurer que même dans une ville qui multiplie les dispositifs attractifs comme le fait la mienne, quand 40 % des médecins sont âgés de plus de 60 ans et ne trouvent pas à être remplacés, aucune danse du ventre ne vous permettra de venir à bout des problèmes de démographie médicale.

Prenant la parole avec une certaine condescendance, Mme Iborra a jugé qu'il n'y avait pas de contradiction entre médecine libérale et médecine sociale. Sauf qu'un médecin surchargé de patients ne peut ni en accepter de nouveaux, ni consacrer le temps nécessaire aux politiques préventives, à la détection d'une conduite addictive ou à d'autres problèmes. Cela n'est plus possible, puisque les temps de consultations se raccourcissent à mesure que la densité médicale faiblit. Il faut, certes, développer les territoires ruraux, et je ne suis pas sûr que le projet de loi « 3DS » remplisse cet objectif.

M. Jean-Pierre Door, cardiologue, vigilante vigie depuis Georges Pompidou pour que rien ne bouge, a beaucoup apprécié l'audition des médecins seniors.

Comment pouvait-il en être autrement ? Il est vrai, mais cela ne relève pas du chantier législatif, qu'il faut veiller à mieux gérer territorialement les maîtres de stage. Olivier Véran m'a dit que, lorsqu'il était jeune mais qu'il soufflait déjà à l'oreille des ministres, il avait suggéré de généraliser les stages afin de permettre aux médecins qui s'installaient, et peut-être aux stagiaires, de consacrer une demi-journée ou une journée par semaine à l'exercice médical dans les zones sous-denses. C'est une bonne idée dont je m'étonne qu'on ne la mette pas en œuvre alors qu'elle ne relève pas du champ législatif.

J'en viens à l'adressage. Si 11 % des Français n'ont pas de médecin traitant, on peut considérer que le sujet est important ! Pour certains d'entre eux, c'est une question de vie ou de mort – en tout cas de vie en bonne santé. Or, lorsqu'elles finissent par obtenir une ordonnance, ces personnes, parce qu'ils n'ont pas de médecin traitant, sont moins bien remboursées. La CNAM a créé, mais bien peu le savent, un dispositif « Médecin traitant générique » avec un numéro d'appel qui permet à qui n'a pas de médecin traitant d'être orienté et peut-être d'obtenir un remboursement à taux plein. Je proposerai par voie d'amendement d'inscrire dans la loi la possibilité de saisir un médiateur de la CNAM pour répondre aux préoccupations de l'adressage et du remboursement. J'imagine donc que vous le voterez.

Selon Josiane Corneloup, nous nous attaquons aux conséquences de la désertification médicale plutôt qu'à ses causes. Il me semble pourtant que l'article 1<sup>er</sup>, qui porte sur la formation, et l'article 2, qui généralise le contrat de service public, s'attaquent aux causes plutôt qu'aux conséquences. Il faut, selon elle, revaloriser la profession de médecin généraliste et mieux payer ces praticiens. Mais rien de cela n'est de nature à corriger les inégalités territoriales dans l'accès aux soins, objet de cette proposition de loi ! Quant à généraliser le renouvellement des ordonnances prescrites aux malades chroniques, sans être toubib, cela me semble bien imprudent : une affection chronique peut être évolutive et justifie que l'on consulte un médecin de temps en temps.

Je remercie Boris Vallaud d'avoir rappelé par des exemples concrets les inégalités territoriales dans l'accès aux soins ; d'avoir fait le lien entre la situation de la démographie médicale et l'embouteillage des services d'urgences ; et d'avoir redit que la République n'est plus partout. La « loi Rist » risque encore d'aggraver la situation : de nombreux services d'urgences sont en train de fermer, au détriment des populations les plus fragiles.

Je suis un nouveau député, mais je ne suis pas entièrement naïf et j'ai peu d'illusions sur la capacité des Marcheurs à entendre raison. J'espère cependant que les plus pragmatiques de mes propositions seront retenues. Il y a quelques jours, dans les Hauts-de-France, le Président de la République lui-même a appelé à se montrer innovant et volontariste, soulignant que la situation serait très difficile dans les années à venir et notant qu'il faudra du temps pour former des professionnels. N'attendez donc pas que les trains passent – car, de retour dans vos circonscriptions, vous serez je suppose, comme je le suis, appelés tous les jours par des habitants qui ne trouvent pas de médecin traitant.

La DGOS, que j'ai interpellée à ce sujet, m'a répondu qu'il n'y avait pas lieu de s'inquiéter, parce que « ceux qui n'ont pas de médecins sont en bonne santé ». C'est drôle, s'ils n'ont pas de médecin, je n'aurais pas pensé qu'on pouvait savoir qu'ils sont en bonne santé. Mais surtout, je vois dans mon territoire normand les diagnostics établis dans les contrats locaux de santé sur l'état de santé de la population, qui font état de taux de cancers, de conduites addictives, de renoncements aux soins, de maladies professionnelles... Le magazine *Marianne*, le quotidien *Le Monde* et tous les journaux nationaux ont superposé la carte de la densité médicale et celle de la santé des habitants, démontrant évidemment que ce sont les mêmes.

Telles sont les premières réponses que je voulais donner à mes collègues, en espérant qu'ils vont lever le frein, en finir avec l'immobilisme et répondre à nos propositions concrètes.

*La commission en vient à l'examen des articles de la proposition de loi.*

**Article 1<sup>er</sup>** : *Territorialisation des capacités d'accueil des universités*

*Amendement de suppression AS7 de Mme Stéphanie Rist.*

**Mme Stéphanie Rist.** Je suis étonnée que le rapporteur, que je pensais communiste, déplore que la loi que j'ai défendue prévoie, pour lutter contre l'intérim médical, de plafonner la journée de médecin intérimaire à 1 200 euros, contre plus de 3 000 euros actuellement.

L'article 1<sup>er</sup> nous semble satisfait. La loi « Ma Santé 2022 » du 24 juillet 2019 a supprimé le *numerus clausus*, c'est-à-dire la définition nationale du nombre d'étudiants. Depuis la rentrée 2020, les universités et les ARS, après consultation des conférences régionales de la santé et de l'autonomie, définissent ensemble le nombre d'étudiants en fonction des besoins et des possibilités de formation régionales.

En 2021, nous avons évalué à 19,4 % l'augmentation du nombre d'étudiants en médecine, ce qui ne s'était jamais vu depuis plus de cinquante ans.

**M. le rapporteur.** Ne vous inquiétez pas : j'appartiens bien au groupe communiste et je partage la colère contre les mercenaires de l'intérim, qui placent les hôpitaux dans des situations financièrement intenable. Néanmoins, comme j'ai eu l'occasion de le dire en séance publique, la mesure que vous avez prise n'a pas été expertisée et il n'y a pas eu d'étude d'impact. Elle fragilisera les GHT à taille humaine ainsi que les hôpitaux de proximité. Le ministre de la santé vient d'ailleurs de décider d'en différer l'application !

Cet article 1<sup>er</sup> vise à territorialiser la formation médicale. Le *numerus apertus*, créé par la loi de 2019, remplace l'ancien *numerus clausus*. Dans le nouveau système, c'est la capacité d'accueil des universités qui définit le nombre d'étudiants, au regard d'objectifs pluriannuels devant notamment tenir compte des

« besoins de santé du territoire ». Toutefois, les besoins restant structurellement supérieurs aux capacités de formation des universités, nous n'arriverons pas à corriger les inégalités sans développer les moyens de ces dernières. Une formation universitaire est ainsi possible à Tours mais à Orléans, toute proche, on ne voit pas la couleur des médecins formés ! On voit bien que la territorialisation de la formation est la clé de voûte.

J'ajoute que les ARS, qui constituent un État dans l'État et ne rendent que peu de comptes aux préfets, n'ont toutefois aucune force de conviction à l'égard des recteurs – moins encore que les présidents d'université. La corrélation de l'estimation des besoins avec les objectifs de formation sera inutile si la loi ne fixe pas des objectifs de territorialisation. C'est le sens de cet article 1<sup>er</sup>.

Avis défavorable.

**M. Philippe Vigier.** Je ne voterai pas en faveur de la suppression de cet article. Mme Rist a eu raison de rappeler la hausse du nombre d'étudiants en médecine qui passent en deuxième année. Mais ce n'est pas nouveau : dans l'académie d'Orléans-Tours, l'augmentation a été de 257 % en vingt ans ! C'est pourquoi j'ai dit que les moyens n'étaient pas au rendez-vous.

Dans ma première proposition de loi, j'avais proposé une formation régionale en fonction des besoins. Mais nous savons bien que certains postes d'internat restent vacants, ou que certains internes quittent les régions où ils ont commencé leur cursus. De plus, *numerus clausus* ou *apertus*, tout le monde ne passe pas en deuxième année de médecine. Dans la région Centre-Val de Loire, 500 places d'étudiants en médecine seraient nécessaires. En Eure-et-Loir, nous comptons 71 médecins pour 100 000 habitants !

**M. Cyrille Isaac-Sibille.** Je me félicite que nous approuvions tous la suppression, par notre majorité, du *numerus clausus* alors que, depuis trente ans, gauche comme droite, rien n'avait été fait. Voilà pourquoi les propos aujourd'hui des députés socialistes, communistes et des Républicains amusent : trente ans de gestion comptable des soins !

Après l'ouverture des universités de mai 1968, il a fallu restreindre l'accès avec le *numerus clausus*, en 1971. En 1979, des décrets faisaient déjà état de la nécessité de former les médecins en fonction des besoins des populations mais ni la droite ni la gauche n'ont agi et ce sont elles maintenant qui nous donnent des leçons !

**M. Fabien Di Filippo.** Je ne suis pas d'accord avec ceux qui veulent supprimer cet article en s'accordant un satisfecit. Nous avons été tympanisés par votre slogan sur la suppression du *numerus clausus*, mais vous n'avez pas anticipé les capacités d'accueil des universités en médecine : on continue à fabriquer de l'échec.

La réforme des études de santé, quant à elle, est très loin de produire les résultats escomptés. Aujourd'hui, 90 % de ceux qui réussissent sont d'abord passés par des préparations privées très coûteuses, parfois dès la terminale, ce qui soulève un certain nombre de questions quant à la démocratisation de l'accès à ces études. On ne saurait se satisfaire de cette situation.

L'augmentation des capacités d'accueil et leur mise en cohérence sont urgentes. Ce n'est pas parce qu'il y a beaucoup d'étudiants en première année que tout se passe pour le mieux en deuxième ou troisième année et que nous formerons suffisamment de médecins.

Plus globalement, nous assistons à la fin de deux systèmes : celui de l'intérim médical dans nos hôpitaux et celui de l'intégration des professionnels étrangers, administrativement longue et complexe, dont le succès est très relatif.

On ne peut décidément pas balayer cet article d'un revers de la main.

**M. Jean-Pierre Door.** M. Isaac-Sibille s'est montré bien péremptoire. Je lui rappelle qu'en 2000, le *numerus clausus*, celui que nous payons aujourd'hui, s'élevait à 3 200 étudiants. Ce sont ceux-là qui manquent aujourd'hui ! À partir de 2005, on est passé à 7 000, puis à 8 500. Ne dites donc pas que rien n'a été fait ! Et aujourd'hui, avec la suppression du *numerus clausus*, on dépasse les 10 000.

Je suis favorable à la territorialisation, mais les facultés doivent faire de gros efforts pour accroître leurs capacités immobilières.

J'ajoute que le centre hospitalier universitaire (CHU) de Tours est en effet une sorte de forteresse dans l'ensemble de la région Centre-Val de Loire. Nous avons essayé de créer par voie d'amendement un centre hospitalier régional universitaire, à Orléans. Cela a échoué, malgré tous les efforts. Le doyen du CHU de Tours essaie d'envoyer des chefs de clinique à Orléans, mais cela ne suffit pas : il faut que les externes et les internes soient sur place et dans les hôpitaux annexes de la région.

Enfin, je m'interroge sur la nécessité d'épreuves classantes nationales. Autrefois, elles étaient régionales.

**Mme Stéphanie Rist.** Le Centre-Val de Loire est la seule région à ne disposer que d'un seul CHU. Depuis soixante-dix ans, nous formons deux fois moins d'étudiants que d'autres régions ayant le même nombre d'habitants. Nous savons donc ce qu'il en est de la difficulté d'accès aux soins, ce qui a d'ailleurs justifié mon engagement en politique.

La hausse du nombre de médecins doit se poursuivre – 20 % en plus, ce n'est pas rien – mais il faudrait aussi considérer que la question des soins ne se limite pas à l'accès au médecin, sur quoi se concentre cette proposition de loi. Il y a bien d'autres innovations à faire et mesures à prendre.

**M. le rapporteur.** J'ai présidé le conseil de surveillance d'un hôpital et je préside un conseil territorial de santé. Savez-vous comment les choses se passent, lorsqu'on est un hôpital à taille humaine et qu'on n'a pas de gynécologue-obstétricien ? Il faut aller pleurer auprès du patron du pôle du CHU pour qu'il accepte d'en faire venir deux. Les assistants spécialistes régionaux (ASR), qui sont dans la main des ARS, sont concentrés dans les CHU et il faut là encore aller pleurer chaque année, notamment dans le domaine de la psychiatrie, pour que leur répartition soit équilibrée.

C'est parce que le système D et le chacun pour soi ne fonctionnent pas que la loi doit fixer des objectifs de territorialisation, y compris en matière de formation. C'est le sens de cet article.

Je veux bien recevoir des leçons, mais il n'est pas nécessaire d'être toubib pour s'intéresser à ces questions. On peut aussi être un élu, se soucier des usagers et tenter de répondre à leurs problèmes. Si les je-sais-tout de la santé étaient efficaces, nous ne serions pas là pour en parler.

*La commission adopte l'amendement*

*En conséquence, l'article 1<sup>er</sup> est supprimé et l'amendement AS15 de Mme Annie Chapelier tombe.*

**Après l'article 1<sup>er</sup>**

*Amendement AS5 de M. Thierry Benoit.*

**M. Thierry Benoit.** Les stages dans les territoires sous-dotés – zones rurales, villes moyennes, certains quartiers de grandes villes – doivent être rendus obligatoires, au lieu d'être simplement prioritaires, comme ils le sont à l'heure actuelle. Les étudiants pourront ainsi découvrir l'exercice pratique de la médecine dans ces territoires et avoir envie d'y travailler.

**M. le rapporteur.** La loi de 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (« OTSS »), suite à un amendement introduit par le Sénat contre l'avis du Gouvernement, prévoit en effet la possibilité de réaliser un stage d'un semestre en pratique ambulatoire, « en priorité » dans des zones sous-denses. Toutefois, comme l'a indiqué le Premier ministre au Sénat la semaine dernière, le Gouvernement n'a toujours pas pris les décrets d'application de cette loi. Cela devrait être fait « *d'ici au printemps prochain* » ! Les stages constituant un levier d'attractivité important pour les zones sous-denses, je ne peux qu'être favorable à l'adoption de cet amendement.

**M. Philippe Vigier.** M. Door a évoqué les épreuves classantes régionales, dispositif que je défendais dans ma première proposition de loi. Ainsi, lorsque 300 postes seraient ouverts dans une région, tous seraient pourvus alors qu'avec les épreuves classantes nationales, il arrive que seuls 250 le soient, comme c'est le cas dans ma région.

Par ailleurs, des stages obligatoires permettraient de mettre un terme à l'« hospitalo-centrisme » : tout ne doit pas se faire dans les CHU. Autrefois, les externes faisaient des stages dans tous les territoires, dans les petits centres hospitaliers, et la greffe prenait : lorsqu'ils découvraient les gorges de l'Ardèche, ils avaient envie de s'y installer !

**Mme Stéphanie Rist.** Nous augmentons déjà le nombre de maîtres de stage et de professeurs universitaires en médecine générale, et il faut accélérer. En revanche, une obligation de stage en zone sous-dense serait inapplicable pour un interne en neurochirurgie ou en chirurgie cardiaque par exemple, car aucun de ces services ne s'y trouve. Nous voterons contre cet amendement.

**M. Fabien Di Filippo.** Ce que vous dites est faux.

**Mme Stéphanie Rist.** C'est vrai pour certaines.

**M. Fabien Di Filippo.** Il est donc possible de faire des stages, dans certaines spécialités, dans les zones sous-denses.

Selon la loi de 2019, « *les étudiants de médecine générale réalisent au cours de la dernière année du troisième cycle de médecine au minimum un stage d'un semestre en pratique ambulatoire* » dans une zone sous-dotée. Or le décret n'a jamais été publié. La non-application de cette loi entraîne des conséquences encore plus dramatiques, qui impliqueront des mesures encore plus contraignantes. Là encore, il n'est pas possible de balayer cela d'un revers de la main.

**M. Thierry Benoit.** L'argument de Mme Rist est tendancieux : on peut stigmatiser les zones sous-dotées en disant qu'elles sont tellement mal pourvues qu'on ne peut pas y faire de stage ! L'obligation porterait évidemment sur les disciplines qui existent dans ces territoires.

*La commission rejette l'amendement.*

**Article 2 : Généralisation du contrat d'engagement de service public**

*Amendement de suppression AS8 de Mme Stéphanie Rist.*

**Mme Stéphanie Rist.** Les CESP sont positifs, mais leur généralisation, prévue dans cet article, serait une mesure coercitive. Il nous semble préférable, plutôt que de l'obliger, que l'étudiant construise son parcours professionnel lui-même, afin que son choix soit motivé par des considérations positives.

**M. le rapporteur.** Avis défavorable.

Décidément, les Marcheurs veulent que rien ne change pour que rien ne change...

Ces contrats sont issus de la loi de 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Ils visent à inciter les étudiants à

s'installer dans des zones sous-denses. En échange d'une allocation de 1 200 euros bruts par mois, ceux qui signent un CESP s'engagent à exercer dans ces zones pour une durée au moins égale au versement de l'allocation.

Ce contrat a été étendu par la LFSS 2013 aux étudiants en odontologie, et par la loi « OTSS » de 2019 aux praticiens à diplôme étranger hors Union européenne. Le ministère de la santé m'a indiqué qu'une réflexion était en cours pour l'étendre à d'autres formations de santé.

Ce dispositif fait partie des multiples contrats d'incitation à l'installation et reste le plus connu des étudiants en médecine et en odontologie. Mais depuis 2010, 4 794 CESP ont été offerts aux étudiants en médecine et 781 aux étudiants en odontologie, soit au total seulement 5 575 contrats, chiffre très marginal par rapport au nombre d'étudiants. En outre, le nombre de CESP proposé ne correspond pas au nombre de CESP effectivement signés : pour la campagne 2019-2020, à peine 51 % des CESP proposés ont été signés par des étudiants en médecine. Enfin, ces contrats sont très inégalement répartis sur le territoire : près de 20 % des CESP offerts en médecine sont concentrés en Île-de-France.

Il faut donc passer à la vitesse supérieure. C'est le sens de cet article.

C'est vrai, lorsqu'on vit dans le luxe, le calme et la volupté, 1 200 euros ne représentent pas grand-chose. Mais lorsqu'on est issu d'un milieu modeste et qu'on n'est pas plus con qu'un autre, cela change tout. Un tel dispositif peut favoriser la démocratisation des études de médecine, et donc la territorialisation des futurs médecins.

Je ne suis pas très étonné que les Marcheurs reprennent à leur compte un libéralisme exacerbé.

**M. Cyrille Isaac-Sibille.** J'entends le sens de cet article mais je rappelle que 8 % seulement des jeunes médecins s'installent en libéral. Plus les contraintes seront nombreuses, moins ils seront nombreux à le faire. Vous reconnaissez vous-même que ce contrat ne fonctionne pas. Une contrainte serait encore plus contre-productive !

Mme Rist a parlé d'innovation mais ce n'en est pas une : nous connaissons fort bien ce système, il est en vigueur au Royaume-Uni et a abouti à une médecine à deux vitesses. Ceux qui refuseront cette contrainte s'installeront en secteur non conventionné, inaccessible aux Français les plus modestes. Ce qu'il faut, c'est qu'un plus grand nombre de jeunes médecins s'installent en libéral, et pour cela il faut les accompagner ! Des territoires parviennent à les faire venir. Il faut aller les chercher et faciliter leur installation ce qui suppose, pour l'État, d'éviter les contraintes et les paperasses.

Avec cet article, on aura le système britannique, avec de nombreux médecins que les Français n'auront pas les moyens d'aller voir. Or le grand avantage de notre système est de disposer d'un système régulé, l'hôpital, et d'un système libéral. Les Français ont le choix !

**M. Jean-Pierre Door.** Le dispositif des CESP est excellent et permet aux conseils départementaux de retenir des étudiants en médecine. L'allocation mensuelle de 1 200 euros constitue une aide précieuse et peut être considérée comme une forme de bourse. S'ils ne sont pas assez nombreux à être signés, c'est qu'ils ne sont pas assez connus – je propose depuis longtemps un guichet unique qui y remédierait. Mais je ne suis pas favorable à ce qu'ils deviennent obligatoires : cela doit rester un choix. C'est d'ailleurs ce que vous ont dit les jeunes étudiants lors de leur audition, monsieur le rapporteur.

**M. Philippe Vigier.** Il s'agit en effet d'une très belle option. Mais je rappelle qu'un élève de l'École polytechnique est payé pour faire ses études, dès la deuxième année. L'État s'honorerait de préserver un système de santé unique au monde en rémunérant les étudiants à travers ces CESP. Ils rendront ensuite à leur pays ce qu'il leur a donné ou, comme les polytechniciens, ils auront la possibilité de racheter leur contrat.

**Mme Perrine Goulet.** Texte après texte, le problème perdure : dans de nombreux territoires, il est impossible de trouver un médecin. Certes, ils ne sont pas les seuls professionnels de santé mais je vous rappelle que la sécurité sociale exige de passer d'abord par un médecin traitant...

Nous devons impérativement trouver une solution. Est-ce celle-ci ou une autre ? Je n'en sais rien, mais nous devons agir. Il n'est pas possible d'abandonner ainsi la population. C'est ce que je vis tous les jours dans mon territoire, et c'est pareil qu'on soit de la majorité ou de l'opposition.

Certes, les médecins ne sont pas formés en nombre suffisant, certes il en manque partout, mais les possibilités d'accueil existent quand même. Dans mon territoire, qui se bat contre la désertification médicale, nous disposons d'un plateau de cardiologie très en pointe. Il faut mettre un terme à certaines idées toutes faites et trouver des solutions.

Peut-être faut-il prévoir des expérimentations, sans doute faut-il être moins radical que le rapporteur le propose, mais il ne faut pas rester sans rien faire !

**M. Stéphane Peu.** J'entends souvent dire qu'il faut « faire nation ». Pour cela, il faut que chacun s'engage, ce que permet le dispositif proposé par de M. Jumel. Il importe de démocratiser l'accès aux études de médecine, notamment pour les jeunes issus des milieux populaires, qui ne peuvent pas toujours financer de longues années d'études. En contrepartie, les étudiants s'engagent à servir le pays là où il a besoin d'eux. Cela existe pour d'autres professions, je ne vois pas pourquoi il n'en serait pas de même pour la médecine alors qu'elle connaît des manques criants.

**M. Didier Martin.** En salariant les étudiants, cet article constitue une tentative politique pour établir un service national de santé, afin de salarier ensuite les professionnels. Ce n'est pas sur ce fondement que notre système de soin a été construit mais sur la conjonction d'une offre double, libérale et publique.

Je crois en la vocation. Tous ceux qui l'ont doivent pouvoir la vivre indépendamment des contraintes sociales ou financières, mais aussi dans leur territoire de prédilection. C'est en effet cet attachement qui conditionnera la relation du médecin libéral avec sa patientèle. Ce contrat se situe bien au-delà d'un exercice de boutiquier, de « toubib ».

À ce propos, monsieur le rapporteur, je vous engage à surveiller votre langage. Si vous souhaitez susciter des vocations pour les zones sous-médicalisées, cessez donc de parler de « toubibs » comme on parle de « clebs ». Vous parlez de médecins, qui par ailleurs consacrent quatre à cinq ans au service public durant leur formation. Le service rendu à la nation existe déjà et il est obligatoire pendant l'externat, l'internat et le clinicat.

**Mme Jeanine Dubié.** Je ne voudrais pas donner l'impression de faire la leçon, mais je rappelle simplement à ceux qui parlent de médecine à deux vitesses ou de nationalisation de la médecine à propos de ce texte, que le ministère de la santé ouvre un débat sur la « grande sécu »... Chacun devrait faire preuve de modération.

La généralisation du CESP a du sens. Il permettrait de diversifier les origines des futurs médecins tout en favorisant des personnes qui ont envie de faire ces études sans en avoir les moyens financiers. Elle assurerait la présence de médecins dans les territoires sous-denses et donnerait peut-être aux étudiants le goût de la médecine générale, qui est aussi une médecine de spécialité, ce que l'on oublie trop souvent.

**M. Julien Borowczyk.** Je regrette l'absence d'étude d'impact pour les propositions de loi. Lors de la discussion de celle de M. Garot, j'avais calculé que ce genre de mesure concernait un grand maximum de cinq à dix médecins par an. En revanche, en insinuant que les médecins mépriseraient la ruralité et qu'ils ne voudraient pas travailler, vous envoyez un signal particulièrement négatif.

Des personnes que vous avez auditionnées vous ont dit qu'elles avaient envie de refaire de la médecine. Travaillons ensemble pour que ce soit le cas ! Nous l'avons fait avec les CPTS, ou avec des dispositifs d'appui et de coordination, parce que les médecins ont besoin de consacrer moins de temps à l'administratif et à la coordination et plus de temps à la médecine.

Mais allons jusqu'au bout de votre proposition de loi. Quelle sera la vie d'un médecin isolé, dans un territoire isolé ? Il aura 3 000 patients, il sera de garde vingt-quatre heures sur vingt-quatre et il raccrochera le stéthoscope au bout de six mois. Vous aurez gagné cinq à dix médecins par an et vous en aurez perdu cent, avec la confiance de ces professionnels. C'est déplorable.

**Mme Stéphanie Rist.** La loi « Ma Santé 2022 » a contribué à démocratiser les études en santé en réformant la première année de médecine, avec les parcours accès santé spécifiques et licences accès santé. Des étudiants qui ne peuvent pas se loger dans la ville de leur CHU peuvent passer leur première année près de chez eux. Les profils géographiques et sociaux sont donc diversifiés.

**M. le rapporteur.** D'abord, le CESP concerne autant la médecine libérale que l'hôpital.

Ensuite, le mode de financement des études de médecine ne détermine en rien le mode de pratique. Si une question est jugée prioritaire, d'intérêt national, il est politiquement normal d'assurer un financement pour tous.

Certains utilisent de grosses ficelles en s'efforçant de faire croire que le groupe communiste s'inspirerait du modèle thatchérien. Je rappelle tout de même que 11 % des Français n'ont pas accès aux soins, et que la République n'est donc pas présente partout et pour tous de la même manière. J'aimerais que M. Borowczyk s'interroge aussi sur la situation de ces millions de Français. Nous en recevons certains dans nos permanences : pas de médecin pour un cancer, pas de médecin pour un enfant... Le rapport montre d'ailleurs combien l'état de la médecine scolaire est désastreux. J'aimerais que M. Borowczyk se montre sensible à cette solitude-là, plutôt que de déplorer l'absence d'étude d'impact tout en affirmant qu'une mesure concernera cinq à dix médecins chaque année.

Monsieur Martin, je parle des médecins avec le plus grand respect et, dans mes activités d'élu, je les considère de la même manière. Je les respecte tant que tout le monde, selon moi, devrait pouvoir profiter de leur science. J'attache tant d'importance à leur mission que je ne me satisfais pas d'une médecine à plusieurs vitesses en fonction des lieux où l'on habite. « Toubib », dans ma bouche, est presque un terme affectueux.

Il m'avait échappé que les pharmaciens, les kinésithérapeutes, les infirmiers libéraux faisaient désormais partie d'un service public national. Sur quelle planète vivez-vous ? Tout argument vous est bon pour que rien ne change ! C'est cela que je retiens de nos débats, où des collègues médecins s'expriment les uns après les autres pour que rien ne bouge. Aucune proposition alternative n'a été formulée !

Pourtant il en existe, comme la territorialisation de l'installation des assistants médicaux – je ne l'ai pas inscrite dans le texte parce que les études montrent qu'ils s'installent là où des médecins sont déjà présents. Les idées ne manquent pas, mais vous refusez tout changement pour corriger les inégalités sociales et territoriales dans l'accès au soin.

*La commission **adopte** l'amendement.*

*En conséquence, l'article 2 est **supprimé**.*

**Article 3** : *Instauration d'un conventionnement sélectif pour les médecins*

*Amendement de suppression AS9 de Mme Stéphanie Rist.*

**Mme Stéphanie Rist.** Ne soyez pas caricatural : nous ne nous satisfaisons pas de l'état actuel de l'accès au soin dans nos circonscriptions, et nous nous battons tous les jours sur ce sujet. Mais depuis quatre ans, nous avons déjà beaucoup réformé.

Nous sommes opposés à cet article pour trois raisons.

Les consultations de nombreux patients risquent de ne pas être remboursées par la sécurité sociale puisque nous ne disposons pas d'un nombre suffisant de professionnels pour appliquer ce conventionnement.

De plus, le message que vous envoyez aux étudiants les incitera à choisir une autre spécialité que la médecine générale, ou à se diriger vers l'industrie pharmaceutique ou la sécurité sociale. Compte tenu du vieillissement de la population et du temps qu'il faudra pour bénéficier de la fin du *numerus clausus*, nous avons besoin d'étudiants de médecine générale et devons les encourager à choisir cette spécialité.

Enfin, vous comparez la situation des médecins avec celle des kinésithérapeutes ou des infirmières mais le gradient du différentiel démographique est nettement supérieur pour eux puisqu'il est de 1 à 7. Vous allez paupériser la France sans améliorer pour autant la situation dans les zones sous-denses.

**M. le rapporteur.** D'abord, il ne s'agit pas d'un article de coercition, mais bien de régulation.

Ensuite, le conventionnement sélectif pénalise les zones denses. Vous me dites qu'avec ce mécanisme, nous prenons le risque que les patients les plus fragiles ne soient plus remboursés. J'ai déjà cité les chiffres : dans les Alpes-Maritimes, 42 % des médecins sont en secteur 2, conventionné à honoraires libres ; dans les Hauts-de-Seine, ils sont 52 % ; dans le Haut-Rhin, 33 % seulement ; dans les Yvelines, 43 % ; à Paris 62 % ! Votre argument tombe.

Enfin, comme le montrent tous nos débats, les difficultés d'accès aux soins sont devenues un sujet majeur. Le Président de la République lui-même l'a reconnu et a souligné la nécessité de faire bouger les choses. Allez-vous entendre votre président ou, d'une manière corporatiste, rester bloqués sur le *statu quo*, sans rien bouger ? Le conventionnement sélectif, tel que nous le proposons, vise à corriger les trajectoires de déménagement du territoire, qui sont source d'inégalités territoriales, culturelles et sociales.

**M. Cyrille Isaac-Sibille.** D'abord, avec cette mesure, qui constitue effectivement une régulation et non une contrainte, vous touchez l'ensemble des médecins libéraux, généralistes et spécialistes.

Deuxième observation : vous faites un parallèle avec les pharmaciens. Est-ce vraiment le meilleur modèle ? Trouvez-vous normal que, pour s'installer, un jeune pharmacien doive déboursier des centaines de milliers d'euros, pour acheter une charge ? Naturellement, cela permet de disposer d'un bon réseau dans le territoire, mais c'est coûteux pour qui souhaite s'installer.

Enfin, à Paris ou dans les Alpes-Maritimes, s'ils ne peuvent s'installer que lorsqu'un confrère conventionné s'en va, les médecins seront conduits à exercer hors convention. Vous allez aggraver le système des dépassements d'honoraires que vous critiquez.

**M. Jean-Pierre Door.** Monsieur le rapporteur, votre parcours montre votre attachement au dialogue social et au syndicalisme. Les conventions médicales professionnelles, signées entre les représentants des professionnels de santé et les caisses d'assurance maladie, permettent des accords en vue de calculer des remboursements et des honoraires : c'est un système conventionnel remarquable. Les politiques que nous sommes voudraient s'y immiscer, au risque de rompre le système conventionnel.

Aujourd'hui, 90 % des professionnels sont conventionnés. S'ils ne sont plus d'accord avec les conventions, il est évident qu'ils se déconventionneront très rapidement. Vous l'avez dit dans votre rapport, lorsque certains *Länder* ont opté pour le conventionnement sélectif, 3 à 5 % de leurs médecins se sont déconventionnés dans les semaines qui ont suivi.

Il y a donc un danger. Je ne souhaite pas qu'il y ait une rupture conventionnelle entre les professionnels de santé, les caisses d'assurance maladie et les complémentaires, qui sont tous les trois liés au sein des accords conventionnels.

**M. Didier Martin.** J'apprécie que le rapporteur cite le Président de la République ou que nos vigies expérimentées rappellent les principes du conventionnement. La proposition du rapporteur me choque car elle limite le conventionnement dans les zones où l'offre de soins est très importante. Dans les Alpes-Maritimes, il n'y aura bientôt plus aucun médecin conventionné. Limiter le nombre de médecins conventionnés revient à avoir moins d'actes à tarif opposable – des actes plus chers seront honorés – et moins d'objectifs de santé publique suivis. À l'échelon national, cela donne une moindre maîtrise des dépenses de santé, remboursées dans l'intérêt de la santé de la population. Je ne comprends pas votre argument, et je le trouve même dangereux.

**M. Joël Aviragnet.** J'ai écouté les débats avec beaucoup d'attention, après ceux du PLFSS. À chaque fois, on parle d'une situation qui ne peut pas durer... et pourtant, rien ne change.

Cet été, sur mon lieu de vacances, j'ai eu à soigner une plaie infectée. En l'absence de médecins, j'ai utilisé le site Qare : deux heures plus tard, j'étais en téléconsultation avec un médecin, qui m'a posé trois questions et délivré une ordonnance. Je ne l'ai même pas vu, seulement entendu. Je n'ai pu m'empêcher de penser que le médecin n'était pas nécessaire : un logiciel aurait suffi.

Si l'on n'expérimente pas d'autres pratiques, notamment le conventionnement sélectif, les premiers à y perdre seront les médecins : ils perdront le cœur de leur métier. La cabine de téléconsultation exposée cette année au Salon des maires et des collectivités locales en est l'illustration. Le ministère sait, depuis longtemps, comment faire des économies et payer moins de médecins. Je vous parie que, d'ici cinq ans, on y sera.

**Mme Stéphanie Rist.** Le rapporteur nous reproche d'être corporatistes et de ne pas vouloir bouger les lignes. Je l'invite à relire le communiqué commun du Conseil national de l'Ordre national des médecins et des syndicats de médecins libéraux du 5 novembre 2021, qui nous reproche d'avoir, dans le dernier budget de la sécurité sociale, permis l'accès direct aux orthoptistes, aux orthophonistes, aux masseurs-kinésithérapeutes et aux infirmiers en pratique avancée pour les primo-prescriptions. Nous ne pouvons pas être traités de corporatistes si lesdites corporations nous envoient un tel communiqué.

**M. le rapporteur.** Monsieur Martin, il ne s'agit pas d'avoir moins de conventionnement, mais d'en avoir là où il y en a besoin. Nous permettons aussi le conventionnement pour remplacer les départs en retraite au fur et à mesure et proposons des révisions plus systématiques des zonages. Selon les ARS, la révision a lieu tous les trois ans, tous les ans, tous les six mois, ou jamais... Nous proposons une adaptabilité en fonction des réalités de terrain.

Jean-Pierre Door a dit l'importance que nous attachons au dialogue social et au respect des partenaires. C'est vrai aussi dans ce domaine. J'ai auditionné les représentants des syndicats de médecins, ainsi que ceux du Conseil national de l'Ordre des médecins, qui faisaient d'ailleurs entendre une musique un peu différente. Les chiffres n'étant pas consolidés, ils n'ont pas été capables de nous dire le nombre de patients qui effectuent des recours devant l'Ordre faute de réponse de santé, ce qui pose une sérieuse question d'éthique.

Pour ma part, lorsque j'ai besoin de dialogue social, je ne me contente pas d'entendre le Mouvement des entreprises de France : j'auditionne tous les partenaires. J'ai même auditionné l'Assemblée des départements de France, l'Association des maires ruraux de France et l'Association des petites villes de France. L'Association des maires de France et des présidents d'intercommunalité n'était pas disponible car elle comptait encore ses bulletins mais, pour en avoir été membre longtemps, je sais à quel point nos propositions sont partagées par l'ensemble des élus, qui sont confrontés à cette réalité.

Étant donc très attaché au dialogue, je ne me suis pas contenté d'une concertation partielle, voire partiale. Je l'ai voulu la plus large possible, pour tenter de dégager une position d'intérêt général. C'est de cela qu'il s'agit à travers le conventionnement sélectif de l'article 3 : de régulation, non de coercition.

Quant au communiqué, l'argument est un peu faible. Heureusement que certains communiqués disent que vous ne faites pas tout bien ! Cela s'appelle la démocratie. Et ils ne sont rien à côté de ceux que vous recevrez pour votre inertie devant cet impérieux sujet de l'accès aux soins.

*La commission adopte l'amendement.*

*En conséquence, l'article 3 est **supprimé** et l'amendement ASI8 de M. Sébastien Jumel tombe.*

### **Après l'article 3**

*Amendement ASI de M. Thierry Benoit.*

**M. Thierry Benoit.** L'amendement introduit une mesure de régulation, qui vise à concilier la liberté d'installation et le principe d'égal accès aux soins pour l'ensemble des citoyens français. C'est aussi une mesure d'intérêt général.

Le rapport d'information du Sénat de janvier 2021 indique que 8 millions de Français sont sans médecin référent. Il y a donc nécessité et urgence à agir, pour proposer une plus juste répartition des médecins dans l'ensemble du territoire français, selon les zonages concernés.

L'amendement prévoit que les médecins généralistes et spécialistes exercent pour une durée d'au moins trois ans dans les territoires sous-dotés. Ils ne seront pas isolés, comme je l'ai entendu dire, puisqu'ils exerceront dans des maisons pluridisciplinaires de santé, au sein de territoires qui ont déployé des projets professionnels de santé, où il existe des contrats locaux de santé et où l'on s'attache à faire travailler ensemble les professionnels. Cette mesure de régulation s'ajoute aux mesures incitatives qui ont été énumérées – primes à l'installation, défiscalisation en ZRR, contrats locaux de santé, CPTS, emplois salariés des centres de santé.

**M. le rapporteur.** Avis de sagesse. Thierry Benoit montre que ma proposition n'est ni dogmatique, ni idéologique, puisqu'il va plus loin que moi. Bien qu'étant moins audacieux, j'essuie toujours le refus des Marcheurs.

**M. Julien Borowczyk.** Jusqu'à preuve du contraire, le médecin est obligé de faire certains actes, notamment des gardes. S'il est seul, il sera de garde tous les jours et toutes les nuits, ce qui finira par poser un problème.

Cet amendement, que nous avons examiné dans le cadre du PLFSS, est une fausse bonne idée. La régulation obligatoire est valable lorsqu'il y a trop de professionnels ! En l'état actuel des choses, les médecins qui seront obligés de s'installer dans une zone sous-dense choisiront vraisemblablement un autre type d'activité – médecin du travail, médecin-conseil – du reste tout aussi nécessaire. Non seulement vous n'aurez pas d'installation en zone déficitaire, mais vous aurez perdu un médecin libéral.

**Mme Jeanine Dubié.** Je suis surprise d'entendre que cette mesure irait à l'encontre de son objectif. Le Conseil national de l'Ordre des médecins rappelle régulièrement que le nombre de ses inscrits ne diminue pas, voire augmente : c'est peut-être qu'il faut s'interroger sur la répartition territoriale. Dans les zones sous-denses, la sous-densité n'est pas la même selon les territoires.

**M. Nicolas Turquois.** Notre débat, tous bords confondus, est caricatural de l'Assemblée : on fait tous des constats qui sont justes, sur le manque de médecins, les comportements conservateurs de certains syndicats ou la répliation du modèle social, mais on s'envoie des vérités là où il faudrait cultiver la modestie. Quelle impression un concitoyen ayant du mal à trouver un médecin peut-il avoir de nos débats ?

Dans les années qui viennent, le nombre de médecins va mécaniquement diminuer car ceux qui partent à la retraite sont plus nombreux que ceux qui commencent d'exercer. De plus, comme les femmes sont plus nombreuses parmi les nouveaux médecins, le temps médical disponible sera moindre. Dans ce contexte de pénurie, la proposition de Thierry Benoit peut avoir du sens pour des médecins qui seront formés plus tard, mais elle ne sera pas opérante à court terme : ceux qui s'orientent maintenant choisiront plutôt la solution de facilité pour eux – je ne dis pas qu'elle est éthiquement défendable, mais c'est ce qui se passera.

Il faut se concentrer sur les quelques territoires qui s'en tirent. Dans ma commune de 1 000 habitants, on est passé d'un médecin, à trois et demi : on s'est débrouillé pour imaginer ce qui attirerait les médecins, pour économiser du temps, on les a fait travailler avec le CHU, qui ne savait pas travailler avec la médecine libérale auparavant... La solution ne sera pas unique, et la proposition de Thierry Benoit peut participer à la palette des possibles. Mais nous devons être beaucoup plus modérés dans nos propos, car là, on se fait plaisir, on s'envoie des scuds, mais on ne règle rien pour nos concitoyens.

**M. Thierry Benoit.** D'abord, ma proposition est liée à la suspension du *numerus clausus*. Ensuite, elle est extraite d'une proposition de loi que j'ai déposée la semaine dernière sur le bureau de l'Assemblée nationale, qui est cosignée par cinquante-cinq députés de presque tous les groupes, hormis le groupe de la Gauche démocrate et républicaine et le groupe Socialistes et apparentés, qui avaient leurs propres initiatives.

Par ailleurs, dans les débats de la primaire qu'organise le parti Les Républicains, je note que Philippe Juvin, professeur de médecine et candidat à l'élection présidentielle, fait une proposition similaire à la mienne. Je souhaite que nos diverses propositions de loi, tant celle de Sébastien Jumel que celle de Guillaume Garot ou celle de notre groupe, permettent que le conventionnement sélectif fasse partie du débat présidentiel dans les mois à venir. C'est un sujet de la plus haute importance pour nos concitoyens.

**M. le rapporteur.** Je suis d'accord avec Nicolas Turquois : c'est l'addition des réponses qui fait la solution. Mon expérience de terrain le confirme.

Les gens percevront nos débats conformément à la réalité : il y a un constat partagé, des groupes qui tentent d'apporter des solutions et un groupe majoritaire qui les refuse toutes.

M. Borowczyk a parlé d'obligations, et il est vrai que les médecins en ont de nombreuses. Mais j'ai une inquiétude, partagée par l'Ordre des médecins : 39 % des médecins seulement assurent la permanence obligatoire en matière de médecine ambulatoire, ce qui signifie que 61 % ne répondent pas à cette obligation – souvent dans les territoires où l'accès aux soins est le plus difficile. Vous voyez qu'il ne suffit pas d'avoir une obligation pour qu'elle soit mise en œuvre. C'est le sujet qui nous préoccupe ce matin.

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendement AS2 de M. Thierry Benoit.*

**M. Thierry Benoit.** En 2015, des maires du territoire dans lequel je vis et que je représente se sont regroupés pour construire une maison pluridisciplinaire de santé. Deux médecins s'y sont installés, l'un titulaire, l'autre remplaçant, qui a toujours indiqué qu'il ne resterait pas éternellement. Fin septembre, après quatre ans d'exercice, il a annoncé qu'il changeait d'orientation – c'est son droit le plus légitime. Dans la foulée, le médecin titulaire a également quitté l'exercice de la médecine, car il ne souhaitait pas rester seul. En l'espace de quelques jours, 1 500 patients se sont retrouvés sur le carreau.

Inspiré de cette expérience, l'amendement prévoit que « *les médecins, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes mentionnés à l'article L. 4113-9, communiquent à l'agence régionale de santé et au conseil de l'ordre dont ils relèvent leur volonté de ne plus exercer dans le cabinet situé dans une commune identifiée comme zone caractérisée par une offre de soins insuffisante [...], dans un délai d'au moins un an avant leur départ* ».

Dans un territoire sous-doté, dans de tels cas, il n'y a pas de solution de remplacement : on ne peut pas dire à l'ARS et aux médecins de se mobiliser. Dans notre cas, les médecins du territoire ont répondu dans l'urgence et ont essayé d'organiser des vacances dans la maison pluridisciplinaire, mais cela ne pourra pas durer plus de quelques semaines.

**M. le rapporteur.** C'est un amendement pragmatique, pertinent, frotté à la réalité du terrain, et qui correspond à une attente. Avis favorable.

**M. Julien Borowczyk.** Avec tout le respect que j'ai pour vous, vous venez d'appuyer ce que je disais précédemment. Vous dites qu'un médecin qui se retrouve seul veut partir. Or, c'est ce que vous voulez faire avec la loi. CQFD.

**M. Thierry Benoit.** Pour ne pas avoir de médecins qui exercent seuls dans les territoires sous-dotés, une régulation est nécessaire. Il faut autant de liberté que possible en matière d'installation, et autant de régulation que nécessaire.

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendements AS4 et AS3 de M. Thierry Benoit.*

**M. Thierry Benoit.** L'amendement AS3 vise à annualiser les zonages établis tous les trois ans par l'ARS, qui définit les zones d'intervention prioritaire, zones d'action complémentaire, zones sous-dotées... L'idée est que la cartographie soit mise à jour de façon annuelle afin que les professionnels, les élus et l'ARS puissent apporter des réponses appropriées. Ces zonages sont en effet parfois en décalage avec la réalité : certains territoires sont encore considérés comme des zones d'observation alors qu'ils sont devenus des zones d'intervention prioritaire avec le départ de médecins.

L'amendement AS4 oblige les ARS à publier sur leur site des informations sur l'offre de soins dans chaque département.

**M. le rapporteur.** Avis favorable sur les deux amendements.

L'amendement AS4 est un amendement de transparence : nous la devons à nos concitoyens, s'agissant de l'évolution de l'offre de soins dans un territoire.

L'amendement AS3 est pertinent : en inscrivant la révision annuelle dans la loi, il vise à donner le plus de souplesse possible et à permettre aux ARS d'adapter les zonages à la réalité.

*La commission rejette successivement les amendements.*

*Amendement AS19 de M. Sébastien Jumel.*

**M. le rapporteur.** L'amendement a pour objet de créer un mécanisme de conciliation auprès de la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) en cas de difficulté à trouver un médecin traitant. La disposition a été adoptée en janvier 2019 à l'initiative de la majorité, grâce à un amendement d'Audrey Dufeu. Il s'agit de permettre aux assurés sociaux qui ne trouvent pas de médecin traitant de saisir leur CPAM, qui devra leur proposer un médecin traitant disponible et éviter toute conséquence sur leur niveau de remboursement.

D'après la CNAM, un mécanisme spécifique d'identification des bénéficiaires consommateurs et de la situation des médecins a été instauré depuis 2017 dans les secteurs géographiques qui connaissent des difficultés de démographie médicale. En 2021, pour tenir compte des difficultés d'accès à un médecin traitant, il a été décidé d'étendre de manière systématique l'utilisation du numéro de médecin traitant générique national au bénéficiaire dont le médecin traitant a cessé son activité du fait d'un départ en retraite ou d'un changement de région d'exercice.

L'extension est effectuée de manière systématique, pour une durée d'un an. Un numéro de médecin traitant générique est enregistré dans le système d'information sur le compte des bénéficiaires concernés. Cela permet de ne pas les pénaliser, en cas de remboursement. En complément de ce dispositif, un plan d'action de la mission accompagnement en santé pour les publics fragiles a été élaboré selon quatre axes.

Je propose d'élargir ce début de réponse dans la loi.

Mais même des amendements qui ne mangent pas de pain, comme ceux de Thierry Benoit visant à demander de la transparence ou à inviter les ARS à procéder à des révisions plus régulières des zonages, sont refusés. C'est dire votre ouverture d'esprit et, pour reprendre la préoccupation de Nicolas Turquois, votre volonté concrète d'apporter des réponses aux questions que rencontrent nos concitoyens.

**M. Nicolas Turquois.** L'amendement doit peut-être être retravaillé, mais je vous donne raison, monsieur Jumel : les personnes qui ont le plus de mal à trouver un médecin sont souvent des gens socialement modestes, ou qui ont du mal à aller chercher un professionnel plus loin. Je suis favorable à un dispositif qui facilite l'attribution d'un médecin.

**M. Didier Martin.** L'amendement est satisfait : un dispositif d'accueil existe. L'année dernière, malgré la crise sanitaire, en Côte-d'Or, la caisse départementale d'assurance maladie a accueilli 800 personnes qui cherchaient un diagnostic de santé et une orientation médicale. L'obligation que vous proposez, fidèle à vous-même, relève davantage de la bureaucratie que d'autre chose.

**M. le rapporteur.** Ces derniers mots sont outranciers et condescendants. D'abord, j'ai déposé un amendement visant à systématiser le remboursement des soins pour les personnes qui n'ont pas de médecin traitant, qui a été jugé irrecevable au titre de l'article 40. Ensuite, la directrice générale de la CNAM n'a pas pu me décrire précisément la manière dont le dispositif fonctionnait – et pour cause : n'étant pas inscrit dans la loi, il est déployé de manière différenciée dans les territoires. Faire la loi, c'est faire en sorte que la loi de la République s'applique partout et pour tous.

Je ne vois pas où est la bureaucratie. Ouvrir la possibilité de saisir le Défenseur des droits pour l'inclusion scolaire, ou la Commission nationale de l'informatique et des libertés pour des questions qui touchent aux libertés fondamentales, est-ce de la bureaucratie ? Vraiment, monsieur Martin, tout ce qui est outrancier est nul et non avenu.

*La commission rejette l'amendement.*

**M. le rapporteur.** Il y a deux ans, cet amendement avait été adopté par la majorité en séance.

*Amendement AS6 de M. Thierry Benoit.*

**M. Thierry Benoit.** Nous avons énoncé toutes les mesures visant à inciter les médecins à s'installer – elles sont nombreuses, et je ne les remets pas en cause. Mais, à côté des mesures incitatives, il faut maintenant des mesures de régulation.

Nous proposons que le Gouvernement remette au Parlement un rapport qui recense l'ensemble des mesures incitatives, tout en évaluant leurs résultats. Si tant de députés de tant de groupes politiques s'inquiètent de la situation gravissime de l'offre de soins de proximité, c'est bien que les mesures exclusivement incitatives qui existent aujourd'hui ne suffisent pas.

**M. le rapporteur.** L'amendement est pertinent : poser un bon diagnostic et évaluer l'efficacité des politiques publiques est utile. Les personnes auditionnées et le ministre ont d'ailleurs insisté sur la difficulté d'une telle évaluation pour l'ensemble des dispositifs. La Cour des comptes, elle-même, l'a soulignée à de nombreuses reprises.

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendement AS20 de M. Sébastien Jumel.*

**M. le rapporteur.** Il s'agit d'obtenir un rapport du Gouvernement, pour s'assurer que le déploiement des assistants médicaux, censé ouvrir 20 % de temps médical supplémentaire, est réalisé dans de bonnes conditions. Surtout, il faut préciser la territorialisation de ce mode de déploiement car vous n'avez pas pu inscrire l'obligation dans la loi.

J'adhère à ce dispositif, qui corrige les inégalités et ne les grave pas dans le marbre de la réalité de nos territoires respectifs.

**Mme Stéphanie Rist.** Le rapport pourrait être intéressant, mais il relève davantage du Printemps social de l'évaluation. Je suis donc défavorable, non à l'idée mais à la méthode.

*La commission rejette l'amendement.*

**Article 4 : Renforcement du soutien des agences régionales de santé à la création et à la gestion des centres de santé par les collectivités territoriales**

*Amendement de suppression AS10 de Mme Stéphanie Rist.*

**Mme Stéphanie Rist.** L'article 4 tend à revenir sur le contrat de début d'exercice. Or ce dispositif, instauré par la LFSS 2020, contribue à encourager l'installation des jeunes médecins, sans que notre volonté de développer les centres de santé soit pour autant remise en cause : des financements sont consacrés à ces structures, dont le nombre croît. En tout état de cause, il ne me paraît pas pertinent de lier la fin du contrat de début d'exercice à l'augmentation du nombre de centres. C'est pourquoi nous proposons la suppression de cet article.

**M. le rapporteur.** Madame Rist, pouvez-vous me donner le montant des crédits alloués à la création de maisons et de centres de santé ? Êtes-vous certaine que l'accompagnement des ARS est mobilisé de la même manière partout sur le territoire ? Pouvez-vous me dire combien de contrats de plan État-région comportent un volet santé et m'assurer que, dans ce domaine, le législateur est en mesure de garantir l'égalité républicaine ? À l'ensemble de ces questions, la réponse est non. Parmi les personnes que j'ai auditionnées, trois directeurs généraux d'ARS ont écarquillé les yeux en prenant connaissance de ce que leurs collègues font, ou pas, dans leurs régions respectives.

En définitive, vous voulez que rien ne bouge. Vous êtes dans l'autosatisfaction permanente, dans ce domaine comme dans les autres. Ma colère n'est pas feinte : elle est celle des personnes – 11 % de la population ! – qui n'ont pas accès aux soins.

**Mme la présidente Fadila Khattabi.** Nous avons tous la même préoccupation.

**M. Didier Martin.** Et dire de la majorité qu'elle est dans l'autosatisfaction permanente n'a sans doute rien d'outrancier...

S'agissant de l'article 4, monsieur le rapporteur, vous trouverez des éléments de réponse à vos questions dans le projet de loi « 3DS », qui est en cours d'examen à l'Assemblée. La démocratie sanitaire s'organise pas à pas, avec les territoires.

*La commission adopte l'amendement.*

*En conséquence, l'article 4 est supprimé.*

**Article 5 :** *Principe d'égal accès aux soins sur l'ensemble du territoire*

*Amendement de suppression AS11 de Mme Stéphanie Rist.*

**Mme Stéphanie Rist.** Par l'article 5, vous nous proposez un modèle unique d'organisation territoriale de l'hospitalisation. J'aimerais beaucoup le voter, mais, compte tenu de la faiblesse excessive de la démographie médicale – je continue d'ailleurs d'assurer une consultation, le lundi matin, dans mon hôpital – il rendrait impossible d'assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients. Force est de constater que nous ne sommes pas d'accord sur la manière dont nous pourrions améliorer l'accès aux soins. Nous proposons de supprimer l'article 5.

**M. le rapporteur.** Comme disait le philosophe, votre admirable sens de l'égalité consiste à donner beaucoup à ceux qui ont déjà tout...

Je ne prendrai qu'un exemple : entre 1997 et 2019, le nombre de femmes en âge d'avoir des enfants habitant à plus de 45 minutes d'une maternité est passé de 290 000 à 716 000. Je suppose que tout cela est très positif, et que c'est ma proposition de loi qui est de nature à mettre à mal le maillage territorial et la capacité à prendre en charge les patients dans de bonnes conditions...

Je crois, pour ma part, que la définition d'objectifs politiques en matière d'aménagement du territoire – labellisation des hôpitaux de proximité fondée sur les études de géographes spécialistes de ces questions, élaboration de conventions intelligentes avec les CHU afin d'assurer une répartition équilibrée des médecins et des ASR, organisation de consultations avancées, notamment de spécialistes... – serait de nature à améliorer la prise en charge des patients. Peut-être suis-je naïf et péremptoire, mais cela s'appelle l'aménagement sanitaire du territoire. Il semble que cette préoccupation ne soit pas partagée par la majorité.

**M. Cyrille Isaac-Sibille.** À la différence des quatre premiers articles, relatifs à la médecine libérale, l'article 5 a trait à la médecine hospitalière. Il illustre les limites de la médecine administrée car, pour ouvrir des services de chirurgie et d'obstétrique dans les hôpitaux de proximité, il faudrait que les créations de postes ne soient pas réservées aux seuls CHU. Cela ne fonctionne pas.

**M. Didier Martin.** L'article 5 me semble simpliste, voire intégriste. Vous proposez, afin d'assurer un égal accès aux soins – ce que nous souhaitons tous – de garantir l'accès à un établissement de santé à moins de 30 minutes du domicile en transports motorisés. Mais pourquoi 30 minutes, plutôt que 20 ou 40 ? Un accouchement peut durer beaucoup moins d'une demi-heure ! Compte tenu, qui plus est, des inégalités qui existent en matière de transport, une telle disposition, qui est de toute façon tout à fait arbitraire, apporterait une fausse sécurité.

**M. le rapporteur.** Je ne sors pas ces 30 minutes de mon chapeau, mais de l'ensemble des études statistiques, qui déterminent qu'au-delà de ce délai, on est dans un désert médical.

J'ai en tête l'exemple d'une ville où un service d'urgences, qui fonctionnait bien – grâce, du reste, à une coopération intelligente entre la médecine libérale et la médecine hospitalière – s'est trouvé dans le collimateur de l'ARS, qui voulait tirer un trait dessus. C'est la mobilisation et le volontarisme politique qui ont permis de maintenir ce service essentiel de soins de proximité dans la vallée la plus industrielle et ouvrière de France. Aujourd'hui, l'hôpital va recevoir le label « hôpital de proximité ». Non, la fixation d'objectifs politiques en matière d'aménagement du territoire ne relève pas d'une démarche simpliste ou dogmatique ; elle traduit la volonté politique d'un État qui protège et prend soin.

*La commission adopte l'amendement.*

*En conséquence, l'article 5 est supprimé.*

**Article 6 : Élargissement des compétences des hôpitaux de proximité**

*Amendement de suppression AS12 de Mme Stéphanie Rist.*

**Mme Stéphanie Rist.** Monsieur le rapporteur, je vous rejoins sur l'intérêt des hôpitaux de proximité. Au reste, c'est notre majorité qui a permis la labellisation desdits hôpitaux et entrepris des réformes structurelles, puisque nous avons modifié le financement des établissements en mettant fin au tout-T2A et impliqué les professionnels de ville dans leur gouvernance. La labellisation permet une gradation des soins, sans laquelle il n'est pas possible d'avoir accès à des soins de proximité de qualité. Ce qui importe, c'est que les patients soient pris en charge au bon endroit au bon moment. Tel est l'objet de la stratégie « Ma Santé 2022 » : réorganiser les soins de ville avec les CPTS et graduer les hospitalisations.

Encore une fois, je suis d'accord avec vous : les hôpitaux de proximité sont un enjeu majeur, et il faut tout faire pour qu'ils fonctionnent bien. Dans mon

territoire, un hôpital va être labellisé ; des professionnels de ville viendront y soigner les malades qui pourront l'être, qui ne seront donc plus envoyés à trois quarts d'heure de là. Ne dites pas que nous ne faisons rien, nous avançons. Mais laissez croire que cet hôpital comprendra demain un plateau de chirurgie alors qu'il n'y a pas de chirurgien, c'est mentir aux citoyens et ce n'est pas conforme à leur intérêt en matière de santé.

**M. le rapporteur.** Avis défavorable.

En guise de conclusion, je dirai que cette question, j'en suis convaincu, sera déterminante dans le débat national qui va s'ouvrir dans les prochaines semaines. Vous ne pourrez pas vous contenter de dire que tout a été tenté, car tel n'est pas le ressenti de la population. Votre refus obstiné, dogmatique, d'évoluer se retournera contre les médecins eux-mêmes, qui sentent d'ailleurs la situation se déstabiliser tant la pression est forte. Peut-être aurez-vous l'occasion d'y réfléchir d'ici à la séance publique. En tout cas, nous porterons, quant à nous, la voix des territoires, en rappelant l'impérieuse nécessité de remédier aux inégalités sociales et territoriales dans l'accès aux soins.

*La commission adopte l'amendement.*

*En conséquence, l'article 6 est supprimé.*

**Article 7 :** *Gages financiers*

*Amendement de suppression AS13 de Mme Stéphanie Rist.*

**Mme Stéphanie Rist.** Nous proposons la suppression du gage financier.

**M. le rapporteur.** Monsieur Turquois, vous avez là l'illustration de la démarche constructive et profondément innovante du groupe La République en Marche qui, à chacun des articles de cette proposition de loi pragmatique, a préféré l'immobilisme.

**M. Nicolas Turquois.** Monsieur le rapporteur, je partage certains de vos constats – nous les partageons tous – mais vous laissez croire que rien n'a été fait. Pourtant, le développement des pratiques avancées par exemple est une des pistes qu'il convient d'exploiter pour économiser du temps médical. Quant aux hôpitaux de proximité, dont je suis un adepte, nos concitoyens y sont attachés, mais dès qu'ils doivent subir un acte chirurgical compliqué, ils préfèrent se rendre au CHU, où un plateau technique permet de réaliser de tels actes en toute sécurité, notamment les accouchements. Qui n'a pas eu connaissance d'un accouchement qui s'est mal passé dans une clinique de proximité dépourvue de service d'appui ? Cessons donc d'agiter des chiffons rouges ! L'hôpital de proximité est adapté aux soins de suite, par exemple, ou aux personnes qui ne peuvent plus être maintenues à domicile ; mais pour les actes plus complexes, le haut plateau technique d'un hôpital de plus grande taille ou d'un CHU a son importance.

Ne stigmatisons pas les médecins, même si je constate effectivement certaines réticences et certains conservatismes. Vous opposez les uns aux autres. Nous aurions pourtant dû travailler ensemble, car, contrairement à ce que vous laissez entendre, la majorité n'est pas sourde : nous sommes tous concernés par le problème de la désertification médicale. Mais votre approche est politique, et elle s'est traduite par des déclarations insupportables pour nos concitoyens.

**M. Cyrille Isaac-Sibille.** Merci, monsieur le rapporteur, pour votre proposition de loi : il est toujours intéressant de discuter de cette question qui nous concerne tous.

Lorsque l'on pense à l'accès aux soins dans les territoires, les villes et les villages, on pense à la médecine générale. Or la médecine générale, c'est la médecine libérale. Il faut donc en faire la promotion, car elle est le premier relais auprès de la population.

Comme vous l'avez vous-même reconnu, le problème est complexe. En tant que tel, il ne peut pas être résolu par la contrainte, mais par des mesures variées, adaptées à chaque territoire. C'est dans cette perspective que nous travaillons depuis quatre ans, et que nous avançons progressivement : fin du *numerus clausus*, développement des maisons médicales, protocoles de coopération, pratiques avancées... C'est ainsi que nous parviendrons à une solution pour nos concitoyens.

**Mme Jeanine Dubié.** Il est dommage que chacun des articles de la proposition de loi ait été supprimé. Nous démontrons, une fois encore, que nous ne sommes pas capables de tenir compte de la réalité dans la définition des politiques publiques. Lorsque j'entends M. Isaac-Sibille évoquer la médecine libérale, j'ai envie de lui rappeler que, désormais, les internes en médecine réclament le salariat. C'est le principal changement que nous observons depuis cinq ans ! La pratique est en train de changer, les médecins ne veulent plus exercer la médecine comme leurs prédécesseurs, la profession se féminise. Par ailleurs, entre 2019 et 2020, le nombre des médecins inscrits au Conseil national de l'Ordre a augmenté de 1,75 %. Le problème qui se pose est celui de leur répartition géographique. Il faudra donc bien, un jour ou l'autre, instaurer des dispositifs quelque peu coercitifs. Mais, une fois encore, on le fera trop tard ! Dans notre pays, on est incapable de prendre en compte la réalité pour anticiper les réformes qui s'imposent.

**M. Thierry Benoit.** Je tiens à remercier M. Jumel et son groupe d'avoir déposé cette proposition de loi sur une question prégnante dont l'importance, qu'on le veuille ou non, va grandissant. Des choses ont été faites, notamment sous cette législature, avec bien sûr la fin du *numerus clausus*, mais nous savons tous que c'est insuffisant. Le département d'Ille-et-Vilaine, où je vis, est objectivement attractif : il existe une offre socio-éducative sur l'ensemble de son territoire ; or, même là, la situation est préoccupante.

J'appelle votre attention, mes chers collègues, sur le fait que, dans les mois qui viennent, ce dossier restera en haut de la pile. Les candidats à l'élection présidentielle ont donc intérêt à présenter des propositions concrètes et nouvelles en matière d'incitation à l'installation : je vous assure que le discours que certains ont tenu ce matin ne suffira pas. Lorsque vous n'avez pas accès à un médecin généraliste, vous ne pouvez pas avoir accès à un spécialiste : c'est le b.a-ba ! Je sais ce qui a été fait en faveur de l'hôpital public, de l'hôpital privé et des centres de santé, qui permettent aux médecins d'être salariés. Mais la question de la régulation de l'offre de médecine libérale en ville sera posée dans le cadre de la prochaine campagne présidentielle. À titre personnel, je serai très attentif aux propositions que feront les candidats sur ce point. Je me console cependant, car les médecins sont instruits et ouverts d'esprit, de sorte que c'est peut-être d'eux que viendront les propositions salutaires.

**M. Julien Borowczyk.** Monsieur le rapporteur, vous avez, dans votre conclusion, fait beaucoup de politique en opposant la population à la majorité présidentielle, malgré tout ce qu'elle a accompli. En tout cas, je vous remercie pour la cohérence dont vous faites montre : de même que, lorsqu'il n'y a pas d'argent, vous allez le chercher chez ceux qui font tourner l'économie, de même, lorsqu'il n'y a pas de médecins, vous tapez sur ceux qui font la médecine de tous les jours. Merci pour eux, et bravo...

**M. le rapporteur.** Il est très désagréable d'entendre cela. Premièrement, j'ai entamé mon intervention liminaire en rendant hommage à l'ensemble de soignants pour leur mobilisation exemplaire durant la crise, et singulièrement aux médecins libéraux. Deuxièmement, j'ai tenté d'établir, dans mon rapport, un diagnostic partagé le plus actualisé possible de la situation – que personne n'a contesté, du reste. Troisièmement, la majorité n'a défendu, ce matin, aucun amendement autre que de suppression ; plutôt que de présenter d'autres propositions, elle a préféré tenter de démontrer le caractère inopérant des nôtres. Dans ce domaine, la caricature est inaudible et inacceptable, et nous aurons l'occasion, en séance publique, de nous dire quelques vérités, dans le respect de la démocratie. Si vous avez écouté honnêtement mon propos, vous avez noté que j'ai souligné celles des mesures prises par le Gouvernement qui vont dans le bon sens. J'ai ajouté que cela ne faisait pas la maille. Cette proposition de loi conserve donc toute sa pertinence.

*La commission adopte l'amendement.*

*En conséquence, l'article 7 est supprimé.*

*L'ensemble des articles de la proposition de loi ayant été supprimés, celle-ci est considérée comme rejetée par la commission.*

\*

\* \*



**ANNEXE 1 :**  
**TABLEAU COMPARATIF DE LA PROPORTION DE MÉDECINS**  
**LIBÉRAUX EN SECTEUR AUTORISÉ À PRATIQUER DES**  
**DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES ET DE LA DENSITÉ MÉDICALE**  
**PAR DÉPARTEMENT**

	Proportion de médecins libéraux en secteur autorisé à pratiquer des dépassements (2020) <sup>(1)</sup>	Densité médicale en activité totale pour 100 000 habitants (2021) <sup>(2)</sup>
Ain	22 %	170,9
Aisne	14 %	192,9
Allier	16 %	229,1
Alpes-de-Haute-Provence	14 %	267,5
Hautes-Alpes	14 %	442,5
Alpes-Maritimes	42 %	415,5
Ardèche	19 %	214,9
Ardennes	9 %	232,8
Ariège	7 %	236,8
Aube	19 %	207,8
Aude	12 %	261
Aveyron	5 %	228,9
Bouches-du-Rhône	27 %	408,4
Calvados	23 %	353,7
Cantal	10 %	235
Charente	15 %	222,7
Charente-Maritime	21 %	298
Cher	18 %	176,7
Corrèze	18 %	250,1
Corse-du-Sud	18 %	382
Haute-Corse	19 %	237,7
Côte-d'Or	29 %	195
Côtes-d'Armor	13 %	215,4
Creuse	8 %	355,7
Dordogne	14 %	268,9
Doubs	19 %	160,1
Drôme	18 %	181,3
Eure	17 %	344,6
Eure-et-Loir	19 %	306,9

(1) Données transmises par la CNAM à votre rapporteur.

(2) Données du Conseil national de l'Ordre des médecins :

[https://demographie.medicin.fr/#c=indicator&i=demo\\_med.dens\\_tte\\_act&s=2021&view=map10](https://demographie.medicin.fr/#c=indicator&i=demo_med.dens_tte_act&s=2021&view=map10)

	<b>Proportion de médecins libéraux en secteur autorisé à pratiquer des dépassements (2020)<sup>(1)</sup></b>	<b>Densité médicale en activité totale pour 100 000 habitants (2021)<sup>(2)</sup></b>
Finistère	12 %	264,9
Gard	22 %	298,8
Haute-Garonne	19 %	403
Gers	8 %	203,5
Gironde	31 %	422,1
Hérault	24 %	427,3
Ille-et-Vilaine	18 %	347,8
Indre	11 %	174,5
Indre-et-Loire	25 %	368,7
Isère	27 %	326,4
Jura	15 %	223,2
Landes	14 %	272,4
Loir-et-Cher	12 %	209,5
Loire	23 %	317,8
Haute-Loire	11 %	221,4
Loire-Atlantique	22 %	350
Loiret	27 %	212,7
Lot	1 %	243,9
Lot-et-Garonne	16 %	223
Lozère	2 %	194,4
Maine-et-Loire	20 %	329,1
Manche	12 %	234,6
Marne	28 %	342,8
Haute-Marne	12 %	215,6
Mayenne	11 %	173,7
Meurthe-et-Moselle	23 %	384,9
Meuse	12 %	166,1
Morbihan	13 %	301,6
Moselle	14 %	269
Nièvre	15 %	209,2
Nord	22 %	354,4
Oise	24 %	190,9
Orne	6 %	190,9
Pas-de-Calais	16 %	238
Puy-de-Dôme	19 %	347,6
Pyrénées-Atlantiques	26 %	385,9
Hautes-Pyrénées	11 %	325,5
Pyrénées-Orientales	17 %	318,5
Bas-Rhin	33 %	390,9
Haut-Rhin	28 %	291,2
Rhône	46 %	444,3

	Proportion de médecins libéraux en secteur autorisé à pratiquer des dépassements (2020) <sup>(1)</sup>	Densité médicale en activité totale pour 100 000 habitants (2021) <sup>(2)</sup>
Haute-Saône	6 %	205,1
Saône-et-Loire	23 %	239,8
Sarthe	20 %	209,8
Savoie	24 %	366,8
Haute-Savoie	31 %	317,5
Paris (Ville)	62 %	765,2
Seine-Maritime	23 %	308,1
Seine-et-Marne	35 %	188,5
Yvelines	43 %	254,9
Deux-Sèvres	13 %	206,7
Somme	19 %	345,1
Tarn	10 %	263,8
Tarn-et-Garonne	18 %	241,6
Var	28 %	307,4
Vaucluse	27 %	293,4
Vendée	13 %	204,5
Vienne	19 %	336,5
Haute-Vienne	18 %	377,3
Vosges	12 %	217,7
Yonne	20 %	185
Territoire de Belfort	17 %	313,8
Essonne	33 %	224,3
Hauts-de-Seine	52 %	355,7
Seine-Saint-Denis	26 %	226,9
Val-de-Marne	39 %	367,5
Val-d'Oise	33 %	219,3
Guadeloupe	16 %	272,2
Martinique	18 %	297
Guyane	7 %	225,9
La Réunion	13 %	330,9
Mayotte	0 %	87,1
<b>Moyenne nationale</b>	<b>19 %</b>	<b>279,8</b>



## **ANNEXE 2 : LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES PAR LE RAPPORTEUR**

*(Par ordre chronologique)*

- **M. Emmanuel Vigneron**, professeur émérite des universités
  
- *Table ronde de syndicats de médecins :*
  - **Confédération des syndicats médicaux français** (\*) – **Dr Jean-Paul Ortiz**, président
  - **Fédération des médecins de France (FMF)** – **Dr Corinne Le Sauder**, présidente
  - **Syndicat des médecins généralistes (MG France)** – **Dr Agnès Giannotti**, vice-présidente, et **Dr Jean-Christophe Nogrette**, secrétaire général adjoint
  
- *Table ronde des associations d'usagers :*
  - **Association de citoyens contre les déserts médicaux** – **M. Pierre Levisse**, vice-président en charge du Nord
  - **France Assos Santé** (\*) – **M. Gérard Raymond**, président, et **M. Alexis Vervialle**, conseiller technique Santé
  - **UFC-Que choisir** (\*) – **M. Damien Barbosa**, chargé de mission Relations institutionnelles
  
- *Table ronde des étudiants en médecine :*
  - **Intersyndicale nationale des internes (ISNI)** – **M. Gaetan Casanova**, président
  - **Association nationale des étudiants en médecine de France (ANEMF)** – **M. Nicolas Lunel**, président
  - **Intersyndicale nationale autonome représentative des internes de Médecine Générale (ISNAR-IMG)** – **Mme Mathilde Renker**, présidente, et **Mme Marina Dusein**, porte-parole

➤ *Table ronde des agences régionales de santé :*

– **Agence régionale de santé Centre-Val de Loire** – **M. Laurent Habert**, directeur général

– **Agence régionale de santé Normandie** – **M. Thomas Deroche**, directeur général

– **Agence régionale de santé Bourgogne-Franche-Comté** – **M. Pierre Pribile**, directeur général

➤ *Audition commune :*

– **Fédération nationale des établissements de santé de proximité (FNESP)** – **Mme Sophie Guinoiseau**, présidente, et **M. Serge Morard**, représentant du collège des directeurs

– **Fédération hospitalière de France (FHF)** – **M. Marc Bourquin**, conseiller stratégique, **M. Vincent Roques**, directeur de cabinet, et **M. Quentin Henaff**, adjoint à la responsable du pôle Ressources humaines hospitalières

➤ **Caisse nationale de l'assurance-maladie (CNAM)** – **Mme Marguerite Cazeneuve**, directrice déléguée à la gestion et à l'organisation des soins (DDGOS)

➤ **Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM)<sup>(\*)</sup>** – **Dr François Simon**, président de la section Exercice professionnel, et **M. Francisco Jornet**, directeur des services juridiques

➤ *Audition conjointe :*

– **Ministère des solidarités et de la santé – Direction générale de l'offre de soins (DGOS)** – **Mme Katia Julienne**, directrice générale, **Dr Sophie Augros** et **Mme Nathalie Schneider**, équipe projet accès territorial aux soins

– **Ministère des solidarités et de la santé – Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques** – **M. Fabrice Lenglard**, directeur

➤ *Table ronde des représentants d'élus locaux :*

– **Association des maires ruraux de France (AMRF)** – **M. Gilles Noël**, maire de Varzy

– **Association des petites villes de France (APVF)** – **M. Xavier Nicolas**, maire de Senonches

– **Assemblée des départements de France (ADF)** – **M. Philippe Gouet**, président du conseil départemental de Loir-et-Cher, président du groupe de travail Santé, et **M. Jean-Michel Rapinat**, directeur délégué aux affaires sociales

- **Fédération nationale des centres de santé (FNCS) – Dr Hélène Colombani**, présidente, **Mme Laurence Parrain**, directrice de la santé de la ville d'Issy-les-Moulineaux, et **Mme Sabrina Tanqueray**, directrice

*(\*) Ces représentants d'intérêts ont procédé à leur inscription sur le répertoire de la Haute Autorité pour la transparence de la vie publique, s'engageant ainsi dans une démarche de transparence et de respect du code de conduite établi par le Bureau de l'Assemblée nationale.*



**ANNEXE 3 :**  
**TEXTES SUSCEPTIBLES D'ÊTRE ABROGÉS OU MODIFIÉS À**  
**L'OCCASION DE L'EXAMEN DE LA PROPOSITION DE LOI**

<b>Proposition de loi</b>	<b>Dispositions en vigueur modifiées</b>	
<i>Article</i>	<i>Codes et lois</i>	<i>Numéro d'article</i>
1 <sup>er</sup>	Code de l'éducation	L. 631-1
2	Code de l'éducation	L. 632-6
3	Code de la santé publique	L. 4131-6-1
4	Code de la santé publique	L. 1435-4-2
5	Code de la santé publique	L. 6112-1
6	Code de la santé publique	L. 6111-3-1