

N° 1180

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

DIX-SEPTIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 26 mars 2025.

RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES SUR LA PROPOSITION
DE LOI *visant à lutter contre les déserts médicaux, d'initiative transpartisane,*

PAR M. GUILLAUME GAROT,

Député.

Voir le numéro : 966.

SOMMAIRE

	Pages
AVANT-PROPOS	5
I. LES DÉSERTS MÉDICAUX RÉSULTENT D'UNE ÉROSION ET D'UNE TRANSFORMATION DE L'OFFRE DE SOINS...	7
II. ... ET D'UNE HAUSSE DES BESOINS, CREUSANT AINSI LES INÉGALITÉS TERRITORIALES DE SANTÉ	8
1. Une densité de médecins généralistes en diminution et une consommation de soins en augmentation.....	8
2. Des inégalités territoriales de plus en plus importantes qui menacent l'accès aux soins d'une grande partie de la population.....	10
III. ... EN DÉPIT DES MULTIPLES RÉFORMES ENTREPRISES CES DERNIÈRES ANNÉES	14
1. Des aides à l'installation et des contrats incitatifs qui se multiplient, sans faire la preuve de leur efficacité.....	14
2. L'essor incontestable des structures d'exercice pluriprofessionnel conçues comme des remparts à la désertification médicale.....	17
3. Depuis une dizaine d'années, de nombreuses réformes soutiennent l'optimisation du temps médical par le développement de l'accès direct et l'extension des compétences des professions non médicales.....	20
4. L'accélération des réformes depuis 2019 n'a pas davantage permis d'enrayer la croissance des inégalités territoriales d'accès aux soins.....	21
COMMENTAIRE DES ARTICLES	27
<i>Article 1^{er}</i> : Instauration d'une régulation de l'installation pour les médecins dans les zones sur-dotées.....	27
<i>Article 2</i> : Suppression de la majoration de la participation de l'assuré social en cas d'impossibilité de désigner un médecin traitant.....	37
<i>Article 3</i> : Territorialisation des études de santé.....	48
<i>Article 4</i> : Rétablissement d'une permanence obligatoire de soins ambulatoires.....	53
<i>Article 5</i> : Gage de recevabilité financière.....	59
TRAVAUX DE LA COMMISSION	61

ANNEXE N° 1 : LE FONCTIONNEMENT DES SERVICES D'ACCÈS AUX SOINS (SAS).....	111
ANNEXE N° 2 : LISTE DES PERSONNES ENTENDUES PAR LE RAPPORTEUR	113
ANNEXE N° 3 : LISTE DES CONTRIBUTIONS REÇUES PAR LE RAPPORTEUR	115
ANNEXE N° 4 : TEXTES SUSCEPTIBLES D'ÊTRE ABROGÉS OU MODIFIÉS À L'OCCASION DE L'EXAMEN DE LA PROPOSITION DE LOI	117

AVANT-PROPOS

La désertification médicale est, depuis plusieurs années, un sujet majeur d'inquiétude pour une grande partie de nos concitoyens, comme l'a montré le Grand débat national en 2018. En effet, la situation est grave. D'après l'indicateur le plus complet, 11,6 % des Français vivent aujourd'hui dans un désert médical ⁽¹⁾. Pas moins de 10 millions de personnes, dans notre pays, vivent dans une zone dans laquelle la qualité des soins est inférieure à la moyenne nationale ⁽²⁾ et 11 % des Français n'ont pas de médecin traitant ⁽³⁾.

La situation, déjà très difficile, continue de s'aggraver chaque année. Ainsi, le ministère des solidarités et de la santé indique clairement en décembre 2021 qu'il *« est indéniable que l'évolution de la démographie médicale en France, notamment pour la médecine générale, a accru les tensions dans les territoires qui étaient déjà les moins bien desservis »* et que les tendances à l'œuvre *« risquent de dégrader encore l'accessibilité dans les zones les moins attractives »* ⁽⁴⁾.

Or, les conséquences de la désertification médicale sur la santé publique sont immenses, face à un vieillissement de la population qui nécessitera, dans les années à venir, un plus grand nombre d'actes de soins. Sans réaction des pouvoirs publics, on doit alors par exemple anticiper une moindre prévention en matière de dépistages, de vaccination, de maladies professionnelles ou de grossesses précoces.

De nombreuses propositions ont été formulées pour répondre à cet enjeu central. Récemment, 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 milieux rural et urbain, créée à l'Assemblée nationale en 2018 ⁽⁵⁾, a formulé des constats clairs et alarmants et a demandé à agir de manière déterminée avec des solutions volontaristes. Une précédente proposition de loi déposée par votre rapporteur avait été adoptée en 2019, mais vidée de son contenu : les leviers d'action les plus

(1) D'après l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée : https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/outils/cartographie-interactive/#c=indicateur&i=apl.apl_mg_65_hmep&s=2018&view=map36

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

(3) Assemblée nationale, 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, 24 novembre 2021 (n° 4711).

(4) Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), « Remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques. Les leçons de la littérature internationale », Les dossiers de la Drees n° 89, décembre 2021 (synthèse).

(5) Assemblée nationale, 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 milieux rural et urbain, M. Alexandre Freschi (président) et M. Philippe Vigier (rapporteur), juillet 2018 (rapport n° 1185).

puissants avaient été supprimés ⁽¹⁾. Dès 2018, sous la XV^e législature, une commission d'enquête créée à l'initiative du groupe Mouvement Démocrate et apparentés et rapportée par Philippe Vigier, avait porté 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 milieux rural et urbain ⁽²⁾. En décembre 2021 le groupe Gauche démocrate et républicaine avait déposé une proposition de loi sur ce sujet, à nouveau rejetée. Celle-ci comprenait des dispositifs tels que le conventionnement sélectif pour les médecins et une réforme des hôpitaux de proximité ⁽³⁾.

Or, le droit à la santé, « *droit fondamental* » d'après le code de la santé publique, dont la valeur constitutionnelle a été reconnue dès 1991 ⁽⁴⁾ et qui est garanti par plusieurs textes internationaux ⁽⁵⁾, est remis en cause par la raréfaction croissante de médecins généralistes et spécialistes dans certaines zones. Il ne s'agit plus uniquement de territoires ruraux : ce phénomène touche aussi des métropoles et des territoires péri-urbains.

Il faut enfin rappeler que ces inégalités territoriales ne sont pas spécifiques à la France, mais sont présentes dans tous les pays, à des degrés divers. Ainsi, « *partout, l'accès aux services de santé est plus difficile à assurer dans certains territoires, tels que les zones rurales, notamment éloignées ou isolées, ou les zones urbaines défavorisées* » ⁽⁶⁾.

Le présent avant-propos vise à dresser un bilan de l'état de la démographie médicale en France (I), de sa répartition sur le territoire (II) et des mesures déjà engagées (III), afin de déterminer en quoi une action complémentaire plus volontariste s'avère indispensable pour endiguer ce problème central de la désertification médicale.

(1) https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/cion-soc/l15b2443_rapport-fond

(2) Assemblée nationale, rapport d'enquête n° 1185 de M. Philippe Vigier 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, juillet 2018.

(3) https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/dossiers/sante_accessible_tous

(4) Conseil constitutionnel, décision n° 90-283 DC du 8 janvier 1991, Loi relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme (considérant n° 15).

(5) Déclaration universelle des droits de l'Homme, Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels ou encore Constitution de l'Organisation mondiale de la santé.

(6) Les dossiers de la Drees n° 89, op. cit.

I. LES DÉSERTS MÉDICAUX RÉSULTENT D'UNE ÉROSION ET D'UNE TRANSFORMATION DE L'OFFRE DE SOINS...

● De nombreuses publications officielles font état de la raréfaction de l'offre de soins en France. La direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) du ministère des solidarités et de la santé a ainsi publié en août 2023 un état des lieux de la démographie médicale ⁽¹⁾. Au 1^{er} janvier 2023, la France comptait 230 000 médecins en activité, à raison de 99 500 médecins généralistes et 130 700 médecins spécialistes. Selon le Conseil national de l'Ordre des médecins, le nombre de médecins en activité est pourtant en hausse constante depuis 2010. En effet, selon le dernier atlas de la démographie médicale publié par le Conseil, on comptait 237 300 médecins en activité inscrits à l'Ordre au 1^{er} janvier 2024, soit une hausse de 10 % par rapport à 2010 et 1,4 % par rapport à 2023 ⁽²⁾.

Cette hausse en trompe-l'œil masque une importante transformation des modes d'activité médicale, qui retentissent sur le temps médical. En effet, alors qu'en 2010, 76,5 % des effectifs en activité exerçaient en activité régulière, c'est-à-dire à temps plein, ce mode d'activité ne concerne plus que 60,4 % des médecins en activité en 2024. La croissance des effectifs médicaux est en fait principalement due à la croissance de deux catégories d'effectifs qui exercent une activité partielle. Il s'agit à titre principal des médecins retraités ayant conservé une activité médicale, qui représentent 6,5 % des effectifs en 2024 alors qu'ils ne représentaient que 2,1 % des effectifs en 2010 ; viennent ensuite les médecins exerçant une activité intermittente, c'est-à-dire les médecins intérimaires ou remplaçant, qui représentent 5,1 % des effectifs en 2024 contre 3,8 % en 2010 ⁽³⁾. En outre, les effectifs de médecins généralistes et ceux des médecins spécialistes connaissent des évolutions opposées. Si le nombre de médecins généralistes en activité continue de diminuer (– 500 depuis le 1^{er} janvier 2022), au contraire, celui des médecins spécialistes continue de croître (+ 1 300 sur la période) ⁽⁴⁾.

● À cette croissance des effectifs en trompe-l'œil s'ajoutent d'autres phénomènes contribuant à la transformation de la démographie médicale.

La structuration de la démographie médicale est marquée par une double mutation : le rajeunissement et la féminisation de la profession. La moyenne d'âge connaît un léger rajeunissement puisque l'âge moyen des médecins en activité est passé de 50,4 ans en 2010 à 50,3 ans en 2024 ⁽⁵⁾. La part des jeunes professionnels est en forte augmentation, puisque la proportion des moins de 40 ans s'établit en

(1) Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), « Démographie des professionnels de santé au 1^{er} janvier 2023 », 29 août 2023.

(2) Conseil national de l'Ordre des médecins, Atlas de la démographie médicale, situation au 1^{er} janvier 2024, p. 18.

(3) Ibid.

(4) Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), « Démographie des professionnels de santé au 1^{er} janvier 2023 », 29 août 2023.

(5) Conseil national de l'Ordre des médecins, Atlas de la démographie médicale, situation au 1^{er} janvier 2024, p. 25.

2024 à 29,6 % des effectifs, alors qu'elle ne représentait en 2010 que 16,4 % des effectifs, soit une progression de plus de 13 points en quatorze ans ⁽¹⁾. La France reste toutefois l'un des États où les médecins sont les plus âgés de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) : la proportion de médecins âgés de plus de 55 ans y est de 45 %, contre 34 % en moyenne dans les pays de l'OCDE ⁽²⁾. La profession connaît également un important phénomène de féminisation : alors qu'en 2010 les femmes représentaient 40,1 % des médecins en activité, l'année 2024 marque un passage vers la parité quasiment parfaite puisque 49,3 % des médecins sont des femmes.

Enfin, l'exercice libéral de la médecine poursuit son déclin au profit de l'exercice salarié. En effet, alors qu'en 2015 seuls 42,2 % des médecins en activité étaient salariés, le salariat a détrôné l'activité libérale en 2024 puisqu'il concerne désormais 46 % des médecins en activité, devant l'exercice libéral exclusif qui ne représente plus que 42 % des effectifs ⁽³⁾. Entre 2015 et 2024, les effectifs de médecins libéraux exclusifs ont diminué de 4,9 % tandis que ceux des médecins salariés ont augmenté de 15,7 % ⁽⁴⁾.

La montée en puissance du salariat et de l'exercice mixte ne va cesser de s'accroître selon la Drees. Ainsi, dès la fin de la décennie 2020, il devrait y avoir davantage de médecins salariés que de médecins libéraux ou ayant un exercice mixte. À l'horizon 2050, la profession serait ainsi salariée à 55 %. Les pouvoirs publics doivent prendre en considération ce changement majeur dans l'exercice de la médecine afin de favoriser les modes de travail qui conviennent le mieux aux nouvelles générations de médecins.

II. ... ET D'UNE HAUSSE DES BESOINS, CREUSANT AINSI LES INÉGALITÉS TERRITORIALES DE SANTÉ...

1. Une densité de médecins généralistes en diminution et une consommation de soins en augmentation

Du fait de la raréfaction de l'offre de soins, la France souffre d'une densité de médecins généralistes insuffisante sur son territoire. Celle-ci a, en effet, diminué entre 2012 et 2021, passant de 153 à 140 médecins généralistes pour 100 000 habitants, alors même que la population française augmentait et vieillissait. Ce constat n'est pas valable pour les médecins spécialistes, dont la dynamique démographique a plus que compensé l'augmentation de la population. La France est ainsi passée entre 2012 et 2021 de 172 à 178 médecins spécialistes pour 100 000 habitants. Elle n'est pas particulièrement bien située par rapport aux autres États de l'OCDE, dans la mesure où sa densité médicale était en 2017 de

(1) Ibid.

(2) *Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), Panorama de la santé, 2019 (p. 177).*

(3) *Conseil national de l'Ordre des médecins, Atlas de la démographie médicale, situation au 1^{er} janvier 2024, p. 42.*

(4) Ibid.

3,2 médecins pour 1 000 habitants, quand la moyenne de l'OCDE se situait à 3,5. La densité médicale en Allemagne était même de 4,3 ⁽¹⁾.

Il ne faut cependant pas s'arrêter à la seule densité médicale, mais prendre en compte la consommation de soins, pour déterminer ce que le ministère des solidarités et de la santé nomme la « densité médicale standardisée ». Celle-ci a diminué entre 2012 et 2021, passant de 331 à 312 pour 100 000 habitants. Du fait du vieillissement de la population, la consommation de soins médicaux ne va cesser d'augmenter. À ce titre, la Drees indique clairement qu'entre 2012 et 2021, « *les besoins de soins de la population ont crû plus vite que le nombre de médecins* » ⁽²⁾.

Les projections démographiques réalisées par le ministère ne sont pas rassurantes. En effet, même en prenant en compte la dernière réforme de 2019, le nombre de médecins généralistes devrait continuer à diminuer jusqu'au plus tôt en 2026 (passant de 95 400 à 92 300), du fait notamment de l'introduction de deux nouvelles spécialités en 2017 (gériatrie et médecine d'urgence). Enfin, en raison du vieillissement de la population, la densité médicale pondérée par la consommation de soins ne devrait retrouver son niveau de 2021 qu'en 2035.

Selon la Drees, cette insuffisance structurelle des effectifs de médecins devrait perdurer jusqu'en 2027, avant de connaître une importante augmentation jusqu'en 2050 à raison de + 1,7 % de médecins par an entre 2030 et 2050. La Drees considère cependant que l'accroissement et le vieillissement de la population constituent des facteurs augmentant fortement les besoins de santé, ce qui explique que ce n'est qu'à partir de 2032 que la densité médicale retrouvera son niveau atteint en 2021, avant de repartir à la hausse jusqu'en 2050 année qui marquera une progression de près de 31 % de la densité médicale par rapport à la situation actuelle ⁽³⁾.

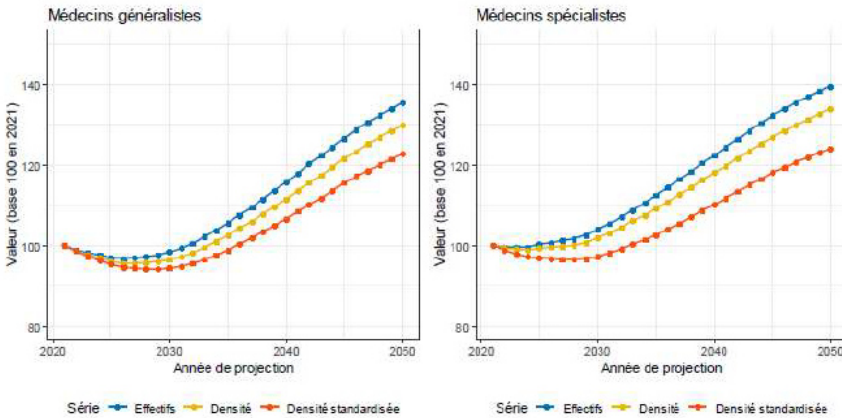
Toutefois, toute la solution ne réside pas dans l'augmentation du nombre de médecins, dans la mesure où rien ne garantit qu'à partir de 2030, les médecins nouvellement formés iront s'installer dans les zones dans lesquelles la population a le plus urgemment besoin d'eux.

(1) Id., p. 175.

(2) Les dossiers de la Drees n° 76, op. cit.

(3) Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), « Démographie des professionnels de santé au 1^{er} janvier 2023 », 29 août 2023.

Graphique 31 • Effectifs, densités et densité standardisée pour les médecins généralistes et les médecins spécialistes, projetés entre 2021 et 2050



Champ > Professionnels actifs de moins de 70 ans, inscrits à l'Ordre, 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, ECN). Projections de population de l'Insee. Consommations de soins calculées à partir des données de l'Assurance maladie.

Source : Drees, 2021.

2. Des inégalités territoriales de plus en plus importantes qui menacent l'accès aux soins d'une grande partie de la population

Cette densité médicale n'est toutefois pas homogène sur l'ensemble du territoire. L'offre de soins est, en outre, très inégale en fonction des régions, des départements et même des bassins de vie. En 2012, le ministère des solidarités et de la santé a créé un indicateur, dit d'« accessibilité potentielle localisée » (APL), réunissant un ensemble de critères permettant de déterminer si une commune est située dans un « désert médical » ⁽¹⁾. L'accessibilité potentielle localisée reflète ainsi le niveau d'adéquation territoriale entre l'offre de soins et la demande, en tenant compte du niveau d'activité des professionnels en exercice et des besoins de soins y compris ceux issus des communes environnantes. Il s'agit d'un indicateur local, calculé au niveau de chaque commune, mais qui considère également l'offre de médecins et la demande des communes environnantes. Selon cet indicateur, l'accessibilité territoriale aux médecins généralistes s'est dégradée entre 2022 et 2023 (– 1,4 %), en raison de la baisse du nombre de médecins généralistes libéraux en activité, de la baisse de leur niveau d'activité et de la croissance de la population. Mesurée ainsi, en 2023, l'accessibilité moyenne de la population française aux médecins généralistes s'établit à 3,3 consultations par an et par habitant ⁽²⁾.

(1) Barlet, Coldefy, Collin, Lucas-Gabrielli, « L'accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux », Drees, Études & Résultats, n° 795, mars 2012.

(2) Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), « Accessibilité aux soins de premier recours en 2023 : dégradation de l'accessibilité aux médecins généralistes et aux infirmières, amélioration de l'accessibilité aux kinésithérapeutes, aux sages-femmes et aux chirurgiens-dentistes », 20 décembre 2024.

Dans une étude parue fin 2024, la Drees constate en outre une aggravation des inégalités territoriales d'accès aux médecins généralistes entre 2022 et 2023. Selon la Drees, les 10 % de la population les mieux dotés en médecins généralistes ont en moyenne pu bénéficier de 5,6 consultations de médecine générale, contre seulement 1,4 consultation en moyenne pour les 10 % de la population les moins bien dotés. Les personnes qui vivent dans les territoires les mieux dotés en médecins généralistes bénéficient ainsi d'une accessibilité plus de quatre fois supérieure à celle des personnes vivant dans les territoires les plus démunis. Pire, ce rapport a augmenté de 5 % en un an, ce qui atteste d'une aggravation des inégalités territoriales d'accès ⁽¹⁾.

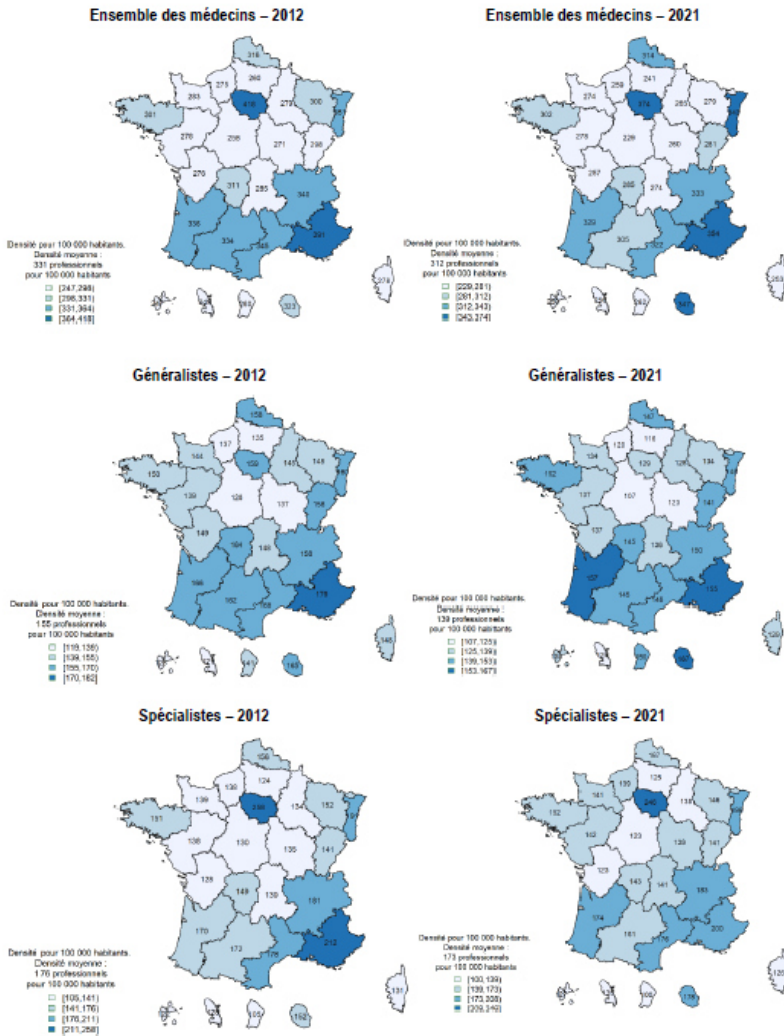
La population générale et les effectifs médicaux n'évoluent pas toujours dans le même sens, ce qui illustre la mauvaise adéquation entre offre de soins et besoins de santé et accroît les inégalités territoriales d'accès aux soins.

Certains départements se distinguent par une forte divergence entre l'évolution de la démographie générale et celle de la densité médicale. Les départements les plus touchés par la baisse de la densité médicale sont la Creuse, la Haute-Marne et le Cher. À l'inverse, les Hautes-Alpes, l'Ille-et-Vilaine et la Haute-Savoie bénéficient des plus fortes augmentations d'effectifs de médecins en activité entre 2010 et 2024 ⁽²⁾.

(1) Ibid.

(2) Conseil national de l'Ordre des médecins, *Atlas de la démographie médicale, situation au 1^{er} janvier 2024*, p. 62.

Carte 4 • Densités régionales standardisée de médecins (anciennes régions), selon la spécialité, en 2012 et 2021



Source : DRES, mars 2021.

Les médecins à diplôme étranger

Au 1^{er} janvier 2024, le Conseil national de l'Ordre des médecins recensait 30 961 médecins en activité ayant obtenu leur diplôme à l'étranger, soit une progression très importante par rapport à 2010, où leur nombre s'élevait à 15 349 (+ 101,7 % sur la période). Tous les départements français ont connu une augmentation de la part des médecins à diplôme étranger sur leur territoire entre 2010 et 2024, malgré des disparités entre départements. Les départements du nord de la France et les départements limitrophes de l'Allemagne, la Belgique et la Suisse connaissent les variations les plus faibles, et à l'inverse, les départements du sud de la France, en particulier du sud-ouest et du littoral atlantique à la frontière espagnole connaissent les augmentations les plus significatives. Les départements d'outre-mer et la Corse (84 médecins) se distinguent par la faible proportion de médecins à diplôme étranger. Les effectifs les plus importants se trouvent dans les départements du bassin parisien : à Paris (2 332 médecins), dans le Val-de-Marne (1 189 médecins) ou en Seine-Saint-Denis (1 002 médecins) ⁽¹⁾.

Les médecins à diplôme étranger représentent en 2024 plus de 13 % des effectifs de médecins en activité alors qu'ils n'en représentaient que 7 % en 2010. Ces praticiens ont majoritairement obtenu leur diplôme en dehors de l'Union européenne et ils exercent principalement en qualité de spécialiste. Au 1^{er} janvier 2024, ils représentaient 21 % des spécialistes de chirurgie en activité et 17,4 % des spécialistes de médecine en activité. On ne comptabilise en revanche que 6,1 % de généralistes en activité qui sont titulaires d'un diplôme étranger ⁽²⁾.

Près de deux praticiens sur cinq disposant d'un diplôme étranger possèdent la nationalité française et ceux d'entre eux qui disposent d'un diplôme européen (53 % en 2021) peuvent exercer de plein droit en France après leur inscription au Conseil national de l'Ordre des médecins. Les médecins disposant d'un diplôme délivré en dehors de l'Union européenne doivent exercer pendant trois ans en milieu hospitalier pour pouvoir prétendre à la délivrance d'une autorisation d'exercice. Il en résulte logiquement une proportion plus forte de médecins à diplôme étranger non européen exerçant dans des modes d'activité salariés et hospitaliers.

(1) Conseil national de l'Ordre des médecins, *Atlas de la démographie médicale, situation au 1er janvier 2024*, p. 72.

(2) Ibid., p. 73.

Votre rapporteur constate donc que l'attrition de l'offre de médecins généralistes durant les dernières décennies, ne s'est pas traduite de manière homogène dans tous les départements. Les inégalités territoriales ne cessent de se creuser, en particulier pour les régions du centre et du nord de la France, à la fois pour les médecins généralistes et spécialistes. Agir sur le seul nombre des médecins apparaît donc comme très insuffisant pour endiguer la désertification médicale et peut même avoir pour conséquence une augmentation des inégalités territoriales, « *les médecins continuant à affluer vers les spécialités attractives et vers les zones urbaines prospères* » ⁽¹⁾.

(1) *Les dossiers de la Drees* n° 89, op. cit., p. 22.

Certes, des réactions ont témoigné d'une prise de conscience de la part des pouvoirs publics, mais celles-ci restent insuffisantes et encore majoritairement axées sur l'incitation financière, dont la très faible efficacité a été démontrée.

III. ... EN DÉPIT DES MULTIPLES RÉFORMES ENTREPRISES CES DERNIÈRES ANNÉES

1. Des aides à l'installation et des contrats incitatifs qui se multiplient, sans faire la preuve de leur efficacité

De nombreuses réformes ont tenté de pallier ce problème central des déserts médicaux. Les analystes constatent toutefois que ces mesures relèvent d'un « *empilement historique, au coup par coup, sans réelle vision d'ensemble* »⁽¹⁾. Elles prennent ainsi plusieurs formes, et d'abord celle de l'incitation. De nombreux contrats ont ainsi été mis en place pour inviter en particulier les jeunes médecins à s'installer en zones sous-denses.

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 (« HPST »), le contrat d'engagement de service public (CESP) permet de rémunérer des étudiants durant leur scolarité, en contrepartie d'une installation en zones sous-denses. Son efficacité est très contestée, les données tendant à montrer « *un succès, semble-t-il, modeste* »⁽²⁾. En effet, 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. Ce contrat a été ouvert en 2013 aux étudiants en odontologie. Au total, pour la médecine et l'odontologie, ce sont donc seulement 7 181 CESP qui ont été conclus depuis la création du dispositif en 2010, dont 6 078 en médecine et 1 103 en odontologie⁽³⁾. Il faut rappeler qu'en 2019, 9 314 places ont été ouvertes en deuxième cycle alors que, pour cette même année universitaire, 700 CESP ont été offerts. Cela représente donc seulement 7,5 % des effectifs⁽⁴⁾. Ainsi, en 2019, 426 signataires du CESP en médecine et 102 signataires en odontologie étaient en exercice dans les zones en difficulté identifiées par les agences régionales de santé (ARS)⁽⁵⁾. Ces chiffres s'avèrent très insuffisants pour faire face à la désertification médicale.

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

(2) Direction générale du Trésor, « Comment lutter contre les déserts médicaux ? », Trésor-Éco n° 247, octobre 2019 (p. 4).

(3) Centre national de gestion, « Données sur les contrats d'engagement de service public (CESP) conclus avec les étudiants et internes en médecine et odontologie. Campagnes 2010/2011 à 2021/2022 » https://www.cng.sante.fr/sites/default/files/media/2023-10/Bilan_CESP_2023_VF.pdf.

(4) Assemblée nationale, rapport n° 4711 précité.

(5) Rapport précité du Dr Sophie Augros.

ÉVOLUTION DU NOMBRE DE CESP OFFERTS ENTRE 2010 ET 2022

Discipline et statut	Médecine			% du 2 ^d cycle	Odontologie			% du 2 ^d cycle (%)	Ensemble			% du 2 ^d cycle (%)
	Etudiants / Etud. de 2 ^d cycle	Internes / Etudiants de 3 ^e cycle	Total		Etudiants / Etud. de 2 ^d cycle	Internes / Etudiants de 3 ^e cycle	Total		Etudiants / Etud. de 2 ^d cycle	Internes / Etudiants de 3 ^e cycle	Total	
Campagnes												
2010-2011	200	200	400	50,0					200	200	400	50,0
2011-2012	200	200	400	50,0					200	200	400	50,0
2012-2013	224	205	429	52,2					224	205	429	52,2
2013-2014	235	215	450	52,2	50		50	100,0	285	215	500	57,0
2014-2015	245	210	455	53,8	95		95	100,0	340	210	550	61,8
2015-2016	250	216	466	53,6	110		110	100,0	360	216	576	62,5
2016-2017	262	216	478	54,8	112		112	100,0	374	216	590	63,4
2017-2018	286	235	521	54,9	127		127	100,0	413	235	648	63,7
2018-2019	303	258	561	54,0	139		139	100,0	442	258	700	63,1
2019-2020	335	299	634	52,8	126	22	148	85,1	461	321	782	59,0
2020-2021	334	304	638	52,4	132	28	160	82,5	466	332	798	58,4
2021-2022	338	308	646	52,3	132	30	162	81,5	470	338	808	58,2
Total cumulé	3 212	2 866	6 078	52,8	1 023	80	1 103	92,7	4 235	2 946	7 181	59,0
Evolution (%) entre la première et la dernière campagne	69,0	54,0	61,5		164,0	36,4	224,0		135,0	69,0	102,0	

Int. = Interne, Etud. = Etudiants

Source : Centre national de gestion.

Ces CESP sont aussi très inégalement répartis sur le territoire. Par exemple, pour la campagne 2021-2022, 20,3 % des CESP en médecine sont proposés pour la seule région d’Île-de-France.

RÉPARTITION RÉGIONALE DES CESP EN 2021-2022

Région	2021 / 2022						
	Médecine			Odontologie			Total
	Nombre de contrats offerts aux étudiants de 2 ^{ème} cycle	Nombre de contrats offerts aux étudiants de 3 ^{ème} cycle	Total	Nombre de contrats offerts aux étudiants de 2 ^{ème} cycle	Nombre de contrats offerts aux étudiants de 3 ^{ème} cycle	Total	
Auvergne-Rhône Alpes	34	32	66	13	5	18	84
Bourgogne-Franche Comté	17	11	28	0	0	0	28
Bretagne	11	11	22	12	0	12	34
Centre-Val de Loire	11	19	30	0	0	0	30
Grand-Est	44	54	98	22	10	32	130
Hauts de France	21	20	41	15	0	15	56
Ile de France	74	49	123	22	2	24	147
Normandie	20	32	52	0	0	0	52
Nouvelle-Aquitaine	28	20	48	7	7	14	62
Occitanie	30	16	46	20	4	24	70
Pays de la Loire	11	11	22	5	0	5	27
PACA / Corse	15	15	30	16	2	18	48
France métropolitaine	316	290	606	132	30	162	768
Antilles-Guyane	20	15	35	0	0	0	35
La Réunion	2	3	5			0	5
DOM Com	22	18	40	0	0	0	40
France entière	338	308	646	132	30	162	808

Source : Centre national de gestion.

La démocratisation des études de médecine : un enjeu central et sous-estimé en France pour faire face à la désertification médicale

Étant donné qu'il est conclu au cours des études médicales, le contrat d'engagement de service public ne peut pas réellement permettre d'attirer en amont des étudiants issus de milieux modestes ou provenant de zones rurales ou périurbaines. En effet, l'une des rares études menées sur ce sujet montre qu'en 2015, quatre étudiants en étude de santé sur dix avaient des parents cadres supérieurs ou exerçant une profession libérale, contre trois sur dix pour l'ensemble des étudiants, concluant ainsi clairement que les études de santé sont parmi « *les formations les plus clivées socialement, derrière les classes préparatoires aux grandes écoles* »⁽¹⁾. En outre, cette même étude précise qu'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.

Les dernières données du ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation confirment cette tendance pour l'année 2020-2021⁽²⁾. En effet, plus d'un étudiant sur deux (50,6 %) inscrit dans un cursus de médecine-odontologie a des parents « cadres et 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.

Bien que les études sur la relation entre origines géographiques des étudiants et choix de localisation manquent, certaines comparaisons internationales « *montrent partout l'importance du milieu d'origine du médecin dans son choix de localisation* », comme l'a indiqué la Drees en 2021⁽³⁾. Sur cette base et contrairement au choix fait par la France, certains États ont fait le choix de mettre en place des politiques dédiées à l'augmentation de la proportion d'étudiants issus de zones moins bien dotées. C'est le cas des expériences concluantes menées dans plusieurs universités aux États-Unis, dont la plus ancienne date de 1974⁽⁴⁾. Des études synthétiques menées en 2008 sur plusieurs programmes de sélection aux États-Unis⁽⁵⁾ montrent qu'en moyenne, 57 % des étudiants formés dans le cadre de programmes dédiés à la démocratisation de l'accès aux études de médecine pratiquent en zone rurale. La Norvège et le Canada ont également lancé des initiatives visant à inclure plus massivement dans les études médicales des étudiants provenant de zones sous-médicalisées. L'Australie est même allée jusqu'à imposer aux universités un quota de 25 % d'étudiants d'origine rurale.

La France devrait donc agir dans le sens d'une démocratisation de l'accès aux études de médecine dès le choix d'orientation au lycée.

(1) Drees, Laurent Fauvet, Steve Jakubovitch et Fanny Mikol, « Profil et parcours des étudiants en première année commune aux études de santé », *Études & Résultats*, n° 927, juillet 2015.

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

(3) Les dossiers de la Drees n° 89, op. cit., p. 22.

(4) Ibid., p. 23.

(5) Ces programmes sont : Rural Physician Associate Program (RPAP), University of Minnesota Medical School, Duluth ; Upper Peninsula Program (UPP), College of Human Medicine, Michigan State University ; Physician Shortage Area Program (PSAP), Jefferson Medical College, Thomas Jefferson University ; Rural Medical Education Program (RMED), Upstate Medical University, State University of New York (SUNY) ; Rural Medical Education Program (RMED), University of Illinois, College of Medicine at Rockford.

D'autres contrats existent, notamment le « contrat de début d'exercice », créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020. Il unifie et se substitue à quatre autres contrats : ceux de praticien territorial de médecine ambulatoire (PTMA), de médecine générale (PTMG), de remplacement (PTMR) et de praticien isolé à activité saisonnière (Pias). En outre, 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).

Concernant les contrats proposés par l'État pour l'installation des jeunes médecins, le rapport du Dr Augros leur reconnaît *« succès assez mitigé »*. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) formule un constat identique, comme le rapporte la Drees : *« les incitations financières sont mentionnées comme recommandation conditionnelle. La faiblesse des preuves sur leur efficacité, même si elles sont fréquemment utilisées, conduit l'OMS à formuler une recommandation prudente, insistant sur la nécessité de bien comprendre les coûts d'opportunité associés à la pratique en milieu rural éloigné pour concevoir des dispositifs adaptés. »* ⁽¹⁾ Il faut donc mesurer les effets d'aubaine engendrés par des tels dispositifs, dont l'évaluation financière reste difficile à réaliser.

Les collectivités territoriales sont aussi fortement mobilisées pour attirer les médecins dans les territoires sous-dotés : 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.

Les dispositifs incitatifs et la multiplication des initiatives locales ont montré toutes leurs limites pour endiguer rapidement et efficacement la désertification médicale dont souffrent certains territoires.

2. L'essor incontestable des structures d'exercice pluriprofessionnel conçues comme des remparts à la désertification médicale

Afin de faciliter l'exercice coordonné de la médecine, l'État et les collectivités territoriales ont également favorisé la création de structures dédiées, notamment les maisons de santé pluriprofessionnelles et les centres de santé. Encadrés par l'article L. 6323-1 du code de la santé publique, les centres de santé ont pour objectif de délivrer des soins de premier voire de second recours, parfois sous la forme d'une prise en charge pluri-professionnelle. Les professionnels qui y exercent sont salariés (article L. 6323-1-5 du code de la santé publique). On comptait en juillet 2024 2 500 centres de santé, dont 638 sont pluriprofessionnels et la moitié d'entre eux serait implantée en zone sous dense ⁽²⁾. Ce chiffre était de 2 140 en 2018 et 1 750 en 2014. Toutefois, un peu plus de 40 % de ces structures sont des centres dentaires ⁽³⁾.

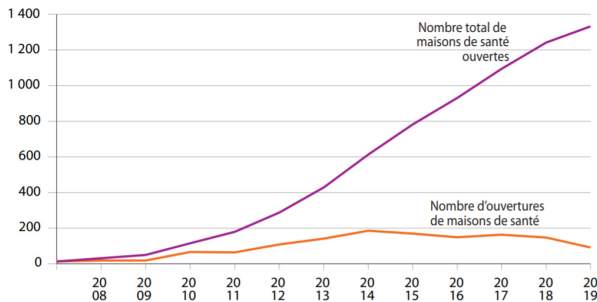
(1) Ibid., p. 46.

(2) Sénat, rapport d'information n° 137 (2024-2025), fait au nom de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable du Sénat, relatif aux inégalités territoriales d'accès aux soins, par M. Bruno Rojouan, sénateur, 13 novembre 2024, p. 68.

(3) Assemblée nationale, rapport n° 4711 précité.

Les maisons de santé pluriprofessionnelles, dont les missions sont définies par l'article L. 6323-3 du code de la santé publique et qui peuvent être notamment créées par des collectivités territoriales, ont vu leur nombre augmenter encore plus rapidement. Elles sont en effet passées de 240 en 2013 à 1 889 en juin 2021 ⁽¹⁾. La plupart des maisons de santé sont aujourd'hui gérées par des organismes associatifs (52 %) ou mutualistes (25 %). Les collectivités territoriales gèrent 10 % de ces structures (contre 7,6 % en 2016) ⁽²⁾. À la différence des centres de santé, plutôt installés en milieu urbain, les maisons de santé assurent un maillage territorial dense et une présence dans les zones rurales. En juin 2024, le territoire comptait 2 500 maisons de santé pluriprofessionnelles ⁽³⁾, dont 2 070 ayant signé un accord collectif interprofessionnel ⁽⁴⁾.

ÉVOLUTION DU NOMBRE DE MAISONS DE SANTÉ ET D'OUVERTURES ANNUELLES



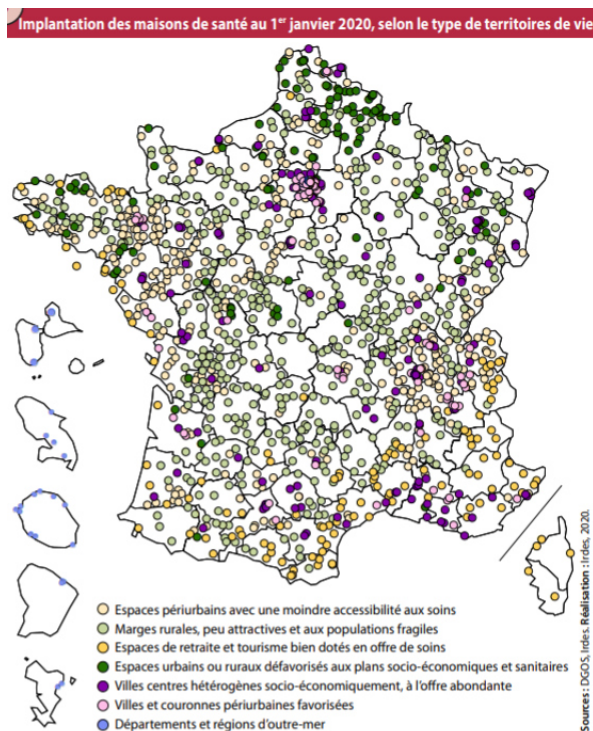
Source : Irdes, Chevillard G. et Mousquès J., « Les maisons de santé attirent-elles les médecins généralistes dans les zones sous-dotées en offre de soins ? », *Questions d'économie de la santé*, n° 247, mars 2020 (p. 2).

(1) Ibid.

(2) Ibid.

(3) Sénat, rapport d'information n° 137 précité, p. 65.

(4) Un accord conventionnel interprofessionnel (ACI) permet à la structure de bénéficier d'une rémunération forfaitaire en contrepartie de l'atteinte de certains indicateurs, comme un nombre minimal de patients, un nombre minimal de professionnels associés à la structure ou encore la prise en charge de certains publics comme les bénéficiaires de l'aide médicale de l'État.



Source : Irdes, 2020.

La carte réalisée par l'Irdes en 2020 ⁽¹⁾ montre que les régions Bretagne, Pays de la Loire, Hauts-de-France et Auvergne-Rhône-Alpes disposent du maillage le plus important en maisons de santé. Celles-ci sont majoritairement implantées dans les zones sous-dotées, que ce soient les zones rurales (35,5 %) ou les espaces périurbains (25,8 %). Surtout, l'Irdes estime qu'en moyenne, l'implantation d'une maison de santé dans un territoire donné augmente de 3,4 la densité pour 100 000 habitants de médecins libéraux de moins de 45 ans. L'Irdes conclut donc que les espaces périurbains et zones rurales avec maisons de santé sont plus attractives auprès des jeunes généralistes.

Parmi les autres initiatives locales visant à faire face à la désertification médicale, il faut souligner l'exemple du département de Saône-et-Loire, qui a créé en 2018 le premier centre de santé départemental. Ont suivi la Corrèze, l'Orne et la Dordogne.

(1) Ibid., p. 3.

3. Depuis une dizaine d'années, de nombreuses réformes soutiennent l'optimisation du temps médical par le développement de l'accès direct et l'extension des compétences des professions non médicales

La loi a également permis d'étendre les compétences de certaines professions mieux réparties sur le territoire que les médecins, afin de pallier leur absence dans certaines zones. L'objectif est de permettre à des professionnels de santé de réaliser des actes médicaux ou paramédicaux. La situation est tellement grave qu'au cours des dernières années, « *des glissements de tâches plus ou moins légaux se sont produits* »⁽¹⁾, en particulier en ce qui concerne les interventions d'auxiliaires médicaux en autonomie, la formation « sur le tas » d'infirmiers, des ordonnances préredigées, comme cela était signalé depuis 2003⁽²⁾.

Pour y faire face, des avancées législatives ont permis d'encadrer le partage des tâches entre les professionnels de santé. Après un premier décloisonnement des compétences permis par la loi « HPST », au travers de la mise en place des protocoles de coopération, l'article L. 4301-1 du code de la santé publique a, depuis la loi du 26 janvier 2016⁽³⁾, défini les « pratiques avancées » pour les professions paramédicales. C'est le cas en particulier des sages-femmes, pour lesquelles la loi du 26 janvier 2016 a permis, par exemple, qu'elles puissent réaliser des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse, prescrire des vaccins et vacciner la femme et le nouveau-né. Elles peuvent également vacciner les enfants depuis la loi du 24 juillet 2019. De même, les orthoptistes peuvent dépister et évaluer les troubles de la vision et prescrire des lunettes et des lentilles. Une expérimentation a également été initiée en vue de permettre un accès direct, sans ordonnance, aux masseurs-kinésithérapeutes et aux orthophonistes exerçant en structures de soins coordonnés, afin d'en faciliter l'accès⁽⁴⁾.

Les infirmiers peuvent également exercer en pratique avancée, en justifiant d'une durée d'exercice minimal de leur profession et d'un diplôme de master de deux ans délivré par une université habilitée. Ces réformes semblent toutefois, à ce stade, insuffisantes, dans la mesure où les infirmiers en pratique avancée n'exercent qu'en équipe coordonnée par un médecin, majoritairement à l'hôpital.

En outre, dans un rapport rendu public en janvier 2022⁽⁵⁾, l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) a indiqué que, selon elle, « *le statu quo n'est aujourd'hui plus envisageable* » et qu'il faudrait donc « *accompagner une refonte de l'articulation et du partage des connaissances entre toutes les professions de*

(1) Dr N. Bohic, A. Josselin, A.-C. Sandeau-Gruber, H. Siahmed, avec la contribution de C. d'Autume (Igas), « Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé », novembre 2021 (page 27) <https://www.igas.gouv.fr/spip.php?article842>

(2) Pr Yves Berland, « Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences », 2003.

(3) Modifié par l'ordonnance n° 2018-20 du 17 janvier 2018 relative au service de santé des armées et à l'Institution nationale des invalides puis par la loi n° 2021-1018 du 2 août 2021 pour renforcer la prévention en santé au travail.

(4) Article 73 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022.

(5) Dr N. Bohic, A. Josselin, A.-C. Sandeau-Gruber, H. Siahmed, avec la contribution de C. d'Autume (Igas), op. cit.

santé ». L'Igas considère en particulier qu'il faudrait envisager des mesures de « revalorisation et de financement » afin d'assurer la « viabilité » de la profession et de mieux rétribuer les infirmiers de pratique avancée.

4. L'accélération des réformes depuis 2019 n'a pas davantage permis d'enrayer la croissance des inégalités territoriales d'accès aux soins

● La loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (dite « OTSS »), traduisant le plan « Ma santé 2022 », a permis de mettre en place des mesures 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. Cet objectif initial a même été rehaussé à 10 000 postes d'assistants médicaux dans la stratégie nationale « Ma santé 2022 ». Selon les dernières données disponibles, depuis 2019 jusqu'à août 2024, 6 729 contrats d'assistants médicaux avaient été signés – dont 4 970 pour les généralistes et 1 759 pour les spécialistes ⁽¹⁾ ;

- la généralisation obligatoire du stage en stage ambulatoire en soins primaires 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 ;

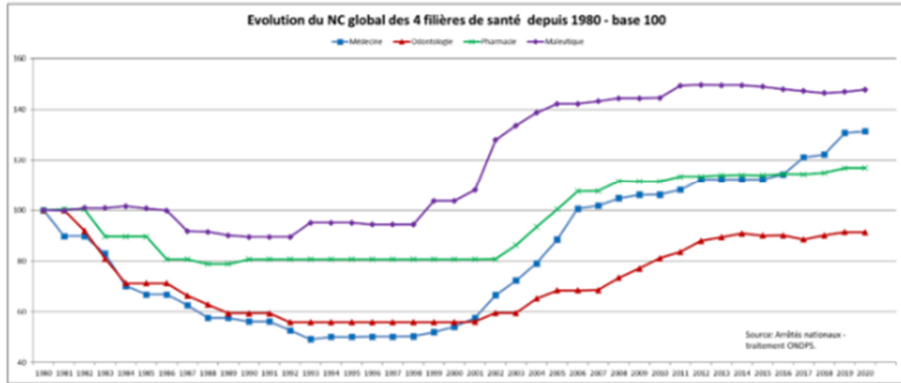
- l'obligation pour les conventions médicales entre l'assurance maladie et les médecins de « *déterminer les conditions dans lesquelles les médecins participent à la réduction des inégalités territoriales dans l'accès aux soins* » (article L. 162-5 du code de la sécurité sociale).

● D'autres actions importantes ont été menées durant cette législature, en particulier la transformation du *numerus clausus*. Celui-ci a été instauré par la loi en juillet 1971 ⁽²⁾. À partir de cette date, l'État 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). Ce *numerus clausus* a fortement varié entre 1971 et 2020. En diminution entre 1971 et 1993 (passant de 8 671 à 3 500), il n'a été augmenté qu'à partir de 1994.

(1) Sénat, rapport d'information n° 137 précité, p. 61.

(2) 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.

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.

Critiqué pour l'absence à la fois de concertation dans sa définition et de corrélation avec les besoins de santé des territoires et à la suite du rapport relatif à l'adaptation des formations aux enjeux actuels du système de santé ⁽¹⁾, le numerus clausus a été réformé par l'article 1^{er} de la loi « OTSS ». Ainsi, l'accès en première année est intégré à Parcoursup et, conformément au décret du 4 novembre 2019, 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 (LAS) ; étudiants titulaires d'un titre ou d'un diplôme d'État d'auxiliaire médical. Désormais, cet accès se fait en fonction des capacités d'accueil de ces formations, définies annuellement au regard d'objectifs pluriannuels d'admission. Ces objectifs doivent tenir compte à la fois des capacités de formation et des besoins de santé des territoires, après la tenue d'une conférence nationale. La première s'est tenue le 26 mars 2021. Pour la période 2021-2025, cet objectif pluriannuel s'élève à 51 505 ⁽²⁾.

Ainsi, la réforme du numerus clausus n'a pas supprimé tout dispositif de régulation quantitative des professionnels formés, ce qui existe dans la plupart des États de l'OCDE ⁽³⁾. En outre, l'ensemble des acteurs s'accordent sur le fait qu'une telle réforme, si elle est à même de répondre peu à peu à la pénurie de médecins dont souffre la France, ne saurait porter ses premiers fruits avant au moins une dizaine d'années. Encore faut-il également que les universités aient les moyens humains et matériels d'accueillir l'ensemble de ces nouveaux étudiants.

(1) 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

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

(3) Panorama de l'OCDE, 2015.

Le label « hôpital de proximité »

Le cadre juridique applicable aux hôpitaux de proximité a été renouvelé dans le cadre du programme « Ma santé 2022 », avec l'objectif de labelliser 500 établissements avant 2022. En effet, les hôpitaux de proximité, ayant remplacé depuis 2015 les anciens « hôpitaux locaux », doivent permettre de préserver un maillage territorial en matière hospitalière, en leur offrant un cadre dérogatoire de financement par rapport à la tarification à l'activité. Ces hôpitaux assurent le premier niveau hospitalier dans la gradation des soins et permettent d'ancrer une offre sanitaire dans le territoire et de structurer des parcours de soins de manière graduée et coordonnée.

Or, selon les dernières données disponibles, seuls 240 hôpitaux de proximité ont été labellisés ⁽¹⁾, ce qui est très insuffisant pour atteindre l'objectif d'un accès satisfaisant aux soins en hôpital. En outre, il faut rappeler que les activités de chirurgie et d'obstétrique sont toujours interdites aux hôpitaux de proximité, alors que, 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, soit 430 000 de plus. Il faut également rappeler que la France est passée de la quatrième à la vingt-deuxième place en matière de mortalité infantile entre la fin des années 1990 et 2021 ⁽²⁾.

(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) <https://factsory.org/2021/mortalite-infantile-augmente-en-france/>

● La loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 ⁽¹⁾ a complété l'arsenal de mesures de lutte contre les déserts médicaux par plusieurs dispositifs ⁽²⁾ :

– l'ajout d'une quatrième année de formation au titre de l'internat de médecine générale, cette année supplémentaire d'études étant consacrée à l'exercice en cabinet médical, prioritairement dans les zones sous-denses ⁽³⁾ ;

– l'expérimentation du déploiement par les ARS de consultations avancées de médecine dans les zones sous-denses ⁽⁴⁾ ;

– la dérogation à la limite d'âge pour les médecins et les infirmiers qui pourront jusqu'en 2035 exercer jusqu'à 72 ans à l'hôpital ⁽⁵⁾ ;

– l'exonération des cotisations d'assurance vieillesse pour les médecins retraités reprenant une activité dans le cadre d'un cumul emploi-retraite ⁽⁶⁾ ;

(1) Loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023.

(2) L'élargissement de la permanence des soins aux infirmiers, aux dentistes et aux sages-femmes (article 39) ainsi que la régulation de l'intérim médical et paramédical exercé par les jeunes professionnels exerçant à l'hôpital (article 42) complétaient ces mesures de renforcement de l'accès aux soins mais elles ont été censurées par le Conseil constitutionnel dans sa décision n° 2022-845 DC du 20 décembre 2022.

(3) Article 37 de la loi.

(4) Article 41 de la loi.

(5) Article 47 de la loi.

(6) Article 13 de la loi.

– l’expérimentation pendant trois ans de l’accès direct des patients aux infirmiers en pratique avancée (IPA) exerçant dans des structures d’exercice coordonné ⁽¹⁾.

- La loi du 19 mai 2023 portant amélioration de l’accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé (loi « Rist 1 ») ⁽²⁾ permet à titre expérimental pendant cinq ans, dans six départements, aux patients d’accéder directement sans adressage par le médecin traitant aux IPA, aux orthophonistes et aux masseurs kinésithérapeutes exerçant ou à l’hôpital, en clinique, dans un établissement social ou médico-social ou dans une structure de soins coordonnée de ville (centre de santé ou maison de santé) s’ils sont rattachés à une communauté professionnelle territoriale de santé.

La loi élargit par ailleurs les compétences de plusieurs professions non médicales afin de renforcer l’autonomie des professions de santé et limiter l’embolisation des consultations médicales pour des questions relevant de la compétence d’autres professions de santé. La loi a ainsi étendu les compétences des IPA, qui sont autorisés à prescrire certains produits ou prestations soumis à prescription en initiation de traitement. Les infirmiers ont également été autorisés à prendre en charge le traitement et la prévention des plaies et à prescrire certains examens complémentaires et produits de santé soumis à prescription.

Enfin, d’autres professions tels les assistants dentaires, dont une nouvelle catégorie aux compétences élargies est créée (assistants dits « de niveau II »), les pédicures-podologues, les orthoprothésistes et opticiens-lunetiers ont également vu leurs compétences élargies par la loi.

- La loi du 27 décembre 2023 visant à améliorer l’accès aux soins par l’engagement territorial des professionnels (loi « Valletoux ») ⁽³⁾ a complété l’arsenal législatif de lutte contre les déserts médicaux par un nombre important de mesures visant tout à la fois à proroger ou étendre des dispositifs existants, à instaurer de nouveaux dispositifs incitatifs ou encore à instaurer des restrictions ou interdictions nouvelles.

Au titre des mesures prolongeant des dispositifs déjà connus, les principaux apports de la loi sont :

– l’interdiction pour les établissements sanitaires et médico-sociaux ainsi que les laboratoires de biologie de recruter des professionnels médicaux, paramédicaux ou socio-éducatifs récemment diplômés en contrat d’intérim ;

(1) Article 40 de la loi.

(2) Loi n° 2023-379 du 19 mai 2023 portant amélioration de l’accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé.

(3) Loi n° 2023-1268 du 27 décembre 2023 visant à améliorer l’accès aux soins par l’engagement territorial des professionnels.

– l’extension du régime des autorisations provisoires d’exercice pour les praticiens à diplôme étranger hors Union européenne (Padhue) ;

– l’extension du CESP aux étudiants en médecine, odontologie, pharmacie et maïeutique dès la fin de la deuxième année traduite dans le versement d’une allocation mensuelle de 1 200 euros en contrepartie d’un engagement d’exercer au moins deux ans dans un territoire défini ;

– l’extension de l’expérimentation de la signature des certificats de décès par les infirmiers à toute la France, instaurée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 pour six régions ;

– le recul à 75 ans de la limite d’âge autorisée pour le cumul emploi-retraite des professionnels exerçant en établissement de santé ou dans un centre de santé.

La loi Valletoux instaure également de nouveaux droits par des mesures incitatives ou de renforcement des compétences de certains professionnels : en permettant aux collectivités territoriales d’accorder des indemnités de logement aux étudiants en dentaire de troisième cycle, en renforçant le rôle du médecin coordonnateur en Ehpad, en créant une fonction d’infirmier référent pour les patients reconnus en affection de longue durée (ALD), en supprimant la pénalité de majoration du ticket modérateur appliquée aux patients n’ayant pas de médecin traitant du fait du départ en retraite ou du déménagement de leur médecin.

La loi comprend un volet de mesures plus coercitives :

– un encadrement renforcé de l’activité de permanence des soins relevant de la responsabilité collective des établissements de santé publics et privés, sous l’égide du directeur général de l’ARS, autorisé à prendre des mesures d’autorité en cas de carence ;

– une interdiction de cumul des aides financières et incitations fiscales à l’installation, afin de lutter contre les effets d’aubaine et le nomadisme médical ;

– le renforcement du contrôle financier des cliniques privées.

*

Au total, de nombreuses actions ont été entreprises ces dernières années mais leur lisibilité et leur efficacité restent fortement contestées. La Cour des comptes indique ainsi qu’« à ce jour, la portée de ces évolutions reste [...] en deçà de leurs potentialités »⁽¹⁾. C’est pourquoi il paraît aujourd’hui indispensable de compléter ces mesures par des dispositifs plus volontaristes et plus à même de faire face à l’urgence de la situation, sans attendre encore plusieurs années.

(1) Cour des comptes, décembre 2021, op. cit., p. 23.

En effet, une action sur le seul nombre de médecins serait insuffisante pour s'assurer que les nouvelles générations formées iront s'installer là où la population a le plus besoin d'eux. La réforme du *numerus clausus* devrait permettre un rebond de la démographie médicale aux alentours de l'année 2035 selon le Conseil national de l'Ordre des médecins. Toutefois, il faut non seulement agir en urgence pour corriger la situation déjà intenable pour certains territoires, mais aussi nous assurer que ces nouvelles générations formées se répartiront plus équitablement sur le territoire.

En dépit de l'arsenal législatif de lutte contre les inégalités d'accès aux soins qui a été considérablement renforcé ces récentes années, une étude de la Drees parue fin 2024 ⁽¹⁾ constate une dégradation de l'accessibilité aux médecins généralistes et, dans une moindre mesure, aux infirmiers entre 2022 et 2023 et, inversement, une amélioration de l'accessibilité aux sages-femmes, masseurs-kinésithérapeutes et aux chirurgiens-dentistes sur la période. Selon la Drees, les inégalités d'accessibilité aux médecins généralistes, si elles sont inférieures à celles constatées pour les autres professions de santé étudiées, connaissent une dégradation significative entre 2022 et 2023 alors que la tendance est inverse pour les autres professions. Alors que le rapport entre l'accessibilité moyenne pour les 10 % de la population les mieux dotés et les 10 % de la population les moins bien dotés diminue légèrement pour l'accès aux sages-femmes (– 1 %) et est quasiment stable pour les infirmières, les chirurgiens-dentistes et les masseurs-kinésithérapeutes, ce rapport se dégrade fortement pour les médecins généralistes, montrant une croissance des inégalités de 5 % entre 2022 et 2023.

Pour le rapporteur, ce constat illustre l'urgence d'un élargissement des mesures de régulation de l'installation aux médecins prévu par l'article 1^{er}, qui sera de nature à permettre une réduction des inégalités territoriales d'accès aux soins, à l'instar de ce que constate la Drees pour les autres professions faisant l'objet d'une régulation.

(1) Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), « Accessibilité aux soins de premier recours en 2023 : dégradation de l'accessibilité aux médecins généralistes et aux infirmières, amélioration de l'accessibilité aux kinésithérapeutes, aux sages-femmes et aux chirurgiens-dentistes », 20 décembre 2024.

COMMENTAIRE DES ARTICLES

Article 1^{er}

Instauration d'une régulation de l'installation pour les médecins dans les zones sur-dotées

Supprimé par la commission

L'article 1^{er} instaure une régulation de l'installation des médecins consistant en l'ajout d'une nouvelle condition légale d'exercice ayant trait au choix lieu d'exercice.

Il instaure une procédure d'autorisation d'installation préalable à l'exercice de la médecine délivrée par le directeur général de l'agence régionale de santé, qui est de droit dans les zones caractérisées par des difficultés d'accès aux soins et est soumise à la cessation d'activité concomitante d'un médecin de la même spécialité dans les autres situations.

La liberté d'installation des médecins n'est pas supprimée, elle est encadrée pour limiter l'installation de médecins dans les zones disposant d'un accès aux soins médicaux suffisant.

I. L'ABSENCE DE RÉGULATION DE L'INSTALLATION DES MÉDECINS FAIT FIGURE D'EXCEPTION ET AGGRAVE LES INÉGALITÉS D'ACCÈS AUX SOINS

A. UNE RÉPARTITION TRÈS INÉGALE DES MÉDECINS CONDUISANT À DES DIFFICULTÉS SANITAIRES MAJEURES

1. Une situation particulièrement contrastée des départements français en matière de densité médicale

● Le constat d'une raréfaction et d'une distribution de plus en plus inégalitaire des médecins sur le territoire est connu et documenté depuis plusieurs années. Le creusement des inégalités entre régions est réel et massif : entre 2012 et 2021, le rapport entre la densité des 25 % de Français les mieux dotés et celle des 25 % les moins bien lotis est passé de 1,07 à 1,21, soit une augmentation de 13,1 %.

En prenant par exemple la densité médicale en activité totale pour 100 000 habitants en 2021, fournie par le Conseil national de l'Ordre des médecins ⁽¹⁾, il est possible de remarquer que si la moyenne nationale est de 279,8, certains départements ont une densité largement supérieure à ce chiffre. C'est le cas notamment des Hautes-Alpes (442,5), des Alpes-Maritimes (415,5), des

(1) https://demographie.medicin.fr/#c=indicator&i=demo_med.dens_tte_act&s=2021&view=map10

Bouches-du-Rhône (408,4), du Calvados (353,7), de la Corse-du-Sud (382), de la Gironde (422,1), de l'Hérault (427,3) et de la Ville de Paris (765,2). D'autres départements, à l'inverse, ont une densité très inférieure à la moyenne nationale. À ce titre, les collectivités d'outre-mer sont particulièrement concernées, notamment Mayotte (87,1) et la Guyane (225,9), mais également d'autres départements tels que l'Ain (170,9), la Seine-Seine-Denis (226,9) ou la Mayenne (173,7).

- Cette disparité est particulièrement forte pour la médecine libérale de spécialité, comme la Cour des comptes l'avait constaté dès 2017 ⁽¹⁾. Ainsi, 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). La Drees ⁽²⁾ a constaté que certaines spécialités étaient particulièrement concernées par ce constat, notamment la pédiatrie et la psychiatrie.

2. Les conséquences en cascade des disparités territoriales d'accès aux soins

- La situation ainsi décrite a des répercussions majeures et concrètes pour les patients. Tout d'abord, une corrélation nette peut être faite entre une densité médicale supérieure à la moyenne nationale et la proportion de médecins libéraux en secteur autorisé à pratiquer des dépassements d'honoraires. À Paris, par exemple, cette proportion est de 62 %, dans les Alpes-Maritimes de 42 % et en Gironde de 31 %. Le coefficient de corrélation entre ces deux variables est de 0,58 ⁽³⁾, sachant que celui-ci se situe entre – 1 (lorsqu'aucune corrélation n'est constatée) et + 1 lorsqu'une parfaite corrélation est constatée). La Cour des comptes avait alerté sur ce constat, en indiquant clairement que « *les zones de densités élevées de médecins et de nouvelles installations majoritaires en secteur 2 se superposent* » et que par conséquent « *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* » ⁽⁴⁾.

D'autres conséquences sont également bien établies, en particulier en ce qui concerne les délais de rendez-vous. La Drees a montré dès 2018 ⁽⁵⁾ que, pour certaines spécialités, le délai d'attente est de plus de deux mois (61 jours en dermatologie, 80 jours en ophtalmologie). Le délai dépasse même 189 jours dans un cas sur dix !

(1) 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.

(2) Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), « Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ? », Noémie Vergier et Hélène Chaput, Les dossiers de la Drees, n° 17, mai 2017.

(3) Assemblée nationale, rapport n° 4711 précité.

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

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

● L'état de la démographie médicale et la répartition très inégale des médecins sur le territoire ont également de graves conséquences pour nos services d'urgence. En effet, en 2003, l'obligation de participer aux permanences pour les médecins a été supprimée. Cela entraîne des difficultés structurelles, dans la mesure où seuls 38,1 % des médecins ont participé à la permanence des soins ambulatoires (PDSA) en 2019. Ce chiffre est en légère diminution par rapport à 2018 (39,8 %) ⁽¹⁾. Le Conseil national de l'Ordre des médecins parle même de « *désengagement des médecins libéraux* ». En conséquence, la désertification médicale entraîne logiquement une surcharge des services d'urgence. Selon la Cour des comptes, « *environ un patient sur cinq qui recourt aux services d'urgence des établissements de santé aurait pu, sinon dû, être pris en charge par un médecin de ville* » ⁽²⁾. Pour résoudre ce problème central, la Fédération hospitalière de France a proposé qu'une obligation de participation à la permanence de soins soit introduite dès le 1^{er} janvier 2023 ⁽³⁾.

B. DE NOMBREUX PAYS ONT SOUMIS LES MÉDECINS À UNE RÉGULATION TERRITORIALE DE L'INSTALLATION, COMME LE SONT DÉJÀ LES AUTRES PROFESSIONS MÉDICALES ET CERTAINES PROFESSIONS DE SANTÉ EN FRANCE

La liberté d'installation des médecins repose sur un principe ancien et trouve une traduction législative dans l'article L. 162-2 du code de la sécurité sociale, aux termes duquel : « ***Dans l'intérêt des assurés sociaux et de la santé publique, le respect de la liberté d'exercice et de l'indépendance professionnelle et morale des médecins est assuré conformément aux principes déontologiques fondamentaux que sont le libre choix du médecin par le malade, la liberté de prescription du médecin, le secret professionnel, le paiement direct des honoraires par le malade, la liberté d'installation du médecin, sauf dispositions contraires en vigueur à la date de promulgation de la loi n° 71-525 du 3 juillet 1971.*** »

Ce principe, s'il fait figure de principe fondamental, auquel les médecins sont particulièrement attachés, est toutefois motivé, au sens de l'article L. 162-2, par « *l'intérêt des assurés sociaux et de la santé publique* », et conditionné à « *l'absence de dispositions contraires en vigueur* ». Ainsi, il ne saurait en tant que tel primer sur l'intérêt des assurés sociaux et de la santé publique, ou sur de nouvelles dispositions législatives.

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

(2) Cour des comptes, décembre 2021, op. cit., p. 22.

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

1. En France, les autres professions médicales et certaines professions paramédicales voient déjà leur installation régulée par des accords conventionnels

● Les infirmiers ont été les premiers concernés, d'abord à titre expérimental en 2008, puis de façon plus pérenne en 2011, par l'intermédiaire d'un avenant à la convention entre l'assurance maladie et les infirmiers consacrant le principe « une arrivée pour un départ » dans les zones sur dotées. Cette convention est encadrée depuis 2007 par l'article L. 162-12-2 du code de la sécurité sociale, qui dispose que celle-ci doit définir *« 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 »*.

Les masseurs-kinésithérapeutes ont vu leur installation régulée dès 2017 par l'instauration du principe « une arrivée pour un départ » dans les zones sur-dotées à l'avenant 5 à la convention entre les organisations représentatives de la profession et l'assurance maladie. Plus récemment, cette régulation a été renforcée par l'avenant 7, signé le 13 juillet 2023, qui a pour effet d'étendre les zones considérées comme sur-dotées et où s'applique le principe « une arrivée pour un départ » (couvrant désormais 30 % de la population) et contraint en outre la première installation des étudiants démarrant leur formation en 2023 à un exercice dans une zone sous-dotée ou très sous-dotée à l'issue de leur formation.

Les sages-femmes sont également soumises à une régulation de leur installation selon un zonage territorial défini en 2012. Les nouvelles installations de sages-femmes dans les zones sur-dotées sont soumises au principe « une arrivée pour un départ », tandis que pour encourager l'installation dans les zones sous-dotées ou très sous-dotées, des mesures incitatives leur sont proposées.

Les chirurgiens-dentistes, qui bénéficient historiquement d'une totale liberté d'installation, s'inscrivent désormais dans un cadre de régulation territoriale de leur installation, en complément des mesures incitatives à l'installation qui ont révélé leurs limites. Cette régulation de l'installation a été organisée dans un cadre conventionnel par la signature, le 21 juillet 2023, de la nouvelle convention nationale des chirurgiens-dentistes libéraux entre l'assurance maladie et les syndicats représentatifs de la profession pour la période 2023-2028. Cette convention instaure une revalorisation des mesures incitatives à l'installation dans les zones sous-dotées⁽¹⁾ en contrepartie desquelles l'installation des professionnels dans les zones les mieux dotées (dites « non prioritaires ») est conditionnée au départ d'un professionnel en exercice.

● Nous disposons donc désormais d'un certain recul pour analyser l'application de cette mesure pour les professions concernées. En 2019, la Drees a conclu que, pour les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes et les sages-femmes, *« l'accessibilité s'améliore »*⁽²⁾ en 2016 et 2017, respectivement de 2,3 %, de 2,8 % et

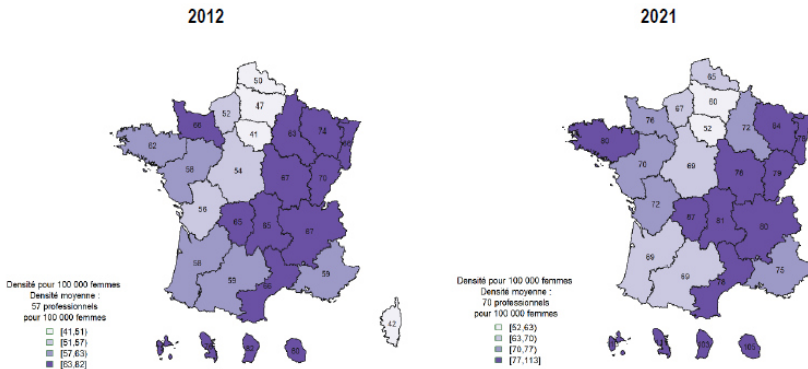
(1) L'aide forfaitaire à l'installation a été doublée et atteinte 50 000 euros pour cinq ans, l'aide au maintien d'activité a été portée de 3 000 euros à 4 000 euros par an et la part de la population couverte par ces territoires a été fortement étendue puisqu'elle couvre 30 % de la population contre 7 % antérieurement.

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

de 5,4 %. L'indice de Gini, permettant de mesurer les inégalités de répartition, 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, sachant toutefois que le conventionnement sélectif n'a été mis en place qu'en 2017, soit plus tardivement que pour les deux autres professions.

La Drees a également produit une analyse plus précise de la répartition territoriale des sages-femmes, dans laquelle elle indique que « *les disparités de répartition des sages-femmes au niveau régional sont relativement limitées par rapport à celles que l'on peut observer pour d'autres professions* »⁽¹⁾. Cette répartition est encore plus équitable lorsque l'on prend en compte la densité médicale standardisée.

Carte 8 • Densités régionales standardisées de sages-femmes (anciennes régions) en 2012 et 2020



médecins pour qu'ils prennent de nouveaux patients mais aussi installer des cabinets avec des médecins salariés. Un système similaire existe en Norvège, où les municipalités passent des contrats avec les médecins libéraux en vue d'une installation régulée.

Au Royaume-Uni, depuis la création du *National Health Service* (NHS) en 1948, la distribution géographique des médecins généralistes n'était pas régie par la voie conventionnelle mais par un pilotage national jusqu'en 2002. Depuis, ce sont des autorités décentralisées, les « groupes de soins primaires », qui ont cette responsabilité.

En Allemagne, ce type de régulation a été mis en place depuis les années 1990 : le nombre de médecins pouvant être conventionnés y est fixé dans chaque zone géographique. Le dispositif a été révisé en 2013, afin de prendre en compte l'évolution de la part de la population âgée.

En Autriche, les caisses d'assurance maladie et les chambres régionales des médecins ont la compétence de déterminer le nombre et la répartition des médecins conventionnés, en tenant compte des données locales.

Enfin, plusieurs provinces du Canada ont également mis en place des dispositifs similaires, notamment le Québec, où des effectifs cibles par région sont déterminés depuis les années 1990.

● Le conventionnement sélectif des médecins est donc déjà mis en place, parfois depuis plusieurs dizaines d'années, dans des États comparables à la France. L'effet de cette mesure est difficile à mesurer mais la Drees indique bien que « *ces quelques exemples montrent une distribution plus homogène dans certains pays qui régulent l'installation, sans que l'on puisse en tirer une conclusion générale, faute de pouvoir systématiser les comparaisons* » ⁽¹⁾. En particulier, en Allemagne, il est admis par certains experts que le conventionnement sélectif a permis d'améliorer la situation. Au Québec également, le ministère de la santé a constaté une meilleure répartition des médecins. Au Royaume-Uni, où le processus centralisé de régulation a été abandonné en 2002, les analystes constatent la différence de situation depuis la territorialisation de ce système : « *il semble bien que l'abandon d'une planification stricte des effectifs ait eu un impact négatif sur l'équité territoriale* » ⁽²⁾.

(1) Les dossiers de la Drees n° 89, op. cit., p. 39.

(2) Id., p. 40.

2. Une régulation territoriale de l'installation des médecins recommandée par de nombreuses études

● De nombreux rapports et études, provenant de différents organismes, ont recommandé, depuis plusieurs années, la mise en place du conventionnement sélectif pour les médecins en France. Cette option est ainsi promue par la Cour des comptes ⁽¹⁾, le Sénat ⁽²⁾, l'Assemblée nationale ⁽³⁾ et la direction générale du Trésor ⁽⁴⁾. Même le Conseil national de l'Ordre des médecins avait, en 2012 ⁽⁵⁾, envisagé la mise en place d'une telle mesure.

● Le sénateur Bruno Rojouan (groupe Les Républicains) a récemment défendu un encadrement de l'installation des médecins dans le cadre d'un rapport relatif aux inégalités territoriales d'accès aux soins, en proposant comme première recommandation de subordonner l'installation de nouveaux médecins dans les zones médicalement les mieux dotées, à un exercice avancé en temps partiel dans les zones les moins bien dotées ⁽⁶⁾. En juin 2021 déjà, un autre sénateur du groupe Les Républicains, M. Stéphane Sautarel, avait déposé avec plusieurs de ses collègues de divers groupes politiques une proposition de loi « *tendant à lutter activement contre les déserts médicaux* » ⁽⁷⁾. Celle-ci prévoit l'application, à titre expérimental pendant trois ans, d'un conventionnement sélectif pour les médecins.

● Enfin, une nouvelle fois en novembre 2024, la Cour des comptes s'est prononcée sans équivoque en faveur d'un rééquilibrage territorial de l'installation des médecins dans un rapport sur l'accueil et le traitement des urgences à l'hôpital : « *les mesures incitatives décrites ci-dessus contribuent à améliorer la continuité des soins en tirant le meilleur parti de la ressource médicale disponible mais elles peinent à compenser l'insuffisance globale de l'offre au regard des besoins en santé de la population et ne suffisent pas à corriger l'hétérogénéité de la densité de médecins sur le territoire. Les effets limités de ces mesures face à la dégradation de l'accès aux soins conduisent à la question du rétablissement de la participation obligatoire à la permanence des soins ambulatoires couplé à des mesures d'équilibrage territorial de l'installation des médecins afin de mieux répartir la charge de son exercice entre les médecins.* » ⁽⁸⁾

*

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

(2) Sénat, rapport d'information n° 282 (2019-2020) 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.

(3) Assemblée nationale, rapport n° 1185 précité (pp. 184 sq.).

(4) Trésor-Éco n° 247, op. cit., p. 10.

(5) Conseil national de l'Ordre des médecins, « Accès aux soins : recommandations du CNOM », 2012.

(6) Sénat, rapport d'information n° 137 précité, p. 96.

(7) <http://www.senat.fr/leg/pp120-675.html>

(8) Cour des comptes, « L'accueil et le traitement des urgences à l'hôpital », novembre 2024, p. 30.

En somme, l'absence de régulation par le cadre conventionnel entre les médecins et l'assurance maladie se traduit par une polarisation croissante des nouvelles installations de médecins dans les zones les mieux dotées et par un creusement des inégalités territoriales d'accès aux médecins. Face à l'insuffisance des mesures incitatives à garantir une répartition territoriale de l'offre de soins médicaux qui réponde à l'intérêt des patients et de la santé publique, le législateur se retrouve contraint de proposer une modalité de régulation alternative : la régulation de l'installation dans les zones les mieux dotées. Dans son récent rapport sur les inégalités territoriales d'accès aux soins, le sénateur Bruno Rojouan plaide pour une régulation de nature conventionnelle de l'installation, négociée dans le cadre d'un avenant à la convention liant les organisations syndicales représentatives des médecins libéraux et l'assurance maladie, mais celui-ci ne manque pas d'ajouter que *« faute de proposition, le législateur pourrait se substituer à la profession pour définir lui-même ce cadre »* ⁽¹⁾.

II. LE DROIT PROPOSÉ : ENCADRER LA LIBERTÉ D'INSTALLATION DES MÉDECINS DANS DES ZONES LES MIEUX DOTÉES SANS REMETTRE EN CAUSE LE LIBRE CHOIX DU LIEU D'EXERCICE

● Le présent article complète les dispositions du chapitre I^{er} du titre I^{er} de la quatrième partie du code de la santé publique, portant sur les conditions générales d'exercice des professions médicales. À cette fin, il complète les dispositions de l'article L. 4111-1 relatif aux conditions générales d'exercice des professions médicales qui concernent les médecins, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes.

En l'état actuel du droit, les trois conditions requises pour pouvoir exercer les professions médicales sont :

– être titulaire d'un diplôme ou certificat ou titre reconnu par les dispositions des articles L. 4131-1, L. 4141-3 et L. 4151-5 du code de la santé publique ;

– jouir de la nationalité française ⁽²⁾, andorrane, ou être ressortissant d'un État membre de l'Union européenne, de l'Espace économique européen, du Maroc ou de la Tunisie ;

– être inscrit au tableau de l'ordre de la profession, sous réserve des exceptions relatives aux praticiens des armées (article L. 4112-6) et aux praticiens à diplôme étranger ressortissant d'un État membre de l'Union européenne, de l'Espace économique européen qui sont quant à eux soumis à un régime de déclaration préalable pour un exercice temporaire et occasionnel (article L. 4112-7).

(1) Sénat, rapport d'information n° 137 précité, p. 95.

(2) Le dernier alinéa de l'article exonère de la condition de nationalité française les titulaires d'un diplôme français d'État pour les trois professions médicales.

Les trois premiers alinéas de l'article 1^{er} complètent les dispositions de l'article L. 4111-1 par une quatrième condition d'exercice applicable aux seuls médecins « autorisés à exercer en ville », prévue par le nouvel article L. 4111-1-3.

Les quatrième à septième alinéas de l'article 1^{er} définissent les contours de cette nouvelle condition d'exercice applicable aux seuls médecins libéraux, auxquels se rapporte le qualificatif « autorisés à exercer en ville ».

L'article 1^{er} n'instaure donc pas un conventionnement sélectif, dans la mesure où la régulation de l'installation n'est pas le fruit d'une négociation entre l'assurance maladie et les praticiens concernés, conditionnant leur conventionnement ou non par l'assurance maladie. Il s'agit d'une mesure de régulation de l'installation, qui conditionne l'autorisation d'exercice des médecins quel que soit le secteur d'installation (secteur 1, secteur 2 et secteur 3).

- Aux termes du nouvel article L. 4111-1-3, l'installation d'un médecin en activité libérale est soumise à une autorisation préalable, délivrée par le directeur général de l'ARS « compétente », c'est-à-dire du ressort territorial de la demande d'installation. Le directeur général de l'ARS est tenu de consulter préalablement à sa décision le conseil départemental de l'Ordre des médecins, lequel dispose d'un délai qui ne peut excéder trente jours pour rendre son avis.

Le pouvoir d'appréciation du directeur général de l'ARS est toutefois encadré par des conditions strictes, précisées aux sixième et septième alinéas, tenant à la densité médicale du lieu d'installation sollicité par le médecin.

- L'article distingue alors deux cas de figure :

- soit le lieu d'installation est situé dans une zone caractérisée par une offre de soins insuffisante ou des difficultés d'accès aux soins qui sont déterminées tous les deux ans par arrêté du directeur général de l'ARS, après concertation du conseil territorial de santé (article L. 1434-4), auquel cas l'autorisation d'installation est de droit ;

- dans les autres cas, l'autorisation d'installation est conditionnée à la cessation d'activité d'un médecin de la même spécialité et ne peut être délivrée dans le cas contraire.

Les deux derniers alinéas de l'article précisent que les conditions d'application de l'article seront déterminées par décret en Conseil d'État, pris après avis du Conseil national de l'Ordre des médecins, pour une entrée en vigueur à la date de publication du décret en Conseil d'État et au plus tard un an après la promulgation de la loi.

III. LES MODIFICATIONS APPORTÉES PAR LA COMMISSION

La commission a, dans un premier temps, **rejeté sept amendements de suppression de l'article 1^{er} ⁽¹⁾ avant de voter le rejet, contre l'avis du rapporteur, de l'article** modifié par plusieurs amendements :

- un amendement du rapporteur (AS84), visant à étendre la régulation de l'installation à l'ensemble des médecins, exerçant à titre libéral ou salarié ;

- deux amendements identiques (AS69 et AS77), adoptés contre l'avis du rapporteur, de M. Jean-François Rousset (groupe Ensemble pour la République) et Mme Stéphanie Rist (groupe Ensemble pour la République) de suppression de l'alinéa 7 subordonnant toute nouvelle installation au départ concomitant d'un médecin de la même spécialité dans les zones n'étant pas caractérisées par une offre de soins insuffisante ou des difficultés d'accès aux soins ;

- deux amendements identiques (AS72 et AS75) de M. Jean-François Rousset et Mme Stéphanie Rist (AS75), prévoyant la consultation des associations représentant les étudiants en médecine préalablement à l'élaboration du décret d'application de l'article, adoptés malgré une demande de retrait du rapporteur.

*

* *

(1) AS3 de M. Paul-André Colombani (groupe Libertés, Indépendants, Outre-mer et Territoires), AS8 de M. Thibault Bazin (groupe Droite Républicaine), AS25 de M. Thierry Frappé (groupe Rassemblement National), AS53 de M. Cyrille Isaac-Sibille (groupe Les Démocrates), AS68 de M. Jean-François Rousset (groupe Ensemble pour la République), AS74 de Mme Stéphanie Rist ainsi que plusieurs de ses collègues des groupes Ensemble pour la République et Horizons & Indépendants et AS82 de M. Frédéric Valletoux (groupe Horizons & Indépendants).

Article 2

Suppression de la majoration de la participation de l'assuré social en cas d'impossibilité de désigner un médecin traitant

Modifié par la commission

L'article 2 supprime la majoration de la participation de l'assuré social (« ticket modérateur ») quand le patient n'est pas en mesure de désigner son médecin traitant.

Cette suppression de majoration s'applique également en cas d'absence de possibilité pour l'usager de respecter un parcours de soins, faute de désignation du médecin traitant.

La commission a adopté l'article à l'unanimité, modifié par un amendement rédactionnel du rapporteur.

I. LA FONCTION DE MÉDECIN TRAITANT EST FRAGILISÉE PAR LE CONTEXTE ACTUEL DE DÉSSERTIFICATION MÉDICALE

A. L’AFFIRMATION DU MÉDECIN TRAITANT RÉPOND À UNE LOGIQUE D’UNE MEILLEURE ORGANISATION DU PARCOURS DE SOINS

1. Les missions du médecin traitant et ses modalités de désignation

Le rôle du médecin traitant dans la coordination du parcours de soins a été inscrit dans le droit par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie ⁽¹⁾. Ses tâches sont assignées par voie conventionnelle dans les conditions prévues par les articles L. 162-5, L. 162-14-1 et L. 162-15 du code de la sécurité sociale.

● Ainsi, aux termes de l'article 18 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie ⁽²⁾, le médecin traitant est investi des missions suivantes :

- contribuer à l'offre de soins ambulatoires ;
- assurer l'orientation des patients auprès des médecins correspondants dans le cadre du parcours de soins ;
- rédiger le protocole de soins, veiller à son suivi et se prononcer sur son renouvellement ;
- accompagner, le cas échéant, le patient dans sa réinsertion professionnelle en lien avec la médecine du travail ;

(1) Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, article 6.

(2) Arrêté du 20 juin 2024 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie, article 18.

- assurer la participation de ses patients aux actions de prévention, de dépistage et de promotion de la santé ;

- informer le patient du versement des données pertinentes nécessaires à la coordination des soins de la personne prise en charge dans son dossier médical partagé ;

- apporter au patient les informations lui permettant d’avoir accès à une permanence d’offre de soins ;

- assurer la continuité des soins de ses patients en cas de cessation d’activité, en particulier ceux atteints d’affections de longue durée ⁽¹⁾.

● **Le choix du médecin traitant est obligatoire** pour tous les assurés de plus de 16 ans ⁽²⁾ et se réalise indépendamment de la spécialité du praticien en question qui peut être un médecin généraliste comme un médecin spécialiste. Cette possibilité constitue un ajustement vis-à-vis de la fonction de médecin référent créée par la convention du 4 décembre 1998 ⁽³⁾, qui ne pouvait être exercée que par un médecin généraliste.

En outre, le médecin traitant n’est pas limité à un type d’exercice particulier. Il peut ainsi exercer en secteur libéral, hospitalier (article L. 162-3-5 du code de la sécurité sociale, alinéa 1). Il peut également être salarié d’une maison de santé ⁽⁴⁾, d’un centre de santé ⁽⁵⁾ ou d’un établissement ou service social et médico-social ⁽⁶⁾.

Enfin, aux termes du troisième alinéa de l’article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale, **il est possible de désigner plusieurs médecins conjointement comme médecin traitant.** Ceux-ci doivent, à cette fin, remplir deux conditions :

- exercer dans la même spécialité, d’une part ;
- réaliser cet exercice au sein d’un cabinet médical situé dans les mêmes locaux ou dans un centre de santé, tel que défini à l’article L. 6323-1 du code de la santé publique, d’autre part.

(1) Les affections de longue durée sont définies aux 3° et 4° de l’article L. 322-3 du code de la sécurité sociale. Elles regroupent un ensemble d’affections qui nécessitent des soins prolongés et des traitements particulièrement coûteux (hypertension artérielle sévère, maladie d’Alzheimer, tumeur maligne).

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

(3) Cour des comptes, Rapport public annuel, tome I, volume 1, deuxième partie, Chapitre 1^{er} : « Santé et cohésion sociale », p. 189, 12 février 2013.

(4) Plus spécifiquement d’une société interprofessionnelle de soins ambulatoires dont le statut est celui d’une maison de santé et qui prévoit l’exercice d’activités de premier recours notamment.

(5) Tel que défini à l’article L. 6323-1 du code de la santé publique.

(6) Parmi ceux énumérés à l’article L. 312-1 du code de l’action sociale et des familles.

Le médecin remplaçant qui prend en charge le patient et assure la continuité des soins du patient peut également être assimilé au médecin traitant ⁽¹⁾.

● **Pour les mineurs de moins de 16 ans, la déclaration est effectuée par au moins l'un des deux parents ou le titulaire de l'autorité parentale** auprès de l'assurance maladie ⁽²⁾. Il est, en outre, possible, pour tout assuré, de changer de médecin traitant à tout moment.

La déclaration simplifiée : « déclaration du choix du médecin traitant »

Afin de lutter contre le non-recours aux droits, l'assurance maladie assure un service de télédéclaration du médecin traitant :

– l'assuré peut ainsi utiliser un formulaire postal ou faire usage du portail de télédéclaration auquel a accès le médecin ;

– en cas d'accompagnement de l'assuré dans sa recherche de médecin traitant, la Cnam peut également enregistrer directement sa déclaration. Cette possibilité nécessite toutefois l'accord de l'assuré, afin de respecter la liberté du patient dans le choix de son praticien.

Source : Assurance maladie, consulté le 17 mars 2025, lien URL : <https://www.ameli.fr/assure/adresses-et-contacts/un-changement-de-situation/declarer-un-nouveau-medecin-traitant>

2. Les avantages conventionnels du médecin traitant

Jusqu'en 2026 et l'entrée en vigueur des dispositions de l'article 21 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie, le médecin traitant peut bénéficier du **forfait structure** visant à améliorer la gestion de leur cabinet et l'informatisation de leurs outils de consultation ⁽³⁾.

Au même titre que les autres médecins, il voit également une part de sa rémunération composée d'un **forfait sur objectif de santé publique (RSOP)**. Cette part représente, en moyenne, 5 185 euros annuels pour un médecin généraliste ⁽⁴⁾. Son calcul est réalisé sur la base de divers indicateurs relatifs à l'efficacité des prescriptions, au suivi des pathologies chroniques, aux actions de prévention.

(1) Arrêté du 20 juin 2024 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie, article 18-3.

(2) Id., article 18-2.

(3) Principalement du volet 2 du forfait ; source : site Assurance maladie, « Modernisation du cabinet médical avec le forfait structure », lien URL : <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/vie-cabinet/aides-financieres/modernisation-cabinet>

(4) Assurance maladie, « Rosp et forfait structure 2023 : une rémunération moyenne en augmentation de 2,5 % », 19 avril 2024, lien URL : <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/rosp-et-forfait-structure-2023-une-remuneration-moyenne-en-augmentation-de-25>

Enfin, le « **forfait patientèle médecin traitant** » (FPMT) bénéficie à l'ensemble des médecins libéraux conventionnés et déclarés comme médecins traitants exerçant en secteur à honoraires opposables ou ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ⁽¹⁾. Il est déterminé sur la base de la patientèle effective du médecin traitant pondérée par type patient, suivant leur âge et état de santé ⁽²⁾.

La création du « forfait médecin traitant » (FMT) effective à partir de 2026 :

Dans le cadre de la convention nationale organisant les rapports entre médecins libéraux et l'assurance maladie, **les syndicats de médecins libéraux et l'assurance maladie ont acté la création d'un forfait médecin traitant se substituant au FPMT, au forfait de rémunération pour objectif de santé publique ainsi qu'au forfait structure.**

Le « forfait médecin traitant » sera délié de l'activité du praticien et déterminé selon les caractéristiques de la patientèle.

Une attention spécifique sera portée sur le niveau de complexité du suivi médical.

Un patient en affection de longue durée âgé de plus de 80 ans pourra, à titre d'exemple, être valorisé à hauteur de 100 euros annuels pour un médecin généraliste.

Enfin, une majoration du tarif est prévue, de l'ordre de 10 euros par patient bénéficiaire de la « complémentaire santé solidaire » (C2S) ⁽¹⁾.

Pour une patientèle de taille moyenne, le FMT représentera une rémunération moyenne de 21 500 euros selon les études prévisionnelles de la Cnam ⁽²⁾.

(1) Assurance maladie, « Signature d'une nouvelle convention médicale entre l'Assurance maladie et les médecins libéraux », 4 juin 2024, lien URL : <https://www.assurance-maladie.ameli.fr/presse/2024-06-04-cp-signature-convention-medicale>.

(2) Id.

3. L'affirmation du médecin traitant comme recours de premier niveau

Le médecin traitant coordonne l'entrée dans le « parcours de soins » par des actions de prévention et de diagnostic de premier niveau. Il assure, en outre, une fonction de « synthèse médicale » ⁽³⁾ des différents éléments de prise en charge d'un patient qui limitent les surcoûts et inefficiences de l'offre de soins relevés par le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, dès 2004 ⁽⁴⁾.

(1) Praticiens relevant du secteur 1 ou de l'optam et optam-CO, lien URL :

<https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/facturation-remuneration/consultations-actes/maitrise-depassements-optam>

(2) En l'espèce le médecin constate la présence ou non d'une affection de longue durée afin de déterminer le montant d'une éventuelle majoration.

(3) Cour des comptes, Rapport public annuel, tome I, volume I, deuxième partie, Chapitre I^{er} : « Santé et cohésion sociale », p. 210, 12 février 2013.

(4) Rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, p. 153, 23 janvier 2004.

Son action a été renforcée par le développement du dossier médical partagé, dont il assure, aux termes du quatrième alinéa de l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale, la « mise en place » et la « gestion » ⁽¹⁾.

Du « dossier médical personnel » à « Mon espace santé » : le chantier de la numérisation du parcours de soins

Les dispositions des articles L. 161-36-1 et L. 162-5 du code de la sécurité sociale et L. 1111-8 du code de la santé publique régissent la création et le fonctionnement du dossier médical partagé. **Le DMP assure la coordination, la qualité et la continuité des soins en répertoriant notamment le suivi des actes et prestations de soins et de prévention en santé.**

Les données hébergées dans le cadre du DMP relèvent principalement des actions :

- de prévention et de diagnostic ;
- de soins ;
- de suivi social ou médico-social.

Son prédécesseur, le dossier médical personnel, avait été créé par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

La relance du DMP, renommé « dossier médical partagé », est intervenue le 1^{er} janvier 2017 après transfert de sa gestion à la Caisse nationale de l'assurance maladie.

Dans un souci de clarification et d'élargissement de l'offre numérique en santé, le DMP est progressivement remplacé par « Mon espace santé », décliné par la feuille de route du numérique en santé 2023-2027.

À ce jour, 65,7 millions d'assurés sont dotés d'un profil « Mon espace santé » ⁽¹⁾.

(1) Agence du numérique en santé, « Mon espace santé a un 1 an ! », 17 février 2023.

● L'obligation de désignation d'un médecin traitant, posée par l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale (*« tout assuré ou ayant droit âgé de seize ans ou plus indique à son organisme gestionnaire de régime d'assurance maladie le nom du médecin traitant qu'il a choisi, avec l'accord de celui-ci »*) constitue un écart vis-à-vis du principe de la liberté de choix de son praticien édicté par la « charte médicale » de 1927 ⁽²⁾. En effet, **la désignation du médecin traitant est, d'une part, obligatoire et emporte, d'autre part, des conséquences sur le niveau du reste à charge de l'assuré.**

● Ainsi, **une majoration du « ticket modérateur », défini à l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale, peut être appliquée aux ayants droit et assurés de plus de 16 ans n'ayant pas désigné de médecin traitant ou consultant un médecin sans prescription préalable de leur médecin traitant (article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale, alinéa 6).**

(1) Aux termes de l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale.

(2) Didier-Roland Tabuteau, « Les libertés médicales et l'organisation des soins en France », dans Titre VII, n° 11, octobre 2023.

Cette majoration pour absence de désignation du médecin traitant, correspond à une diminution du taux de prise en charge de la sécurité sociale, dans les conditions prévues par l'article R. 322-1-1 du code de la sécurité sociale.

Ainsi, **la majoration pour la seule absence de désignation du médecin traitant est fixée à 40 points**, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie pouvant, sur simple décision, faire varier ce taux entre 37,5 % et 42,5 % ⁽¹⁾.

Concernant les actes et consultations aux tarifs majorés en cas d'absence de respect du parcours de soins, la majoration est fixée à 17,5 % des tarifs applicables dans le parcours de soins coordonnés⁽²⁾.

Des exceptions existent néanmoins et sont fixées par voie législative (**article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale, alinéa 7, 1° à 5°**) et réglementaire (**articles D. 162-1-6 à D. 162-1-8**).

Ainsi, la majoration ne s'applique pas :

- en cas d'urgence (**article L. 162-5-3, alinéa 7, 1°**) ;
- lorsque la consultation est réalisée en dehors du lieu où réside de façon stable l'assuré social (**article L. 162-5-3, alinéa 7, 2°**) ;
- pour les actes et consultations réalisés par un médecin autre que le médecin traitant au titre de la permanence de soins (**article D. 162-1-6, 5°**) ;
- pour les actes et consultations spécifiques liés à la tabacologie, l'alcoologie ou la lutte contre les toxicomanies (**article D. 162-1-6, 6°**) ou à la médecine génétique (**article D. 162-1-6, 8°**) ;
- pour les actes et consultations de médecine préventive et assurant la promotion de la santé (**article D. 162-1-6, 5°**) ;
- pour les consultations des spécialités énumérées à l'**article D. 162-1-7** (gynécologie médicale, gynécologie obstétrique, ophtalmologie, psychiatrie et neuropsychiatrie) ;
- aux assurés dans l'année qui suit le départ à la retraite ou le changement de département du médecin désigné comme médecin traitant (**article L. 162-5-3, alinéa 7, 5°**) ;

(1) Décision du 22 janvier 2009.

(2) Article 1^{er} de l'arrêté du 28 juillet 2005 fixant le montant de la majoration prévue à l'article L. 162-26 du code de la sécurité sociale.

– pour certains cas particuliers (consultation de médecins militaires ⁽¹⁾, cas particulier des sages-femmes ⁽²⁾, établissement du certificat de santé ⁽³⁾, sur demande d'un infirmier exerçant en pratique avancée ⁽⁴⁾).

Par ailleurs, les actes réalisés pour le suivi d'un plan de soins, d'un protocole de soins ⁽⁵⁾ ou intervenant dans le cadre d'une séquence de soins traitant d'une même pathologie ne sont pas soumis à majoration (**article D. 162-1-6, 1°, 2° et 4°**).

● À la différence du droit commun où le ticket modérateur peut être partiellement pris en charge par l'assurance maladie complémentaire et ainsi diminuer le reste à charge total, **les majorations susmentionnées ne peuvent, en revanche, être prises en charge par les complémentaires santé.**

Elles s'appliquent également à tous les assurés y compris ceux habituellement exonérés de ticket modérateur ⁽⁶⁾.

L'effet significatif des majorations sur le niveau du ticket modérateur : l'exemple d'une consultation auprès d'un médecin généraliste

Pour une consultation auprès d'un médecin généraliste réalisée hors parcours d'un parcours de soins coordonné par un patient dépourvu de médecin traitant, **le montant du ticket modérateur augmente de 7,50 euros ⁽¹⁾ à 17,50 euros ⁽²⁾, soit une hausse supérieure à 200 % du montant initial.**

(1) Le montant du ticket modérateur ici indiqué correspond à un montant dont s'acquitte un patient consultant son médecin généraliste dans le cadre d'un parcours de soins coordonné, en ayant désigné préalablement un médecin traitant.

(2) Sénat, rapport n° 48 (2023-2024), fait au nom de la commission des affaires sociales sur la proposition de loi, adoptée par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels, par Mme Corinne Imbert, sénatrice.

(1) Article L. 162-5-3, alinéa 7, 3°.

(2) Article L. 162-5-3, alinéa 7, 4°.

(3) Article D. 162-1-6, 3°.

(4) Article D. 162-1-6, 11°.

(5) Les consultations réalisées dans le cadre d'un protocole de soins ne sont également pas soumises à majoration.

(6) Il s'agit ici principalement des assurés en affection de longue durée (ALD) et des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (C2S).

B. LA MAJORATION DU TICKET MODÉRATEUR EST CONTRE-PRODUCTIVE DANS UN CONTEXTE DE DÉSERTIFICATION MÉDICALE

1. La démographie médicale déclinante et l'évolution des pratiques professionnelles limitent l'offre en médecins traitants

Aux termes du rapport d'information réalisé par le sénateur Bruno Rojouan, la France est entrée, depuis 2022, dans une « *décennie noire médicale* »⁽¹⁾.

● Avec 237 000 médecins en activité au 1^{er} janvier 2024⁽²⁾, **la France enregistre, parmi les pays européens à l'exception du Luxembourg, la densité la plus faible de médecins** avec 340 médecins pour 100 000 habitants⁽³⁾.

Concernant les médecins généralistes, qui constituent la majorité des médecins traitants, la France a perdu 2 500 praticiens de cette spécialité entre 2022 et 2024⁽⁴⁾. Des prévisions de moyen terme estiment que cette diminution pourrait s'amplifier d'ici à 2028 avec la possibilité d'atteindre le seuil, jugé « *critique* » par le rapport du sénateur Bruno Rojouan, de 92 500 praticiens généralistes⁽⁵⁾ en exercice. Ces prévisions sont d'autant plus préoccupantes qu'elles tiennent compte du remplacement *numerus clausus* par un *numerus apertus*, en 2020.

Enfin, à une démographie médicale défavorable vient s'ajouter **l'évolution des pratiques professionnelles des médecins, qui tendent à délaisser la fonction de médecin traitant**. Selon la Fédération française des médecins généralistes (MG France), « *près de la moitié des médecins généralistes n'exerce pas comme médecins traitants* »⁽⁶⁾, au profit d'activités plus rémunératrices.

Lors de son audition, le Conseil national de l'Ordre des médecins a fait part à votre rapporteur de sa vive inquiétude au sujet de la part croissante de jeunes médecins généralistes qui abandonnent l'exercice de la médecine générale au profit de la médecine esthétique, tendance que le Conseil de l'Ordre peine à mesurer avec les outils statistiques dont il dispose à l'heure actuelle mais qu'il perçoit comme massive et qui réduit en proportion l'offre de médecins généralistes exerçant effectivement la médecine générale.

À cette évolution défavorable de l'offre vient s'ajouter un « effet demande » nourri par l'augmentation des soins programmés et les obligations légales de désignation d'un médecin traitant.

(1) Sénat, rapport d'information n° 137 précité, p. 8.

(2) Id., p. 24.

(3) Drees, « *Les dépenses de santé en 2023* », p. 171, édition 2024.

(4) Id., p. 156.

(5) Id., p. 8.

(6) Id., p. 25.

Il en résulte une situation de tension significative sur l'accès au médecin traitant. **Ainsi, en 2022, 6,36 millions d'assurés ne disposent pas d'un médecin traitant ⁽¹⁾ et, parmi eux, 472 000 sont des personnes atteintes d'affections de longue durée ⁽²⁾.**

En tendance, la situation est également marquée par un déséquilibre qui aboutit à ce que 65 % des médecins déclarent être amenés à refuser de nouveaux patients comme médecin traitant. Cette part est supérieure de 12 points à celle constatée en 2019 ⁽³⁾.

● **Selon la localisation, les conséquences du déséquilibre entre l'offre de médecins traitants et la demande des patients se traduisent de façon hétérogène.** Ainsi, dans une zone considérée comme sous-dotée, les médecins généralistes opposent, en moyenne, des refus plus importants aux patients en recherche de médecins traitants ⁽⁴⁾.

Dans certains territoires, comme en outre-mer, le manque de médecins susceptibles d'exercer la fonction de médecin traitant est criant. La Guyane et Mayotte compte ainsi respectivement 34 et 9 médecins généralistes ⁽⁵⁾ pour des populations de 295 385 et 320 901 habitants ⁽⁶⁾.

De plus, la Cour des comptes a constaté que les usagers faisaient face à de véritables difficultés dans la recherche d'un médecin traitant (absence de réponse à des sollicitations téléphoniques notamment) qui contribuaient d'autant à dégrader le « *parcours usager* » ⁽⁷⁾.

● **Si le développement de modalités d'exercice coordonné en médecine de ville** (maisons de santé, centre de santé, communautés professionnelles territoriales en santé) ou relevant d'actions « d'aller vers » (médico-bus) a pu atténuer cette situation de tension elle ne l'a, à l'évidence, pas corrigée.

Des progrès notables doivent être constatés concernant les patients en ALD, avec une diminution de 240 000 ⁽⁸⁾ patients sans médecin traitant entre 2023 et 2024.

(1) Id., p. 25.

(2) Assurance maladie, « Patients en ALD sans médecin traitant : la tendance s'inverse depuis le lancement du plan d'actions », 22 février 2024, consulté le 17 mars 2025, lien URL :

<https://www.ameli.fr/medecin/actualites/patients-en-ald-sans-medecin-traitant-la-tendance-s-inverse-depuis-le-lancement-du-plan-d-actions>

(3) Drees, « Les deux tiers des généralistes déclarent être amenés à refuser de nouveaux patients comme médecin traitant », *Études & Résultats*, n° 1267, mai 2023.

(4) La probabilité de refus est supérieure de 16 points que dans une zone bien dotée.

(5) Sénat, rapport d'information n° 137 précité, p. 26.

(6) Insee, Statistiques et études, « Estimation de la population au 1^{er} janvier 2023 », 24 janvier 2023.

(7) Cour des comptes, « L'organisation territoriale des soins de premiers recours », 13 mai 2024.

(8) Assurance maladie, « Patients en ALD sans médecin traitant : la tendance s'inverse depuis le lancement du plan d'actions », op. cit.

2. En conséquence, la majoration du ticket modérateur alimente les inégalités d'accès aux soins

La création, en 2004, des dispositifs de majoration du ticket modérateur est intervenue dans un contexte où la démographie médicale était bien moins dégradée et la désignation du médecin traitant facilitée.

Deux décennies plus tard, ce dispositif se heurte à la **baisse ininterrompue du nombre de praticiens en exercice et à leur répartition hétérogène sur le territoire.**

Pour preuve, 11 % des patients n'ont, à date, pas de médecin traitant ⁽¹⁾ et le directeur général de la Cnam, M. Thomas Fatôme, a récemment indiqué que la suppression de la majoration du ticket modérateur en l'absence de médecin traitant pouvait constituer une piste de travail ⁽²⁾.

Dès lors, la majoration du ticket modérateur, en dépit des exceptions existantes, pénalise une part significative des assurés et ce à deux titres.

- D'une part, sur le **plan financier**. En effet, la hausse du ticket modérateur induit une hausse automatique du reste à charge, en l'absence de prise en charge par l'assurance complémentaire de la majoration.

Les conséquences de l'augmentation du reste à charge sont, en outre, hétérogènes selon le profil économique des patients. Ainsi, pour un patient appartenant au premier dixième de niveau de vie, le reste à charge correspond à 6 % du revenu disponible contre seulement 2,6 % pour les ménages appartenant aux derniers déciles de niveau de vie ⁽³⁾.

Une majoration du reste à charge a donc un impact d'autant plus fort sur le niveau de vie que le patient appartient aux premiers déciles de niveau de vie. L'effet ainsi produit est donc largement régressif.

- D'autre part, **en matière de recours aux soins**, la hausse du ticket modérateur – et donc du reste à charge – pour les consultations réalisées hors d'un parcours de soins coordonné alimente le non-recours aux soins.

(1) Id., p. 25.

(2) *Assemblée nationale, Commission d'enquête relative à l'organisation du système de santé et aux difficultés d'accès aux soins, Audition du directeur général de la Cnam et du président de la MSA, compte rendu, 19 mars 2023.*

(3) Drees, « *La complémentaire santé* », édition 2024, p. 117, 10 juillet 2024.

En effet, la moitié des situations de renoncement aux soins est liée à l'ampleur du reste à charge ⁽¹⁾, particulièrement concernant les consultations de médecine spécialisée. Conjuguées à la désertification médicale, les dispositions de surtarification sont donc, en l'état, susceptibles de nourrir les inégalités de soins qui touchent principalement les territoires ruraux ⁽²⁾ et ultramarins.

II. LA SUPPRESSION DE LA MAJORATION DU TICKET MODÉRATEUR RÉPOND À UNE EXIGENCE DE JUSTICE SOCIALE ET DANS L'ACCÈS AUX SOINS

La proposition de loi vise à **mettre en cohérence les dispositions relatives aux majorations du ticket modérateur avec la réalité de la démographie médicale en France.**

● Elle s'inscrit dans la continuité des dispositions de l'article 10 de la loi n° 2023-1268 du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels, qui élargissaient les exceptions à la majoration du ticket modérateur. Ainsi, la majoration n'était pas applicable pour les assurés dont le médecin traitant était parti en retraite ou avait changé sa domiciliation professionnelle depuis moins d'un an ⁽³⁾.

● **L'article 2 de la présente proposition de loi** va plus loin et ajoute une exception, volontairement large, au droit existant (l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale).

Il prévoit que les dispositions du sixième alinéa de l'article L. 162-5-3 relatives à la majoration du ticket modérateur, en cas d'absence de désignation du médecin traitant ou de consultations et actes conduits hors d'un parcours de soins coordonné, ne sont pas applicables *« lorsque le patient ne parvient pas à désigner un médecin traitant »* ⁽⁴⁾.

Ainsi modifié, l'article L. 162-5-3 **tiendrait compte des situations où l'absence de personnel médical sur un territoire empêcherait l'assuré social de satisfaire à l'obligation légale de désignation d'un médecin traitant.**

En revanche, **il préserverait la possibilité d'appliquer les majorations dans les cas où l'assuré, indépendamment de la possibilité de désigner un médecin traitant, n'en n'aurait pas fait le choix.**

(1) Antoine Rode et Hélène Revil, Haut Conseil de la santé publique (HCSP), « Reste à charge, accès aux droits en santé et citoyenneté », dans *Actualité et dossier en santé publique (ADSP)*, « Reste à charge et santé », n° 102, p. 40, mars 2018.

(2) Pour les seules questions relatives à la dotation en professions médicales, quatorze départements présentent des fragilités significatives, dont le Gers, la Saône-et-Loire, le Loiret, le Cher et les Deux-Sèvres. Source : Sénat, rapport d'information n° 137 précité, p. 31.

(3) Article 10 de la loi n° 2023-1268 du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels et 5° de l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale.

(4) Article 2 de la présente proposition de loi.

Le pouvoir réglementaire demeure, sur ce point, libre de préciser les conditions dans lesquelles s'apprécie l'absence d'intention de l'assuré de désigner un médecin traitant.

III. LES MODIFICATIONS APPORTÉES PAR LA COMMISSION

La commission a adopté l'article à l'unanimité dans sa version précisée par un amendement rédactionnel du le rapporteur (AS87).

À cette occasion, **le rapporteur a également rappelé son attachement à la notion de médecin traitant**, qui joue un rôle central dans la définition du parcours de soins du patient.

*
* *

Article 3 **Territorialisation des études de santé**

Modifié par la commission

Le présent article propose d'inscrire dans la loi la prise en compte des territoires dans l'organisation des études médicales théoriques et pratiques.

Il fixe aux unités de formation et de recherche (UFR) en médecine l'obligation d'offrir, dans chaque département et en particulier dans les zones sous-dotées en médecins, des formations équivalentes à la première année d'études de santé.

Enfin, il crée l'obligation d'installer un centre hospitalier universitaire (CHU) dans chaque région, avec une entrée en vigueur progressive pour la Corse, prévue au 1^{er} janvier 2030.

La commission a adopté l'article amendé par un amendement rédactionnel.

I. LES CURSUS D'ÉTUDES EN SANTÉ SONT INSUFFISAMMENT TERRITORIALISÉS, CE QUI ALIMENTE LA DÉSERTIFICATION MÉDICALE

A. LA REFONTE DES CURSUS D'ÉTUDES EN SANTÉ PEINE À PRODUIRE DES EFFETS SUR LA RÉPARTITION TERRITORIALE DES PROFESSIONNELS :

1. La suppression du numerus clausus et le développement des « parcours d'accès spécifique santé » ne produiront des effets sur la désertification médicale qu'à moyen terme

Au cours des cinq dernières, les cursus d'études en santé ont connu des évolutions significatives avec **le remplacement du numerus clausus par le numerus apertus et la création des cursus dits « Pass-LAS ».**

Ces réformes ont eu un coût estimé à 125 millions d’euros sur quatre ans, principalement lié à la hausse de la subvention pour charges de service public des universités ⁽¹⁾.

• La suppression du *numerus clausus* au profit du *numerus apertus* est intervenue avec la promulgation de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l’organisation et à la transformation du système de santé ⁽²⁾.

Elle répondait à la nécessité de faire évoluer les modalités de recrutement des médecins afin de faire coïncider l’offre de soins avec une demande en croissance, alimentée par le vieillissement de la population et la multiplication des pathologies dites « chroniques ».

En effet, comme le rappelle l’étude d’impact annexée au projet de loi de 2019 ⁽³⁾, le pilotage prospectif du nombre de professionnels par le *numerus clausus* a conduit à une baisse très significative des recrutements sur la période 1980-2000, origine du déclin du nombre de professionnels en exercice. Ce facteur aggravant l’inégale répartition des professionnels sur le territoire a également nourri le mal-être des étudiants en santé, dont **près des deux tiers abandonnaient les études de santé à l’issue de la première année commune aux études de santé (Paces)** ⁽⁴⁾.

Néanmoins, **le rapporteur note que la suppression du *numerus clausus* n’a pas, à ce stade, produit des effets susceptibles d’inverser la tendance à la baisse de la démographie médicale.** Ainsi, la hausse du nombre d’étudiants admis en filière de médecine sous le régime du *numerus apertus* est inférieure à 20 %, pour l’année 2024, en comparaison de la dernière année du *numerus clausus* ⁽⁵⁾. En nombre d’étudiants admis en deuxième année, cette hausse est inférieure à 1 600 étudiants et ses effets sur la démographie médicale ne pourront être observés qu’à long terme, compte tenu de la durée des études de médecine ⁽⁶⁾.

• **Parallèlement, le développement des formations passerelles de préparation aux cursus de médecine ou en santé se heurte, selon votre rapporteur, à la faible territorialisation de cette offre, également jugée peu attractive.**

Le parcours d’accès spécifique santé (Pass) est une formation d’une année post-baccalauréat proposée par les universités dotées d’une unité de formation de recherche en santé. Elle permet aux étudiants de bénéficier d’une année de préparation complémentaire avant de présenter, s’ils le souhaitent, les épreuves d’accès à diverses professions de santé (maïeutique, médecine,

(1) Cour des comptes, « L’accès aux études de santé : quatre ans après la réforme une simplification indispensable », p. 9, décembre 2024.

(2) Article 1^{er}, modifiant les articles L. 631-1 et L. 632-1 du code de l’éducation.

(3) Projet de loi relatif à l’organisation et à la transformation du système de santé, Étude d’impact, pp. 15-16, 13 février 2019.

(4) Id, p. 17.

(5) Sénat, rapport d’information n° 137 précité, p. 84.

(6) Les études de médecine peuvent durer jusqu’à douze ans pour certaines spécialités. Source : Onisep, « Les Études de Santé : Les études de médecine », 12 novembre 2024.

odontologie, pharmacie et kinésithérapie)⁽¹⁾. En termes d'effectifs, les étudiants « Pass » sont au nombre de 25 300 en 2023⁽²⁾.

Votre rapporteur note que cette proportion représente une minorité des 224 900 étudiants en médecine⁽³⁾ et que la baisse des inscriptions, estimée à 6,9 % des étudiants entre 2022 et 2023⁽⁴⁾, pose la question de l'attractivité mais aussi de la lisibilité et de l'accès aux Pass.

Enfin, **la licence « accès santé » (LAS)** permet l'obtention d'un diplôme, au grade de licence, pour les étudiants qui suivent un cursus de majeure hors santé⁽⁵⁾ et une mineure liée au domaine. **Elle constitue un débouché possible pour les étudiants en Pass mais également une voie, après la première année, pour les étudiants souhaitant présenter les concours d'accès aux études de médecine.**

Ils bénéficient, ce faisant, d'un processus d'admission spécifique mais que les acteurs du milieu universitaire en santé considèrent comme peu exigeant et source d'échecs futurs. Ainsi, l'Association nationale des étudiants en médecine de France (ANEMF) relevait, en 2024, la hausse des phénomènes d'abandon d'études qu'elle liait, pour partie, aux dispositifs passerelles « Pass-LAS »⁽⁶⁾. Ce phénomène contribuerait, à son tour, à des départs d'étudiants pour des cursus à l'étranger, dont la qualité n'est pas toujours garantie.

2. En outre, elle ne compense que marginalement les inégalités de santé en l'absence de régulation

Si la hausse du nombre d'étudiants en cursus de santé est une nécessité, votre rapporteur rappelle qu'une ouverture non régulée des places sans territorialisation de l'offre, est susceptible d'alimenter les inégalités d'accès aux professionnels. Ce constat a d'ailleurs été nourri par la récente communication de la Cour des comptes à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale sur ce thème⁽⁷⁾.

● En effet, une étude récente du Conseil national de l'Ordre des médecins rappelle qu'un des **principaux déterminants jouant dans l'installation des jeunes médecins est relatif à la présence de services publics de qualité.**

Ainsi, **60 % des répondants estiment que la présence des services publics constitue le principal facteur susceptible de jouer dans leur décision d'installation⁽⁸⁾.**

(1) Sénat, rapport d'information n° 137 précité, p. 78.

(2) Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, « Note flash du SiES », n° 6, juin 2023.

(3) Id.

(4) Id.

(5) Comme l'économie, l'histoire ou le droit.

(6) Id, p. 79.

(7) Cour des comptes, « L'accès aux études de santé : quatre ans après la réforme une simplification indispensable », décembre 2024.

(8) Conseil national de l'Ordre national des médecins, « Étude sur l'installation des jeunes médecins », p. 13, 11 avril 2019.

Dès lors, votre rapporteur considère que la hausse de l'offre de formation en santé doit être concomitante d'un réinvestissement dans les services publics dans les territoires sous-dotés et d'une territorialisation de l'offre de formation.

B. LE DÉVELOPPEMENT D'ANTENNES TERRITORIALES DE FORMATION DANS LES ZONES SOUS-DOTÉES EST DONC NÉCESSAIRE AFIN D'ASSURER L'INSTALLATION DES PROFESSIONNELS

1. En effet, le consensus scientifique a établi l'existence d'un lien de corrélation entre le lieu d'études, son lieu de naissance et son lieu d'installation

- Au-delà de la présence de services publics, les études scientifiques et institutionnelles **convergent pour établir un lien de corrélation entre le lieu de naissance et d'études des professionnels de santé et celui où ils exercent.**

Ainsi, 50 % des médecins généralistes formés en 2000 exercent, en 2019, à moins de **85 kilomètres de leur commune de naissance et 50 % à moins de 43 kilomètres de leur université d'internat** ⁽¹⁾.

La création d'antennes universitaires dans les territoires sous-dotés est donc susceptible d'encourager cette tendance et ce au bénéfice des « déserts médicaux ». Elle viendrait utilement compléter le dispositif de régulation, prévu à l'article premier, **en incitant les jeunes médecins qui conservent des liens familiaux et estudiantins à s'installer sur un territoire sous-doté.**

2. Le droit existant ne tient pas compte de la nécessité de territorialiser l'offre d'études en santé

- En l'état, l'article L. 632-1 du code de l'éducation, qui pose les principes d'organisation des études de santé, ne mentionne que marginalement la territorialisation de l'offre de formation.

En ce sens, il n'existe aucune obligation positive pour la puissance publique de garantir une couverture territoriale minimale dans les cycles d'études. La seule mention des zones sous-dotées en médecins ⁽²⁾ vient au troisième alinéa de l'article, qui prévoit une simple évaluation, sur une base triennale, des propositions d'offres de stage dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante.

- De même, le droit ne prévoit pas le maintien d'une offre minimale de formation hospitalo-universitaire dans chaque région (article L. 6141-2 du code de la santé publique). Certains territoires, comme celui couvert par la collectivité de Corse, ne disposent pas d'un plateau technique adéquat et le manque de formation

(1) Insee, « Les médecins généralistes libéraux s'installent souvent à proximité de leurs lieux de naissance ou d'internat », novembre 2024.

(2) Telles que définies à l'article L. 1434-4 du code de la santé publique.

sur place alimente la désertification médicale. Pour la Corse, le nombre de patients transférés, chaque année hors de l'île faute de capacité de prise en charge, est estimé à 26 000 ⁽¹⁾.

II. LA PROPOSITION DE LOI PERMET D'ASSURER UNE OFFRE DE FORMATION MINIMALE DE PREMIER CYCLE DANS LES TERRITOIRES SOUS-DOTÉS

L'article 3 de la présente proposition de loi prévoit donc de modifier les articles L. 632-1 du code de l'éducation et L. 6141-2 du code de la santé publique.

● Ainsi modifié, l'article L. 632-1 du code de l'éducation disposera que *« les études médicales théoriques et pratiques sont organisées par les unités de formation et de recherche en médecine de manière à garantir un accès démocratique, déconcentré et de proximité sur l'ensemble du territoire national »*. Par conséquent, l'article 3 de la présente proposition de loi inscrit dans la loi **la prise en compte des territoires dans la définition des offres d'études en santé**.

À ce principe général s'ajoute **l'obligation pour chaque unité de formation et de recherche (UFR) de proposer, dans chaque département et en particulier dans les zones sous-dotées en médecins ⁽²⁾, une offre de formation équivalente à la première année du premier cycle d'études de santé ⁽³⁾** (3 et 4 de l'article 3 de la présente proposition de loi, modifiant l'article L. 632-1 du code de l'éducation).

● Concernant la couverture territoriale en centre hospitalier universitaire (CHU), il prévoit d'inscrire à l'article L. 6141-2 du code de la santé publique l'obligation d'assurer une couverture minimale d'un CHU par région. L'entrée en vigueur de ces dispositions est prévue pour le 1^{er} janvier 2030.

Sur le cas spécifique de la Corse, le texte reprend les principales dispositions de la proposition de loi visant à la création d'un centre hospitalier universitaire en Corse, adoptée en première lecture à l'Assemblée nationale le 3 décembre 2024 ⁽⁴⁾. Il prévoit qu'un décret pris après la consultation préalable de l'Assemblée de Corse déterminera le calendrier et les modalités de création progressive du CHU. Plus spécifiquement, celle-ci pourra se dérouler en deux temps avec la création préalable d'un centre hospitalier régional avant l'installation d'un CHU au sein du chef-lieu de la collectivité de Corse.

(1) Proposition de loi n° 341 de M. Paul-André Colombani visant à la création d'un centre hospitalier universitaire en Corse, enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 15 octobre 2024.

(2) Telles que définies au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique.

(3) À savoir des études de médecine, de pharmacie, d'odontologie et de maïeutique.

(4) T.A. n° 13.

III. LES MODIFICATIONS APPORTÉES PAR LA COMMISSION

La commission a adopté un amendement rédactionnel (AS88) du rapporteur, visant à insister sur la notion de proximité dans l'accès aux études de santé.

*
* *

Article 4

Rétablissement d'une permanence obligatoire de soins ambulatoires

Modifié par la commission

Le présent article crée une obligation de permanence de soins ambulatoires pour l'ensemble des médecins installés en ville.

L'organisation de cette obligation de permanence demeure à la discrétion des agences régionales de santé.

La commission a adopté l'article, modifié par un amendement rédactionnel.

I. LA SUPPRESSION DE LA PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES EST LA SOURCE DES DIFFICULTÉS DE PRISE EN CHARGE EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

A. L'ABSENCE DE PERMANENCE DE SOINS AMBULATOIRES OBLIGATOIRE RÉDUIT L'OFFRE DE SOINS NON PROGRAMMÉS, AU DÉTRIMENT DE LA QUALITÉ DE PRISE EN CHARGE

1. La permanence de soins est l'instrument central de régulation des soins non programmés

● La permanence de soins est, aux termes de l'article L. 6314-1 du code de la santé publique, une **mission de service public assurée par les établissements de santé en collaboration avec les médecins exerçant une activité libérale**. Elle a vocation à répondre à la demande de soins non programmés (SNP) qui peuvent être définis comme des « *soins qui ne relèvent pas de l'urgence vitale mais pour lesquels une prise en charge par un professionnel de santé est souhaitable en moins de 48 heures* » ⁽¹⁾.

Son organisation est assurée, depuis 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

(1) Ministère du travail de la santé, des solidarités et des familles, « L'organisation et la facturation des soins non programmés en ambulatoire », 20 janvier 2025, consulté le 18 mars 2025, lien URL : <https://sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/article/l-organisation-et-la-facturation-des-soins-non-programmes-en-ambulatoire>

« HPST »), par les ARS, qui assurent les collaborations entre les établissements de santé, les professionnels libéraux et, plus largement, tout professionnel de santé « *ayant conservé une pratique clinique* » ⁽¹⁾.

L'accès à la permanence de soins est réalisé sous le contrôle des ARS par le biais d'un **numéro national de permanence de soins** (le 116 117 ⁽²⁾) ou du **numéro national d'aide médicale urgente** (le 112 ou le 15). À titre plus ponctuel, les numéros de plateformes de soins interconnectés avec le numéro d'accès à la régulation de l'aide médicale urgente peuvent être également sollicités.

● En termes chiffrés, les soins non programmés relevant des structures de permanence de soins représentent **35 millions de consultations pour la seule médecine de ville** ⁽³⁾.

Concernant les établissements de santé, **il est estimé qu'entre 20% et 40% des patients fréquentant les services d'urgences** ne relèvent pas de ce plateau technique et **pourraient être mieux traités par des structures de soins non programmés** ⁽⁴⁾. Pondérée par le nombre estimé de passages aux urgences en 2022 ⁽⁵⁾, **la part des passages relevant des soins non programmés varierait entre 4 et 8 millions de passages** ⁽⁶⁾.

Par conséquent, **la gestion des soins non programmés** constitue à la fois un enjeu majeur d'accès aux soins mais également organisationnel pour les établissements de santé.

2. La suppression de la permanence des soins en ville a contribué à engorger les services d'urgences et à une dégradation de l'accès aux soins

● **La permanence de soins est une mission de service public qui traduit une volonté d'assurer une « responsabilité populationnelle en santé »** ⁽⁷⁾. Chaque acteur, quel que soit son statut, est investi d'une fraction de la mission de service public et ce afin de garantir une couverture de soins optimale.

(1) Article L. 6314-1 du code de la santé publique : il s'agit ici principalement des praticiens en situation de cumul emploi-retraite.

(2) Décret n° 2016-1012 du 22 juillet 2016 relatif à la mise en place d'un numéro d'appel national d'accès à la permanence des soins ambulatoires.

(3) Thomas Mesnier, Rapport remis à la ministre des solidarités et de la santé : « Assurer le premier accès aux soins : organiser les soins non programmés dans les territoires », mai 2018.

(4) Mission flash sur les urgences et les soins non programmés, François Braun, p. 24, juin 2022.

(5) Estimé à 20,9 millions selon la Cour des comptes, « L'accueil et le traitement des urgences à l'hôpital : des services saturés, une transformation indispensable du parcours des patients », p. 18, novembre 2024.

(6) En reprenant les données du rapport Braun et en posant l'hypothèse que chaque patient effectue le même nombre de passages.

(7) Telle que définie à l'article 20 de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

À cet effet, on distingue la **permanence des soins en établissement** (PDSES) ⁽¹⁾, qui donne lieu à des engagements formalisés de chaque établissement avec l'ARS ⁽²⁾, de la **permanence des soins ambulatoires** (PDSA), fondée sur le volontariat des praticiens libéraux.

La **permanence des soins ambulatoires** joue un rôle de régulation de premier niveau par la prise en charge des demandes de soins non programmés aux horaires durant lesquels les structures de soins de ville sont habituellement fermées (les nuits de 20 heures à 8 heures, les dimanches et les jours fériés).

La **permanence des soins en établissements de santé** est, quant à elle, restreinte au seul champ de la médecine, de la chirurgie et de l'obstétrique (MCO)⁽³⁾. Elle donne lieu à une mobilisation de 6 775 professionnels de santé en 2022 ⁽⁴⁾ et garantit, *a minima*, la prise en charge au sein d'une structure de soins, d'un établissement de santé en aval et dans les réseaux de médecine d'urgence la nuit, le week-end ⁽⁵⁾ et les jours fériés. Elle se traduit par :

- une présence continue (la « garde sur place ») au sein de l'établissement de santé ;
- une astreinte opérationnelle à domicile ;
- une astreinte de sécurité pour les disciplines n'étant pas sollicitées régulièrement.

En termes de répartition entre les établissements publics et les établissements privés, les dernières données disponibles démontrent que **les établissements publics et les établissements de santé privé d'intérêt collectif contribuent à 87 % des gardes réalisées dans le cadre de la PDSES** ⁽⁶⁾. Si la directrice générale de l'offre de soins (DGOS), Mme Marie Daudé, a rappelé que cette situation provenait d'une volonté des établissements publics d'assurer la majeure partie de la PDSES ⁽⁷⁾, elle souligne que cette situation doit être amenée à évoluer.

• La question de l'articulation entre la PDSA et la PDSES est récurrente depuis vingt ans – **la suppression de l'obligation de permanence en médecine de ville intervenant en 2003**, à la suite d'un long mouvement de grève des médecins généralistes.

(1) Qui inclut l'ensemble des établissements de santé privés d'intérêt collectif, les cliniques privées et les établissements publics de santé.

(2) Dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (Cpom).

(3) Article L. 6111-1-3 du code de la santé publique.

(4) Rapport fait au nom de la commission des affaires sociales sur la proposition de loi visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels par M. Frédéric Valletoux, p. 39, 7 juin 2023.

(5) Qui débute à partir du samedi midi.

(6) Id.

(7) Assemblée nationale, Commission d'enquête relative à l'organisation du système de santé et aux difficultés d'accès aux soins, Audition de la directrice générale de l'offre de soins et de l'Agence nationale sanitaire et de la performance médico-sociale, compte rendu, 19 mars 2023.

Cette décision, prise par M. Jean-François Mattei, alors ministre de la santé, a aujourd'hui pour principale conséquence d'augmenter **la charge de la gestion des demandes de soins non programmés sur les établissements publics de santé**. Cette situation est d'ailleurs renforcée par l'absence de permanence de soins obligatoire pour les praticiens exerçant en établissement de santé privé. Elle alimente, de fait, le malaise des professionnels des services d'urgence dont la charge de travail augmente à mesure que les conditions d'exercice se dégradent ⁽¹⁾.

Enfin, et si aucun lien de causalité n'a été formellement établi avec la suppression de la permanence de soins en médecine de ville, **la France présente un taux d'accès aux soins non programmés (43 %) de 20 points inférieur à celui des meilleurs pays européens comme la Norvège (65 %) ⁽²⁾ ou les Pays-Bas (70 %) ⁽³⁾**.

B. LES OUTILS DÉVELOPPÉS EN SUBSTITUTION N'ONT PAS PERMIS DE RÉPONDRE À LA DIMINUTION DE LA PRISE EN CHARGE EN SOINS NON PROGRAMMÉS

1. Des alternatives à l'obligation de permanence : les services d'accès aux soins et les antennes de médecine d'urgence

• En substitution d'une obligation de permanence de soins, **des dispositifs d'incitation** se sont développés sous la forme de **services d'accès aux soins (SAS)** et d'antennes de médecine d'urgence.

Les SAS ⁽⁴⁾ ont été créés sur la base des travaux menés dans le cadre du « Pacte de refondation des urgences ».

Ils assurent **une fonction de régulation de la demande de soins par le biais d'une plateforme téléphonique unique** opérée par un assistant de régulation médicale.

Celui-ci assure, dans un premier temps, **une qualification du besoin** avant d'orienter le patient vers un assistant de régulation médicale d'urgence ou un opérateur de soins non programmés (OSNP).

Le besoin est ensuite précisé par les praticiens régulateurs d'urgence (pour les services d'urgences) et libéraux (pour les OSNP) qui peuvent prendre les mesures adaptées ⁽⁵⁾.

(1) Cour des comptes, « L'accueil et le traitement des urgences à l'hôpital : des services saturés, une transformation indispensable du parcours des patients », p. 24, novembre 2024.

(2) L'indicateur est établi sur la base du nombre de répondants déclarant qu'il était « très ou assez facile » d'obtenir des soins médicaux sur des plages atypiques (nuit, week-end, jours fériés) sans se rendre aux urgences.

(3) Cour des comptes, « L'organisation territoriale des soins de premier recours », p. 41, mai 2024.

(4) Tels que définis à l'article L. 6311-2 du code de la santé publique.

(5) Déclencher l'intervention d'une structure mobile d'urgence et de réanimation (Smur) pour le médecin régulateur d'urgence ou organiser une prise de rendez-vous de contrôle pour le praticien exerçant en ONSP.

À ce jour, l'ensemble du territoire national est couvert par un SAS, à raison d'un par département⁽¹⁾. Le bilan de leur mise en œuvre est jugé positivement par la Cour des comptes, qui note toutefois que l'architecture d'organisation des soins non programmés gagnerait à être « *consolidée* »⁽²⁾.

Les **antennes de médecine d'urgence** sont des structures de second niveau rattachées à des structures d'urgences. À la différence de celles-ci, elles bénéficient d'une amplitude horaire réduite, dans la limite d'un minimum de douze heures de service continu⁽³⁾. Le principal apport des antennes de médecine d'urgence réside dans la meilleure répartition qu'elles permettent de la charge des services d'urgence. En effet, elles contribuent à prendre en charge les patients nécessitant un plateau technique moins important.

Le bilan de leur déploiement n'est, à ce stade, pas disponible compte tenu des délais d'autorisation nécessaires à la création des antennes de médecine d'urgence (de l'ordre de douze à dix-huit mois)⁽⁴⁾.

● En dépit des moyens financiers mis en œuvre⁽⁵⁾ et des avancées réalisées, **votre rapporteur remarque la persistance des déséquilibres liés à la suppression de l'obligation de permanence de soins en ville.**

En ce sens, il note que le taux de participation des médecins libéraux à la dispensation des soins dans le cadre d'une permanence de soins ambulatoires – bien qu'en hausse – demeure faible (39,4 % en 2023 contre 35,5 % en 2022)⁽⁶⁾. Il remarque également la prégnance de disparités territoriales fortes, le taux de participation des médecins libéraux variant entre un minimum de 8 % à Paris à un maximum de 82 % dans les Vosges⁽⁷⁾.

(1) Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles, « Tout savoir sur le SAS (service d'accès aux soins) », lien URL : <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/segur-de-la-sante/le-service-d-acces-aux-soins-sas/article/tout-savoir-sur-le-sas-service-d-acces-aux-soins>

(2) Cour des comptes, « L'accueil et le traitement des urgences à l'hôpital : des services saturés, une transformation indispensable du parcours des patients », p. 26, novembre 2024.

(3) Articles R. 6123-18 à R. 6123-25 du code de la santé publique.

(4) Cour des comptes, « L'accueil et le traitement des urgences à l'hôpital : des services saturés, une transformation indispensable du parcours des patients », p. 14, novembre 2024.

(5) Le coût annoncé du « Pacte de refondation des urgences » sur la période 2019-2022 est de 750 millions d'euros. Source : « Pacte de refondation des urgences : dossier de presse », p. 4, 9 septembre 2019.

(6) Id.

(7) Cour des comptes, « L'accueil et le traitement des urgences à l'hôpital : des services saturés, une transformation indispensable du parcours des patients », p. 28, novembre 2024.

2. Les avancées des lois Rist et Valletoux et le point aveugle de l'obligation de permanence

● Si votre rapporteur accueille favorablement les évolutions introduites par les différentes lois promulguées sur ce thème, il est convaincu de la nécessité de parachever les actions entreprises en 2023.

En effet, la loi n° 2023-379 du 19 mai 2023 (dite « Rist 1 ») portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé ⁽¹⁾ a introduit, dans une logique de « responsabilité populationnelle », **le principe de responsabilité collective des établissements de santé, des professionnels de santé ⁽²⁾ et des titulaires des autorisations de l'ARS ⁽³⁾ dans l'organisation de la permanence des soins.**

Suivant une perspective similaire, la loi n° 2023-1268 du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels (dite « Valletoux ») **a renforcé les exigences de permanence de soins auxquelles sont soumis les établissements de santé privé (PDSES).**

Ainsi modifié, l'article L. 6111-1-3 du code de la santé publique offre au directeur général de l'ARS territorialement compétente la possibilité, en cas de carence, de réunir les représentants des établissements et des professionnels de santé du territoire afin de répondre aux besoins identifiés. En cas de carence persistante, le directeur peut, d'office, désigner les établissements, quel que soit leur statut, chargés d'assurer la permanence de soins.

● Si ces textes assurent, d'après votre rapporteur, des avancées notables dans l'accès aux soins non programmés, **la question de la permanence de soins ambulatoires demeure un point aveugle des dispositifs mentionnés.**

II. LA PROPOSITION DE LOI S'INSCRIT DANS LA CONTINUITÉ DU RENFORCEMENT DE LA RÉGULATION DE LA PERMANENCE DE SOINS PAR LE RÉTABLISSEMENT D'UNE OBLIGATION DE GARDE EN VILLE

● **L'article 3 de la présente proposition de loi** vise, en conséquence, à rétablir l'obligation de permanence de soins en ville pour les médecins, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes et les infirmiers diplômés d'État.

Modifié par la proposition de loi, l'article L. 1110-4-1 du code de la santé publique **ne limiterait plus les professions susmentionnées à une simple responsabilité collective en matière de permanence de soins.**

(1) En son article 7.

(2) Médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et infirmiers diplômés d'État.

(3) Il s'agissait des titulaires de l'autorisation prévue à l'article L. 6122-1 du code de la santé publique.

Il créerait, en effet, une obligation positive de participation de chaque type d'établissement et de professionnel, dont les modalités pourraient être définies par voie réglementaire sous la supervision des ARS.

III. LES MODIFICATIONS APPORTÉES PAR LA COMMISSION

La commission, sur l'avis favorable du rapporteur, a adopté un amendement (AS54) de M. Cyrille Isaac-Sibille (groupe Les Démocrates), précisant que l'obligation de permanence des soins en ville s'applique à l'ensemble des praticiens spécialistes, de médecine générale, libéraux ou salariés des centres de santé.

*

* *

Article 5

Gage de recevabilité financière

Adopté par la commission

La présente proposition de loi, qui prévoit une exonération de majoration de ticket modérateur pour les patients sans médecin traitant, ainsi que l'extension des obligations de participation à la permanence des soins ambulatoires, est de nature à accroître la charge supportée par les organismes de sécurité sociale.

Elle prévoit également l'obligation de proposer, dans chaque département, une offre minimale de formation ainsi qu'une couverture d'un CHU par région. Ces dispositions sont de nature à accroître la charge supportée par les administrations de l'État.

Pour ces raisons, l'article 5 prévoit une compensation de chacune de ces charges respectives, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle à l'accise sur les tabacs prévue au chapitre IV du titre I^{er} du livre III du code des impositions sur les biens et services.

*

* *

TRAVAUX DE LA COMMISSION

Lors de sa première réunion du mercredi 26 mars 2025, la commission examine la proposition de loi visant à lutter contre les déserts médicaux, d'initiative transpartisane (n° 966) (M. Guillaume Garot, rapporteur) ⁽¹⁾.

M. le président Frédéric Valletoux. Nous examinons aujourd'hui deux propositions de loi, en commençant par celle relative à la lutte contre les déserts médicaux, qui est inscrite à l'ordre du jour de la séance publique mardi 1^{er} avril, dans le cadre des journées réservées aux textes transpartisans.

M. Guillaume Garot, rapporteur. Nous sommes nombreux, et depuis longtemps, à alerter sur l'urgence de la désertification médicale, qui crée une inégalité majeure. Certains de nos concitoyens n'ont plus de médecin. Ils sont en situation de détresse, après que leur médecin généraliste est parti à la retraite sans être remplacé. Ils mettent des semaines, voire des mois, à obtenir un rendez-vous chez un spécialiste.

Pour 8 millions de Françaises et de Français, la situation n'est plus supportable, faute de médecin traitant, voire de médecin tout court. Des départements entiers sont dépourvus de certains praticiens, comme les gynécologues. En bout de chaîne, les urgences craquent sous la pression de patients qui n'ont plus d'autre choix pour se soigner.

Dans un pays où le droit à la santé a valeur constitutionnelle, l'urgence grandit, parce que toutes les solutions expérimentées depuis tant d'années ne suffisent plus. Et force est de constater que nous avons laissé se créer, ici des concentrations de médecins, là des déserts.

Dans les Hautes-Alpes, le nombre de médecins généralistes par habitant est trois fois supérieur à celui de l'Eure-et-Loir. À Paris, le nombre d'ophtalmologues et de pédiatres par habitant est dix-sept fois supérieur à celui de la Creuse. À Paris, encore le nombre de dermatologues par habitant est vingt et une fois supérieur à celui de la Meuse. Surtout, ces inégalités entre les territoires, et donc entre les patients, se sont aggravées. Entre 2010 et 2023, le nombre de médecins par habitant a diminué de 15,7 % dans la Creuse, de 12,3 % dans l'Indre, de 13,3 % dans le Gers. Dans le même temps, ce nombre a augmenté de 27,9 % dans les Hautes-Alpes, de 22,6 % dans les Pyrénées-Atlantiques et de 21,5 % en Haute-Savoie.

Que pouvons-nous faire ? Je m'exprime au nom du groupe de travail transpartisan créé en juillet 2022, qui a procédé à des dizaines d'auditions et a visité plus de vingt départements, dans le cadre d'un tour de France. Notre proposition de loi repose sur la conviction qu'il n'y a pas de remède miracle. Personne n'a de baguette magique. Nous avons besoin d'une combinaison de réponses.

(1) <https://assnat.fr/J1UzTf>

Le constat n'est pas nouveau, notre démographie médicale est mal en point. Nous avons perdu 7 000 médecins généralistes libéraux en dix ans, alors que la population continue de croître et de vieillir. Si nous ne faisons rien, nous vivrons des moments très difficiles. À l'horizon 2032, près de 30 % des médecins généralistes en activité, soit plus de 33 000 praticiens, seront partis en retraite. C'est donc maintenant qu'il faut agir.

Il serait faux de dire que rien n'a été fait. Une politique très incitative a été développée depuis une vingtaine d'années et s'est même considérablement enrichie au cours des dix dernières années. Nous avons favorisé les structures d'exercice coordonné comme les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) ou les centres de santé. Nous avons voté des aides fiscales et sociales à l'installation des médecins, avec à la clé des chèques substantiels. Nous avons favorisé la poursuite d'activité des médecins en âge de prendre leur retraite. Nous avons mis fin au *numerus clausus* – c'était une excellente mesure, soutenue par tous. Nous avons financé des postes d'assistants médicaux et créé des guichets uniques.

Et pourtant, les inégalités d'accès aux médecins ne cessent de croître. Ce n'est pas moi ou le groupe transpartisan qui le dit, mais la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), qui dépend notamment du ministère de la santé. Dans une étude de décembre 2024, celle-ci établit que les inégalités d'accès aux médecins généralistes entre les 10 % de la population les mieux dotés et les 10 % de la population les moins bien dotés ont augmenté de 5 % entre 2022 et 2023. Elle démontre ainsi que les politiques d'incitation ne suffisent plus. C'est un échec collectif, dans lequel je prends ma part – j'ai participé à des gouvernements et à des majorités qui ont créé les politiques en vigueur.

La présente proposition de loi d'initiative transpartisane, cosignée par 256 d'entre nous, vise à actionner quatre leviers, à travers quatre articles. Elle peut nous rassembler.

À l'article 1^{er}, nous proposons la régulation de l'installation des médecins. Beaucoup a été dit à ce sujet ; rappelons le principe. Dans les zones sous-dotées, dont nous ne manquons pas, une autorisation préalable à l'installation ou à l'exercice des médecins serait délivrée par l'agence régionale de santé (ARS) de manière automatique. En revanche, dans les zones suffisamment dotées, la délivrance d'une telle autorisation serait subordonnée à l'arrêt d'activité d'un médecin. La liberté d'installation continuera ainsi de prévaloir. Le principe n'est pas remis en cause, mais simplement aménagé, encadré, au nom de l'intérêt général.

Certains ont parlé de coercition. Qu'ils soient rassurés : il ne s'agit pas d'affecter les médecins généralistes ou spécialistes de manière autoritaire. Nous proposons tout simplement un dispositif jumeau de celui appliqué depuis le 1^{er} janvier pour les chirurgiens-dentistes, sans poser de difficultés. Nous éviterons ainsi la concentration de médecins là où ils ne sont pas utiles.

S'agissant du deuxième levier, l'article 2 vise à supprimer la majoration du tarif de consultation pour les patients dépourvus de médecin traitant. Cette mesure avait été prise pour faire du médecin traitant le pivot du système de santé – rôle que nous ne remettons pas en cause, tout au contraire. Toutefois, elle crée une double peine incompréhensible pour les 6 millions de Français ne parvenant pas à trouver un médecin traitant, dont 472 000 sont atteints de maladies chroniques.

L'article 3 vise à garantir dans chaque département, notamment dans les zones sous-dotées, un cursus minimal de première année de formation médicale. L'Institut national de la statistique et des études économiques, dans un rapport de novembre 2024, a rappelé que 50 % des médecins généralistes formés en 2000 exerçaient en 2019, à moins de 85 kilomètres de leur commune de naissance et 50 % à moins de 43 kilomètres de leur université d'internat. En permettant aux jeunes issus du milieu rural de se former non loin du lieu où ils ont grandi, nous favoriserons leur installation dans les territoires dont ils sont originaires. Cela permettra aussi de casser l'inégalité sociale d'accès aux études de médecine. Beaucoup de jeunes, en effet, s'interdisent ces études longues, faute de pouvoir disposer du soutien financier de leur famille pendant plusieurs années. Qu'ils sachent que nous leur donnons leur chance, que nous serons à leurs côtés, pour qu'ils engagent leurs études universitaires de médecine près de chez eux. Nous répondrons ainsi à un impératif d'intérêt général et nous redonnerons de l'espoir à toute une génération.

L'article 4 vise à rétablir une permanence de soins ambulatoire pour les médecins installés en ville. Actuellement, près d'un médecin généraliste sur deux ne réalise jamais de permanence. Pour l'année 2022, à peine 25 % des médecins concentrent 82 % des honoraires de garde, ce qui révèle la suractivité et, parfois, l'épuisement de certains, qui se plaignent de la dureté croissante de leur situation.

Bien sûr, nous entendons la voix des opposants au présent texte. Mais nous entendons aussi chaque semaine, dans nos circonscriptions, la voix de ceux qui n'ont plus de médecins, qui sont angoissés, en détresse, et comptent sur nous pour trouver et appliquer des solutions.

Nous sommes au début du processus parlementaire ; nous pouvons améliorer le texte, l'enrichir par voie d'amendements – je formulerai plusieurs propositions ce matin. Nous sommes tous chargés de défendre l'intérêt général. Nous avons la responsabilité d'avancer, de garantir que le pacte républicain sera respecté, et de faire en sorte que nul ne se sente abandonné par la République, comme c'est trop souvent le cas. Notre santé ne doit plus dépendre de notre code postal.

M. le président Frédéric Valletoux. Nous en venons aux interventions des orateurs des groupes.

M. Christophe Bentz (RN). La désertification médicale française a plusieurs origines. Il faut y apporter une réponse globale. Or votre texte ne propose que des réponses partielles, certaines positives, d'autres négatives.

La France traverse une situation critique. C'est un échec collectif, pour lequel vous avez votre part de responsabilité, vous l'avez vous-même reconnu. Cette proposition de loi comporte des avancées et des écueils.

Commençons par ces derniers. Vous évoquez, à propos de l'article 1^{er}, une mesure de régulation. Je maintiens que c'est une forme de coercition. C'est une fausse bonne idée et ce n'est pas la solution adaptée. L'autorisation d'installation des médecins ne doit surtout pas être délivrée par les ARS, qui constituent le pire échelon, celui, par excellence, de la déconnexion.

La mesure coercitive que vous proposez impliquerait beaucoup d'effets pervers et aurait les conséquences inverses de celles que vous recherchez, parce qu'elle nuirait à l'attractivité de la profession de médecin.

Nous approuvons la suppression de la majoration des tarifs pour les millions de Français n'ayant pas de médecin traitant, prévue à l'article 2. Elle corrigera une injustice sociale.

La décentralisation de la formation prévue à l'article 3 est la bonne idée de cette proposition de loi. Il faut effectivement faire confiance aux territoires, notamment ruraux.

Nous sommes sceptiques concernant les permanences de soins prévues à l'article 4. Ces permanences existent déjà, même si elles ne sont que partiellement appliquées et votre dispositif est peut-être trop contraignant. Nous subordonnerons donc notre vote sur ce dispositif à l'adoption de nos amendements à cet article.

Mme Stéphanie Rist (EPR). Je sais que vous travaillez depuis longtemps sur cette proposition de loi. Notre groupe soutient évidemment son objectif, celui de lutter contre les déserts médicaux. Qui pourrait être contre ? Le problème concerne tous nos concitoyens, très inquiets devant les difficultés d'accès aux soins.

Notre groupe souhaite débattre du présent texte, afin d'expliquer pourquoi, selon nous, certains de ses articles aggraveront la situation au lieu de l'améliorer. Il ne faut pas supprimer la médecine de ville libérale ; or, selon nous, c'est ce que prévoit la présente proposition de loi.

Nous ne partageons pas votre postulat de départ, selon lequel les médecins seraient trop nombreux dans certaines zones de notre pays. Qu'en pensent les députés de Dijon, de Lyon, de Caen, de Limoges, où de nouvelles installations seraient dorénavant impossibles à moins d'un départ à la retraite ? Notre groupe considère qu'il n'y a pas suffisamment de médecins dans notre pays, qu'il faut en former beaucoup plus. Nous avons commencé à le faire, en supprimant le numerus clausus. Il faut continuer à libérer du temps médical en faisant appliquer les lois adoptées ici à l'unanimité, et en prenant d'autres mesures en ce sens, à travers la responsabilisation des différents acteurs.

Notre groupe ne soutiendra donc pas l'article 1^{er}, mais veut en débattre, comme du reste de la proposition de loi.

Ma vision personnelle est très opposée à la vôtre. Au contraire de vous, je considère qu'il faut encourager la multiplication des installations en médecine de ville libérale, pour améliorer l'accès aux soins.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Je vous remercie pour cette excellente proposition de loi. Actuellement, dix-huit départements comptent autant que médecins que les quatre-vingt-trois autres. Le nombre de médecins par habitant varie presque de 1 à 10, y compris entre départements – il est de 1,65 ‰ dans l'Eure, mais quasiment de 9 ‰ à Paris.

Comment en sommes-nous arrivés là ? Jusqu'aux années 1980, la mobilisation pour limiter le nombre de praticiens a été importante, y compris de la part de l'Ordre des médecins. On évoquait à l'époque une pléthore médicale. Certaines corporations ont demandé l'instauration d'un *numerus clausus*.

Or nous avons rapidement constaté un manque croissant de médecins en certains lieux, lié au vieillissement des médecins généralistes, au démantèlement des services publics de proximité et à la réduction du temps de travail des médecins – qui est normale ; ces derniers ont raison de souhaiter travailler moins que les générations précédentes, pour s'occuper de leurs enfants et profiter de leur famille. Désormais, 30 % des jeunes médecins s'installent hors des aires d'attraction des villes, où réside pourtant 40 % de la population, sa partie la plus paupérisée, la plus âgée, celle qui a le plus besoin de soins.

L'inégalité d'accès aux soins augmente. L'écart d'accessibilité aux médecins s'est creusé de 5 % entre les 10 % de nos compatriotes les mieux dotés et les 10 % les moins bien dotés depuis 2022. Dans le même temps, l'écart d'accessibilité n'a pas cru pour les professions dont l'installation est régulée, notamment les infirmières, les kinésithérapeutes.

Que faire ? Certains évoquent des incitations financières. Mais nous avons déjà essayé les primes, les contrats d'aide à l'installation, les majorations d'honoraires, les contrats de solidarité territoriale – qui ont eu un succès record, avec seulement vingt-huit signataires –, les contrats de transition et de stabilisation et le pacte territoire santé. Rien de tout cela n'a produit d'effet notable, même si nous ne pouvons pas dire que rien n'a été fait – nous vous avons par exemple accompagné dans l'instauration de mesures telles que la délégation de certaines tâches aux infirmiers.

Parce que cette impuissance n'est pas une fatalité, nous proposons un nouvel instrument, la régulation. Tous les praticiens sont libres de s'installer dans n'importe quel territoire sous-doté. Collègues macronistes, si, comme vous le prétendez, toute la France est un désert médical, la mesure ne contraindra pas les médecins. Votez donc le texte.

M. Joël Aviragnet (SOC). Combien de fois avons-nous entendu nos concitoyens se plaindre que l'absence de médecins les empêche de se soigner, ou qu'ils doivent attendre six mois pour obtenir un rendez-vous médical ? Il y a quatre ou cinq ans encore, l'attente ne durait que trois mois. Depuis plusieurs années, les déserts médicaux gagnent du terrain. Dans les territoires ruraux, c'est un véritable fléau. Conscients du problème, les députés se sont réunis dans un groupe transpartisan, à l'initiative de notre collègue Guillaume Garot. Après des dizaines d'auditions et près de trois ans de travail, ce groupe est parvenu à proposer un texte transpartisan pour répondre au cri d'alarme des Français. Quoi qu'en disent les lobbies de médecins, celui-ci va dans le bon sens. La régulation de l'installation rétablirait l'égal accès aux soins où que l'on habite en France. La suppression de la majoration des tarifs pour les patients qui n'ont pas de médecin traitant mettrait fin à la double peine qu'ils subissent – je crois me souvenir qu'un ministre de la santé s'était engagé à prendre cette mesure ; je suis surpris qu'elle ne soit toujours pas appliquée.

Comment tolérer que les habitants des déserts médicaux doivent payer plus cher ? S'ils n'ont pas de médecin traitant, ce n'est pas par choix. La garantie de formation dans chaque département en première année de médecine permettrait d'ancrer les jeunes médecins dans les territoires. C'est nécessaire pour les maintenir dans les zones les moins bien dotées en médecins. Enfin, le rétablissement de l'obligation de permanence des soins est une mesure d'équité ; sa nécessité est évidente.

Écoutons les Français, entendons leur détresse. Comment accepter qu'en France, certains renoncent à se soigner, faute de médecins près de chez eux ? Comment expliquer aux Françaises que dans leur département, il n'y a plus de gynécologue ? Cette situation scandaleuse entretient un légitime sentiment d'abandon, notamment dans les territoires ruraux. Les mesures d'incitation ont montré leur inefficacité. Il est temps d'essayer autre chose. Soyons courageux et répondons aux préoccupations des Français, en votant ce texte qui permettra d'améliorer l'accès aux soins et de lutter efficacement contre les déserts médicaux.

M. Thibault Bazin (DR). Nous manquons de plus en plus de médecins libéraux. L'ensemble des Français est touché, particulièrement les plus de 9 millions d'entre eux qui sont privés de médecin traitant.

Je comprends la lassitude de certains collègues, notamment au sein du groupe Droite Républicaine, au nom duquel je m'exprime et où le texte a suscité des débats. La question de la désertification médicale est régulièrement abordée, sans que nos concitoyens constatent d'amélioration dans leur vie quotidienne. Les actions déployées jusqu'à présent ne suffisent pas. Il est indéniable qu'un nombre insuffisant de médecins est installé dans la plupart des territoires.

Toutefois, le présent texte risque d'aggraver le problème qu'elle prétend traiter, en particulier avec l'article 1^{er}, qui crée une autorisation d'installation pour les médecins, délivrée par les ARS. Les zonages posent question. Pour l'heure, il n'y en a pas pour les médecins non généralistes, ce qui rend le dispositif inopérant.

Surtout, combien d'internes en médecine générale seront découragés d'exercer à titre libéral et poussés vers le salariat par ce texte ? Seulement 12 % des étudiants en médecine choisissent actuellement l'exercice libéral, y compris pour les spécialités. L'immense majorité choisit l'exercice salarié, dans des hôpitaux ou des centres de soins non programmés, une tendance en augmentation, alors qu'un médecin salarié exerce moins souvent les fonctions de médecin traitant et suit moins de patients en moyenne qu'un médecin libéral. D'autres médecins n'exercent même plus.

Oui, il faut agir et prendre des mesures, mais les bonnes, qui ne soient pas contre-productives et ne poussent pas davantage d'étudiants à migrer vers l'exercice salarié. Notre responsabilité est grande.

L'article 4 repose également sur une fausse bonne idée. Pour un médecin libéral, il n'est pas anodin de prendre une garde médicale, notamment s'il doit garder un enfant en bas âge. En ajoutant cette contrainte aux médecins généralistes libéraux, vous risquez de conduire à une baisse du nombre d'installations de ces professionnels, alors qu'il faudrait les encourager.

Ainsi, en l'état, le texte nous semble problématique. Si sa rédaction n'évolue pas, vous n'obtiendrez pas le soutien unanime du groupe Droite Républicaine. Il faudrait plutôt renforcer l'attractivité de l'exercice libéral.

M. Jean-Claude Raux (EcoS). Je pourrais reprendre la rengaine assénée par certains médecins, tour à tour méprisante, sarcastique, menaçante ou dramatique, tant l'idée de régulation leur est insupportable. Ils agitent toujours le même chiffon rouge : notre proposition détournerait de l'exercice de la médecine et assécherait les bonnes volontés. Leur chantage est à peine voilé : ils menacent de déplaquer, de se déconventionner, voire de partir à l'étranger.

Ils nous accusent de ne rien comprendre, mais nous avons écouté, lors des dizaines d'auditions menées par notre groupe transpartisan, dans les permanences de nos circonscriptions, sans avoir besoin d'en rajouter, tant les exemples sont innombrables.

Nous savons qu'il n'existe pas de solution miracle, mais le désespoir des millions de patients qui n'ont plus de médecin nous impose d'explorer de nouvelles pistes. Devons-nous laisser faire, comme c'est le cas depuis des décennies, et continuer à privilégier l'offre aux besoins de santé de la population ? Devons-nous dilapider encore plus d'argent, avec des pactoles d'installation, des avantages en nature, des exonérations fiscales et entretenir la concurrence entre les territoires, sans jamais régler le problème de désertification médicale ?

Ne rien faire reviendrait à laisser les inégalités territoriales se creuser davantage, à tolérer qu'à certains endroits, il ne soit plus possible de se soigner. Si le premier engagement des médecins est toujours de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé, et s'ils veulent apporter leur aide à leurs confrères de plus en plus seuls, de plus en plus épuisés, là où les déserts s'étendent, alors nous devons essayer une politique de régulation et rétablir la permanence des soins.

Si nous n'adoptons pas maintenant ces mesures dans leur version « light », bien peu coercitive, elles devront sans doute être imposées plus brutalement un jour. Les médecins n'ont pas besoin de contraintes, nous dit-on. Les Françaises et les Français, eux, ont besoin de médecins partout.

M. Philippe Vigier (Dem). Un ancien Président de la République disait que tout avait déjà été essayé contre le chômage. Avons-nous tout essayé contre la désertification médicale ? Non. C'est un échec collectif, malgré les nombreuses mesures prises depuis vingt ans. Outre les mesures financières, nous avons transformé le *numerus clausus* en *numerus apertus*, nous avons favorisé les délégations de tâches et créé les infirmiers en pratique avancée (IPA). Il a fallu se battre à chaque étape. Nous avons même encouragé la formation de médecins à l'étranger – les étudiants du Centre-Val de Loire ont ainsi été encouragés à partir se former à Zagreb. Pourtant, les inégalités territoriales subsistent.

J'aborde ce débat avec beaucoup de modestie. Si nous n'ouvrons pas de nouvelle voie, où allons-nous ? Vous vous opposez à la régulation. Sachez qu'à l'heure actuelle les médecins ne choisissent pas leur spécialité médicale. L'orientation est déterminée par les épreuves classantes nationales – le concours de l'internat. Même la ville d'internat est souvent choisie par défaut.

La régulation proposée est très modeste. Elle ne changerait rien aux règles d'installation à Limoges, à Caen ou à Orléans, et dans 91 % du territoire français – les chiffres sont têtus. Ne rejetons pas sur l'ARS ou d'autres une responsabilité qui incombe au pouvoir politique.

La liberté sera maintenue. Dans les territoires bien dotés, où l'installation d'un médecin sera subordonnée à un départ à la retraite, la densité médicale ne diminuera pas. Il faut améliorer les choses, agir avec efficacité. Chers collègues du Rassemblement national, vous qui êtes friands de référendums, faites-en un à ce sujet, vous verrez quelle est la position des Français.

Mme Nathalie Colin-Oesterlé (HOR). La France traverse une crise aiguë de l'accès aux soins et manque de médecins libéraux. Cette crise, qui n'est pas nouvelle, touche désormais 87 % du territoire national, qui est classé comme zone sous-dotée.

Les causes sont multiples et il n'existe pas de solution unique. Néanmoins, plusieurs réformes majeures ont été engagées ces dernières années. Encore faut-il attendre qu'elles produisent leurs effets. Le *numerus clausus* a été assoupli en 2018 ; l'actuel ministre de la santé souhaite le supprimer. L'accès direct à certains

spécialistes a été étendu, grâce à la « loi Rist » de mai 2023 ; les professionnels de santé ont été incités à s'installer de manière durable dans les territoires grâce à la « loi Valletoux » de décembre 2023 ; le cumul emploi-retraite a été facilité pour les médecins dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 ; le métier d'infirmier doit être revalorisé grâce à la réforme en cours au Parlement ; un décret de juin 2018 a créé le statut de docteur junior pour les élèves de quatrième année d'internat en médecine générale – dès la rentrée 2026, nous pourrons ainsi compter sur 3 700 docteurs juniors supplémentaires chaque année.

Vous proposez de rompre avec la philosophie des réformes précédentes en prévoyant, à l'article 1^{er}, que les ARS réguleront l'installation des médecins. Pourtant, selon moi, ce n'est pas en passant de l'incitation à la contrainte que nous résoudrons le cœur du problème : le manque de médecins de ville en exercice, qu'ils soient généralistes ou spécialistes, au niveau national.

La profession formule une proposition rapidement déployable, l'assistantat territorial, qui repose sur une idée simple : envoyer dans les zones sous-denses pour une à deux années des médecins spécialistes qui viennent d'être diplômés. Cela représenterait 2 000 à 3 000 médecins chaque année. Ce dispositif pourrait parfaitement s'articuler avec le statut de docteur junior.

Nous pouvons déployer des solutions rapides sans braquer toute une profession dont nous avons besoin. Les médecins libéraux risquent sinon de migrer vers le salariat et donc de suivre moins de patients. L'adoption de l'article 1^{er} enverrait un message terrible à la profession. Nous n'ignorons pas l'urgence mais croyons que la meilleure voie est d'accompagner et de poursuivre les réformes engagées, dont nous savons qu'elles porteront leurs fruits rapidement.

M. Yannick Favennec-Bécot (LIOT). « Monsieur le député, trouvez-moi un médecin ! », « Aucun rendez-vous avec mon cardiologue n'est possible avant dix-huit mois. Vais-je devoir renoncer à me soigner ? ». Nous sommes nombreux à entendre de telles paroles dans nos circonscriptions. Alors que la Constitution garantit le droit à la protection de la santé pour chacun, un Français sur trois vit dans un désert médical. Ce n'est plus acceptable.

Les nombreuses politiques d'incitation à l'installation déployées depuis vingt ans sont nécessaires, mais insuffisantes. Les inégalités d'accès aux soins selon les territoires sont flagrantes et continuent de s'accroître. Face à l'urgence de la situation, nous pouvons en premier lieu favoriser une meilleure répartition des médecins sur le territoire, en orientant leur installation vers les zones où l'offre de soins est la moins dense.

Dans les zones où l'offre de soins est suffisante, nous proposons que l'ARS ne délivre d'autorisation d'installation pour un médecin qu'en cas de cessation d'activité d'un praticien de la même spécialité. Le principe de liberté d'installation continuerait de prévaloir. Simplement, il serait aménagé.

Nous proposons également de supprimer la majoration des tarifs pour les patients non pourvus d'un médecin traitant, qui constitue une double peine pour ceux qui vivent dans un désert médical.

Troisièmement, nous proposons que la première année d'étude en santé médicale soit assurée dans chaque département, pour préparer un meilleur ancrage territorial des médecins.

Enfin, nous proposons de rétablir l'obligation de permanence des soins. Le nombre de médecins qui participent à la permanence des soins ambulatoires diminue d'année en année, particulièrement dans les déserts médicaux. Le Conseil national de l'Ordre des médecins évoque même un désengagement des médecins libéraux.

Pour que cette proposition de loi transpartisane soit adoptée, nous devons faire preuve de courage politique, unir nos forces, faire la synthèse des intérêts en présence et dépasser les intérêts voire les égoïsmes catégoriels pour répondre aux attentes et même au désespoir de nos concitoyens.

M. Yannick Monnet (GDR). Merci, monsieur le rapporteur, de ne rien lâcher dans la lutte contre les déserts médicaux. Si nous faisons tous le même constat, j'observe que de nombreux intervenants se montrent critiques, mais que très peu avancent des propositions alternatives.

J'insiste pourtant sur la dimension transpartisane de ce texte : parmi ses signataires, on compte des députés favorables à la liberté d'installation, comme Philippe Vigier, et d'autres qui y sont plutôt opposés, comme moi. Nous ne partageons pas tout à fait la même conception de ce que devrait être l'organisation de la santé en France, mais cela ne nous a pas empêchés de nous retrouver sur un texte de compromis et d'avancer des solutions. Ces dispositions n'ont d'ailleurs rien de révolutionnaires, ne serait-ce qu'en raison du périmètre nécessairement restreint de toute proposition de loi. Soyez assurés que, si j'avais écrit le texte seul, vous auriez pu y trouver des mesures de coercition, mais ce n'est nullement le cas ici.

Six Français sur dix renoncent à se soigner. Dans ma circonscription rurale, 8 000 personnes de plus de 16 ans n'ont pas de médecin traitant. Je n'en connais pas une qui serait contre ce texte, tant la difficulté d'accès aux soins est réelle.

N'oublions pas que notre système de santé repose sur une logique de solidarité, notamment sur la sécurité sociale. Avoir un regard sur les installations et introduire un minimum de régulation pour garantir l'accès à la santé au plus grand nombre est bien le moins que l'on puisse faire. Stéphanie Rist estime que notre méthode n'est pas la bonne. Pardon de le dire, mais vous êtes au pouvoir depuis 2017 et le désert continue d'avancer. Nous avons au moins le mérite de faire une proposition susceptible d'y remédier.

M. Olivier Fayssat (UDR). Nous sommes évidemment soucieux de régler le problème des déserts médicaux. En revanche, il est dans notre ADN de privilégier l'incitation plutôt que la contrainte. Nous sommes donc opposés à l'article 1^{er}, qui vise à réguler l'installation des médecins, ainsi qu'à l'article 4, qui tend à leur imposer de participer à la permanence des soins.

Un médecin est avant tout un étudiant qui a consenti un investissement personnel important et qui s'est donné du mal pour réussir des études difficiles. Je ne suis pas certain qu'il soit réellement endetté vis-à-vis de la société au moment où il commence à exercer. On impose déjà beaucoup de contraintes aux jeunes médecins. N'en rajoutons pas.

M. le président Frédéric Valletoux. Nous en venons aux questions des autres députés.

M. Cyrille Isaac-Sibille (Dem). Je félicite le rapporteur pour sa constance et sa volonté de répondre au manque de médecins traitants : c'est là un vrai problème, qui concerne nombre de nos concitoyens.

Malheureusement, l'adoption de cette proposition de loi enverrait deux messages aux effets dévastateurs, d'abord aux étudiants en médecine, qui sont tous défavorables à cette mesure de contrainte, mais aussi aux Français, qui croiront à tort pouvoir trouver un médecin plus facilement. En réalité, ces dispositions seront contre-productives et aggraveront plutôt le problème en décourageant les médecins, qui préféreront pourvoir des postes vacants dans les hôpitaux des grandes villes que s'installer en médecine libérale.

Seuls 14 % des jeunes médecins s'installent en libéral dans l'année suivant l'obtention de leur diplôme. Voilà pourquoi nous manquons de médecins traitants. L'autorisation préalable à l'installation ne répond pas à l'enjeu, qui est plutôt d'encourager ces installations : plutôt que de contraindre les médecins, nous devrions améliorer l'attractivité de la médecine libérale et des zones sous-dotées. Je défendrai ainsi des amendements visant à faire découvrir ces territoires aux étudiants et à favoriser concrètement leur installation en médecine de ville – car s'établir en libéral, c'est d'abord monter une entreprise, ce qui nécessite un accompagnement spécifique.

M. Hendrik Davi (EcoS). Indéniablement, la France manque globalement de médecins. Néanmoins, la répartition des médecins libéraux sur le territoire est très hétérogène. Il est donc légitime d'organiser un peu mieux leur installation, d'autant que, si les médecins ont une activité lucrative, c'est aussi parce qu'ils sont remboursés par la sécurité sociale.

Ce texte ne résoudra évidemment pas tous les problèmes : il nous faudra aussi augmenter le nombre d'enseignants-chercheurs dans les centres hospitaliers universitaires (CHU) – nous en avons perdu 1 000 depuis 1996 – et réformer l'organisation de la médecine de ville en encourageant le développement des centres de santé pour répondre aux demandes des jeunes médecins, qui sont nombreux à

aspirer au salariat. Il permettra néanmoins de franchir une première étape pour assurer une meilleure régulation et lutter contre les déserts médicaux.

M. Xavier Breton (DR). Nous sommes tous confrontés à ces concitoyens en détresse qui s'adressent à nous parce qu'ils n'ont plus de médecin traitant. Les politiques que les collectivités territoriales – communes, intercommunalités, départements, régions – tentent de déployer pour lutter contre la baisse de la démographie médicale, quoique sympathiques, ne sont clairement pas efficaces : la situation se dégrade et continuera de le faire dans les années à venir. On peut s'obstiner à inciter les internes à venir vivre un an en zone rurale pour découvrir comme la campagne est belle, mais chacun sait désormais que cela ne fonctionne pas.

C'est pourquoi je me suis inscrit dans cette démarche transpartisane. Ma famille politique est attachée à la liberté d'installation des médecins, et ce texte ne prévoit nulle coercition : c'est bien d'une régulation, d'un aménagement de cette liberté qu'il s'agit. Chacun a fait un pas pour aboutir à ce compromis. Il serait dommage de manquer cette occasion d'agir et de renvoyer encore une fois toute décision aux calendes grecques.

Nous ne devons pas nous soucier uniquement des étudiants en médecine : nous devons aussi nous préoccuper de nos concitoyens, qui méritent des réponses enfin efficaces et pertinentes. Je soutiendrai donc ce texte.

Mme Justine Gruet (DR). Merci de mettre sur la table ce sujet essentiel. Il est vrai qu'au regard des difficultés d'accès aux soins observées sur l'ensemble du territoire, notre système de santé peut paraître défaillant.

Nous ne devrions toutefois pas faire reposer ce problème uniquement sur les médecins qui sortent de l'école : il faut mobiliser l'ensemble des généralistes et des spécialistes, en promouvant une forme de solidarité territoriale. Dans le Jura, nous avons créé un cabinet de soutien territorial au sein duquel interviennent, sous le statut de salarié et à raison d'un ou deux jours par mois, des retraités, des étudiants n'ayant pas encore soutenu leur thèse, des médecins remplaçants, ou encore des praticiens exerçant dans des zones qui ne sont pas sous-dotées.

On oblige déjà les enseignants à travailler en région parisienne à la sortie de l'école. Résultat : le nombre de postes à pourvoir est supérieur au nombre de candidats et des professeurs tout juste diplômés se trouvent affectés dans des territoires où les classes sont plus difficiles à gérer qu'ailleurs. Si le nombre d'enseignants baisse, c'est aussi parce qu'on leur impose de commencer leur carrière ailleurs que là où ils vivent ou ont été formés. Par contraste, pouvoir bénéficier de l'expérience de confrères installés depuis trente ans pourrait aider les jeunes médecins à accepter de s'installer dans des territoires vers lesquels ils ne se seraient pas spontanément orientés.

Le terme « sous-doté » n'est en outre pas tout à fait juste, puisque les manques concernent tout le pays.

Le texte me semble par ailleurs prématuré, dans la mesure où les docteurs juniors commenceront à exercer en novembre 2026. Mon département accueillera ainsi vingt-six docteurs, répartis entre les trois circonscriptions. Il reviendra aux intercommunalités d'organiser leur accueil au mieux. Les médecins pourront également s'emparer de ces sujets à travers la communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS). Je leur fais toute confiance pour agir en ce sens, car quand on s'engage dans cette discipline, c'est avant pour prendre soin des patients.

M. Nicolas Turquois (Dem). Je salue l'initiative du rapporteur, car je constate, dans mon département comme probablement dans le sien, combien il est compliqué d'avoir accès à un médecin. Je m'interroge cependant : si l'on interdit à un nouveau médecin de s'installer là où il le souhaite, par exemple sur la côte, décidera-t-il instinctivement de s'établir en Mayenne ou dans la Vienne ? Peut-être le fera-t-il s'il en est originaire. En ce sens, la territorialisation des études est une idée intéressante, car qui aurait intérêt à venir dans la petite ville de Loudun, si ce n'est quelqu'un ayant une attache avec ce territoire ?

Votre proposition pourrait jouer dans certains cas et elle a le mérite d'exister, mais il me semble qu'il faut avant tout s'interroger sur les lieux de formation ainsi que sur les postes vacants dans les hôpitaux, qui attirent forcément les nouveaux professionnels – car il est plus facile d'intégrer un service hospitalier que de s'installer en libéral, surtout pour des jeunes qui n'ont pas forcément cette culture. Nous pouvons néanmoins essayer les mesures que vous proposez, même si elles risquent de ne produire que des résultats modestes.

M. Nicolas Sansu (GDR). Je salue à mon tour l'initiative de Guillaume Garot, qui a été pionnier sur cette question et que j'ai rejoint dès le début.

Depuis des années, diverses actions ont été tentées pour tenter de régler ce problème récurrent, sans succès. Prenons deux exemples. Dans ma circonscription, un cabinet médical financé par des fonds publics – puisque c'est ainsi que les choses fonctionnent désormais – vient de convaincre un médecin exerçant 12 kilomètres plus loin de le rejoindre. En contrepartie, ce médecin touchera 50 000 euros, ce qui est proprement effarant. Dans la Nièvre voisine, à Nevers, pour désengorger les urgences, on fait venir en avion des médecins depuis Dijon. Dans quel monde vivons-nous ? Très clairement, les règles actuelles ne fonctionnent pas : nous connaissons tous des maisons de santé pluriprofessionnelles vides, nous avons tous assisté à des guerres entre maires pour trouver un médecin. Ce n'est pas acceptable.

La question de la régulation, qui n'est nullement une coercition, se pose précisément parce que ce qui a été tenté auparavant n'a pas permis d'endiguer les inégalités, qui continuent de se creuser. Ma ville comptait vingt-trois médecins libéraux il y a vingt-cinq ans. Désormais, elle n'en compte plus que deux, auxquels s'ajoutent onze médecins répartis dans deux centres de santé : les jeunes privilégient l'exercice regroulé de la médecine et ne s'installent plus en libéral.

Cette proposition de loi a au moins le mérite de poser un acte fort pour nos concitoyens.

Mme Joëlle Mélin (RN). Si nous voulons nous en sortir – et il le faudra –, nous devons comprendre pourquoi et comment nous en sommes arrivés là. Le concept de maîtrise médicalisée des dépenses de soins ne date pas d'hier, puisqu'il apparaissait déjà dans la convention médicale signée en 1980. Depuis, au fil des lois, on a accumulé les fausses bonnes idées, au motif de cette fameuse maîtrise. C'est de nouveau le cas avec cette proposition de loi.

Le cœur du problème, en réalité, c'est l'attractivité : les études ne sont plus du tout attractives. Comment choisir ce métier passionnant si c'est pour errer deux années en parcours d'accès spécifique santé (Pass) ou en licence accès santé (LAS), ne voir les malades qu'à partir de la troisième ou quatrième année, et se voir imposer une dixième année d'étude ? Comment accepter de devenir une variable d'ajustement environnementale en s'installant dans des déserts qui ne manquent pas seulement de médecins, mais aussi de services publics et d'emplois – comme en témoigne la fermeture de deux cents officines chaque année, alors que les pharmaciens bénéficient pourtant d'un numerus clausus d'installation qui leur garantit un certain chiffre d'affaires ? Et ce ne sont pas les propositions du professeur Vallancien, le pape de la pensée technocratique, qui veut transformer les médecins en managers d'un système financiarisé plutôt que de les former, qui amélioreront la situation.

Soyons prudents : l'article 1^{er} pose de gros problèmes. N'ajoutons pas une nouvelle fausse bonne idée à des difficultés bien réelles.

Mme Marie-José Allemand (SOC). Le département des Hautes-Alpes a été cité plusieurs fois en exemple. Il est vrai que, dans le secteur du Champsaur-Valgaudemar, pourtant isolé, la volonté d'un médecin généraliste, le docteur Zecconi, a permis de créer trois maisons de santé et de faire venir de jeunes médecins qui se sont installés durablement. Dans le sud du département, toutefois, les communes en sont réduites à chercher des solutions pour permettre aux habitants de se soigner, comme à Orpierre, où des navettes leur sont proposées pour se rendre à Aix-en-Provence ou Marseille. Les disparités sont donc fortes. J'espère que ce texte permettra de les combler.

L'article 3, qui prévoit de permettre aux jeunes de se former dans leur département, est aussi très important pour faciliter le passage du lycée à la faculté de médecine, qui fonctionne de façon totalement différente. Nous pouvons d'ailleurs compter, dans les Hautes-Alpes, sur des professeurs qui s'impliquent bénévolement dans les lycées pour accompagner les élèves.

Mme Murielle Lepvraud (LFI-NFP). Le texte répond également à une demande de nombreux élus locaux, qui nous ont alertés sur la situation désastreuse à laquelle ils sont confrontés, notamment en zone rurale. Rappelez-vous : une maire avait même interdit à ses administrés de tomber malades. Dans mon département

des Côtes-d’Armor, plus de cinquante maires ont pris des arrêtés enjoignant à l’État d’agir urgemment pour faciliter l’accès aux soins. Vingt-neuf d’entre eux ont été assignés devant le tribunal administratif par la préfecture, qui veut faire suspendre ces arrêtés. La décision sera rendue demain.

Ce texte d’intérêt général nous permettrait de répondre non seulement aux attentes de la population, mais aussi à celle des élus locaux, qui nous demandent d’agir très rapidement.

Mme Delphine Batho (EcoS). J’ai reçu le message suivant :

« Madame la députée,

« Je prends ce sujet qui me tient à cœur : la limitation de la liberté d’installation des praticiens, sujet que vous soutenez avec M. Garot et tous les autres députés, ceci à un moment où ma spécialité médicale, la gastro-entérologie, se casse la figure dans notre région Poitou-Charentes. Dans les Deux-Sèvres, en 2016, quatorze gastro-entérologues ; à l’automne 2025, ils ne seront plus que 6,4. J’ai cru voir ou entendre qu’une partie de la loi était passée pour les dentistes en 2025. Qu’en est-il pour les médecins généralistes et spécialistes ? Depuis deux ans, nous ne faisons plus correctement le dépistage du cancer du côlon dans les Deux-Sèvres, faute de moyens, et demandons à nos patients d’aller en Charente-Maritime ou en Gironde. Il y aura probablement des pertes de chance pour les patients. Le Conseil de l’Ordre est-il toujours opposé à cette loi ?

« Merci pour vos réponses et pour votre aide, car au moment où je pars à la retraite, j’aimerais informer correctement mes patients et la population sur notre avenir sanitaire. »

Ce message témoigne d’une réalité qu’il faut aussi prendre en compte : la souffrance des médecins qui restent, et qui attendent du renfort. La situation sur le terrain n’est plus celle que certains d’entre vous ont décrite et qui prévalait encore il y a cinq ou dix ans. Dans les Deux-Sèvres, 29 579 patients n’ont pas de médecin traitant. Ce sont autant de pertes de chance, de cas qui doivent être traités à l’hôpital parce qu’ils n’ont pas été pris en charge en médecine de ville – ou de campagne, en l’occurrence. Combien ces situations coûtent-elles à la sécurité sociale ?

Je perçois un décalage entre la situation sur le terrain et les discours que certains tiennent dans cette commission.

M. Michel Lauzzana (EPR). Je ne reviendrai pas sur le constat, que nous partageons tous. Certains ici estiment que, puisque nos actions passées n’ont pas encore porté leurs fruits, il faudrait absolument tenter quelque chose de nouveau.

Mais qu’en est-il des effets pervers qui, à coup sûr, aggraveront la situation ? Les étudiants en médecine vous ont fait part de leur rejet, dont l’ampleur montre bien qu’ils trouveront des stratégies pour ne pas avoir à s’installer là où ils ne le souhaiteront pas. Ils pourront suivre des formations complémentaires, ou

encore s’orienter vers la médecine salariée, ce dont il résultera nécessairement une perte de temps médical, puisque les médecins libéraux travaillent au moins 50 heures par semaine, contre 35 heures pour les médecins salariés.

Nous savons aussi que la désertification médicale en ville concerne encore davantage les spécialités que la médecine générale. Or, comme Thibault Bazin l’a souligné, ces dernières ne font l’objet d’aucun zonage. Vous allez pousser au départ des généralistes, qui adopteront des stratégies d’évitement et préféreront devenir salariés et exercer en entreprise ou à l’hôpital. Certes, les médecins salariés manquent également, mais, pour beaucoup, le professionnel de premier recours est bien le généraliste dans les campagnes.

Enfin, comment comptez-vous répondre aux demandes des maires des grandes villes, comme Toulouse, qui subissent eux aussi la désertification médicale ? Les jeunes privilégieront certainement ces agglomérations, qui ont également besoin de médecins, au détriment des campagnes.

Mme Béatrice Bellay (SOC). Dans les pays des océans, dits d’outre-mer, on mesure depuis bien longtemps la perte de chance liée au manque d’accès aux soins : le risque n’y est pas d’être mal soigné, mais de mourir. Lorsqu’il faut rapatrier un malade par avion sur 8 000 kilomètres parce qu’on n’a pas su le soigner à l’hôpital ou en cabinet en raison de son isolement ou de son âge – la Martinique sera dans dix ans le plus vieux département de France, avec toutes les pathologies que cela implique –, la question des déserts médicaux se pose avec d’autant plus d’acuité.

Toutes les solutions ont certes leurs imperfections, mais cela ne signifie pas qu’il ne faille rien faire. J’ai échangé récemment avec M. Nayaradou, étudiant en médecine, qui se réjouissait de ce que, depuis 2023, il soit possible d’effectuer un cycle complet d’études de médecine aux Antilles. Il estimait néanmoins qu’il faudrait également prévoir des aides à l’installation. Juste avant lui, j’ai rencontré de jeunes médecins qui, ayant bénéficié de telles aides, reconnaissent qu’il serait peut-être nécessaire de forcer un peu les choses, sans quoi ils choisiraient effectivement les endroits les plus attractifs pour eux, alors qu’ils devaient bien à la société de s’installer là où les besoins sont les plus grands.

Je soutiens ce texte transpartisan, que j’apprécierai avec un regard particulier pour les pays des océans, dont la situation doit être examinée avec encore plus attention que celle des campagnes, qui sont pourtant déjà en grande difficulté.

M. Arnaud Simion (SOC). Nous avons beaucoup parlé des collectivités, mais peut-être pas suffisamment évoqué la concurrence quelquefois féroce qu’elles se livrent pour accueillir des professionnels de santé – ici une place en crèche, là un logement ou une MSP. Les inégalités existantes les incitent, dans un moment de raréfaction des budgets, à mobiliser des moyens financiers pour régler des problèmes qui ne relèvent pas de leur compétence.

Il faut donc voter cette proposition de loi.

M. le rapporteur. Je me réjouis de la qualité de nos échanges et des arguments avancés.

Nous présentons un texte de compromis entre différentes sensibilités politiques qui n'ont pas l'habitude de travailler ensemble, un texte qui peut nous rassembler pour avancer, pour offrir des perspectives, pour redonner espoir à des millions de Français qui se sentent abandonnés. Il est de notre responsabilité d'ouvrir un chemin. Ce que nous proposons est le fruit d'un travail de deux années et demie, au cours duquel nos convictions se sont rapprochées.

Certains d'entre vous demandent qui serait concerné par la régulation de l'installation, mettant notamment en avant l'exercice libéral de la médecine. Vous avez raison, puisque le texte porte non seulement sur les généralistes, mais aussi sur les autres spécialistes en ville. D'autres craignent qu'en donnant le sentiment de compliquer l'installation en médecine libérale, on entraîne des déplacements vers le salariat. J'ai donc déposé un amendement afin de préciser que la régulation, dans les territoires considérés, concernera également les médecins salariés exerçant en centre de santé. Vous n'aurez ainsi plus à vous inquiéter de ce que certains ont appelé une stigmatisation des médecins libéraux. Nous continuons de chercher le compromis et les voies du dialogue, comme nous l'avons toujours fait.

Les praticiens concernés seront donc non seulement les médecins libéraux, généralistes comme spécialistes, mais aussi les médecins salariés, généralistes comme spécialistes, conventionnés ou non. C'est bien l'approche territoriale qui prévaudra.

En l'état actuel du droit, seul 13 % du territoire national sera concerné : pour 87 % du pays, situés en zone d'intervention prioritaire (ZIP) ou en zone d'action complémentaire (ZAC), rien ne changera. Certains estiment, à raison, qu'il faudra remettre sur le métier la question du zonage national, pour disposer d'une photographie aussi fidèle et dynamique que possible, afin de pouvoir anticiper les futurs départs à trois ou cinq ans. Nous y sommes prêts et nous ferons des propositions pour rendre cet outil de pilotage aussi fin et efficace que possible.

Enfin, à entendre certains, la régulation ne serait pas efficace. Pardon, chers collègues, mais elle l'est. Pourquoi fonctionnerait-elle pour toutes les professions de santé, sauf pour les médecins ? Les pharmaciens obéissent à des règles d'installation.

Mme Stéphanie Rist (EPR). Et les pharmacies ferment !

M. le rapporteur. Il y a des officines partout en France : aucun département, aucun territoire n'en est dépourvu. La même démonstration vaut pour les infirmières et pour les masseurs-kinésithérapeutes. D'après une note de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé publiée en 2022, que je vous invite à consulter, *« Le “zonage infirmier”, introduit depuis 2012, a permis d'améliorer la répartition territoriale des infirmières libérales. Son impact est particulièrement marqué dans les territoires surdotés. »* Un dispositif de régulation similaire s'applique aux chirurgiens-dentistes, sans que cela pose de difficulté.

Je vous renvoie à la récente étude conduite par un chercheur associé à l'université de Lille, qui, tentant d'évaluer la portée de notre proposition, a conclu qu'elle concernerait chaque année environ 400 généralistes qui ne pourront plus s'installer dans les 13 % du territoire déjà suffisamment dotés. Un médecin suivant en moyenne 1 700 patients par an, ce seraient ainsi 600 000 personnes habitant dans les 87 % restant qui pourraient retrouver un médecin tous les ans. Voilà qui devrait nous interpeller, nous qui sommes réunis pour trouver des réponses ensemble, dans cet esprit de dialogue et de compromis qui nous a permis d'avancer et dont nous espérons que vous le partagerez tous.

Article 1^{er} : *Instauration d'une régulation de l'installation pour les médecins dans les zones surdotées*

Amendements de suppression AS3 de M. Paul-André Colombani, AS8 de M. Thibault Bazin, AS25 de M. Thierry Frappé, AS53 de M. Isaac-Sibille, AS68 de M. Jean-François Rousset, AS74 de Mme Stéphanie Rist et AS82 de M. Frédéric Valletoux

M. Paul-André Colombani (LIOT). Je partage le constat qui a été fait. Diverses choses, trop nombreuses pour être résumées en quelques minutes, ont été tentées. Personne, malheureusement, n'a de baguette magique. En revanche, il est certain que cet article est une fausse bonne idée, pour de multiples raisons.

D'abord, il nuira à l'attractivité de l'exercice libéral, donc aux nouvelles installations. Ensuite, puisque les médecins manquent partout, il sera facile de contourner cette mesure en optant pour l'hôpital, la médecine scolaire, la médecine du travail, voire la médecine esthétique ou, pire, le secteur 3. Des effets de bord bien réels se feraient donc ressentir si ces dispositions devaient s'appliquer.

Les précédents ne sont pas non plus encourageants : l'Allemagne, qui a instauré une mesure comparable, en revient. Le numerus clausus imposé aux infirmières a en partie résolu le problème dans les zones surdotées, mais pas ailleurs.

Il faudra enfin aller expliquer, dans chaque circonscription, quelles sont les zones où aucun nouveau médecin ne pourra s'installer, ce qui sera loin d'être aisé. On atteint ici les limites de la démagogie des quelque 250 signataires de cette proposition de loi.

M. Thibault Bazin, rapporteur général. Vous n'avez pas répondu à ma question sur les spécialités non soumises à un zonage. Comment votre dispositif pourrait-il s'y appliquer ?

Puisqu'on nous a accusés de ne pas formuler de propositions, je précise que j'ai déposé des amendements qui ont été jugés irrecevables, notamment en vue de créer des assistants territoriaux, qui auraient été efficaces très rapidement, ou encore d'intégrer des modules préparatoires au concours de première année de médecine dans les cursus de première et de terminale pour les départements en difficulté – même si je reconnais qu'il s'agit là d'une mesure de plus long terme.

Votre amendement AS84 mêle installation et salariat, ce qui pose un problème légistique. D'une part, le code de la santé publique renvoie les modalités d'installation au domaine réglementaire. D'autre part, peut-on parler d'installation pour un médecin exerçant à titre salarié ? Ce point mériterait de faire l'objet d'une expertise.

Nous devrions avant tout nous demander comment faire en sorte que davantage d'étudiants fassent le choix de l'installation. Cet article le permettra-t-il ? Voulons-nous augmenter le flux, ou le répartir différemment ? Dans un contexte de pénurie, avec tant de postes à pourvoir, ne risquons-nous pas de réduire encore le nombre d'installations, sans que cela soit compensé par une meilleure répartition des praticiens en faveur des 87 % de déserts médicaux ?

M. Thierry Frappé (RN). L'adoption de l'article 1^{er} risquerait de décourager les vocations médicales et d'aggraver la crise des ressources humaines dans le domaine de la santé.

L'installation des professionnels de santé repose sur des choix personnels et familiaux légitimes, liés à la qualité de vie, aux conditions de travail et aux opportunités professionnelles. Imposer des contraintes géographiques pourrait rendre l'exercice libéral moins attractif et détourner les futurs médecins vers d'autres modes d'exercice ou d'autres pays. La coercition ne permet pas de traiter les véritables causes de la désertification médicale telles que la diminution de l'attractivité du métier, la dégradation des conditions de travail, l'absence d'infrastructures adaptées et la lourdeur administrative. Il serait plus opportun d'inciter les médecins à exercer dans les zones sous-dotées en améliorant leurs conditions d'installation, en renforçant l'exercice coordonné et en simplifiant les démarches administratives.

L'article 1^{er} pourrait également créer des disparités et susciter des frustrations au sein du corps médical. Alors que les professions de santé nécessitent une formation longue et exigeante, il serait injuste d'imposer aux seuls médecins des obligations d'installation sans tenir compte des difficultés que cela provoquerait, tant pour eux que pour leurs patients. Je le répète, il faut préférer aux mesures coercitives des politiques incitatives fondées sur l'accompagnement, la valorisation des territoires en tension et l'amélioration des conditions d'exercice.

M. Cyrille Isaac-Sibille (Dem). Croyez-vous sincèrement qu'en empêchant des médecins, généralistes ou spécialistes, de s'installer sur 13 % du territoire, vous les inciterez à exercer en libéral sur les 87 % restants ? Pour contourner cette contrainte d'installation, ils se tourneront plutôt vers l'hôpital, où des milliers de postes ne sont pas pourvus.

M. Jean-François Rousset (EPR). Après des années de régulation des entrées en études de médecine, allons-nous voir venir des années de régulation des sorties ?

Ce texte fera des dégâts et des déçus.

Des déçus, d'abord, parce que de multiples exemples étrangers montrent que la régulation de la pénurie ne fonctionne pas. Au Royaume-Uni, un rapport de 2017 l'a qualifiée d'« *échec désastreux* », tandis que les mesures allant dans ce sens en Suisse et au Québec n'ont pas fonctionné. Aux Pays-Bas, cette politique a même été abandonnée en 1992. Du reste, ce texte vise à créer une véritable usine à gaz, à l'heure où tout le monde aspire à la simplification.

Des dégâts, aussi, pour nos jeunes étudiants, qui ont déjà du mal à s'installer en médecine générale : ils iront donc ailleurs. Ceux qui envisagent de s'engager dans des études de médecine risquent d'en être dissuadés : ainsi, depuis que l'installation des pharmaciens est régulée, les étudiants sont moins nombreux dans les facultés de pharmacie. Quant aux médecins déjà installés, ils se verront stigmatisés, bien qu'ils ne soient en rien responsables de la situation actuelle. Alors que 6 400 candidats ont été reçus au concours en 1981, le nombre de places offertes n'était plus que de 3 500 en 1995, avant de remonter pour atteindre 7 500 en 2012. Personne, à l'époque, n'a souhaité relever le *numerus clausus*, alors que les données démographiques étaient déjà connues.

Notre choix est bien différent : c'est celui de la confiance et du pragmatisme. S'il n'y a pas assez de médecins, alors il faut en former davantage. Voilà pourquoi nous avons supprimé le *numerus clausus*, en 2018, créé la fonction d'assistant médical et autorisé l'accès direct aux kinésithérapeutes, pharmaciens, orthophonistes et sages-femmes. Nous avons aussi proposé des partages de compétences, notamment dans la proposition de loi sur la profession d'infirmier, dans le cadre d'un exercice coordonné où le médecin généraliste a toute sa place. Nous avons favorisé les structures de soins coordonnés telles que les CPTS. Grâce à la création de la dernière année de spécialité en médecine générale, des docteurs juniors iront, dès la rentrée 2026, dans tous les territoires : ils seront 3 700 l'année prochaine, dont trente-quatre dans le Cantal, trente-quatre en Ardèche et quarante-cinq en Mayenne. Leur nombre augmentera progressivement, puisque les étudiants en médecine sont de plus en plus nombreux : 12 000 ont été admis en deuxième année en 2024, tandis que 16 000 lauréats sont attendus en 2027.

Ces mesures de bon sens sont progressivement mises en œuvre. La Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam) constate d'ailleurs que 25 % des patients qui n'avaient pas de médecin traitant il y a trois ans en sont maintenant pourvus. Nous nous concentrerons désormais sur la formation et le développement de ces mesures. Comme l'a dit un homme politique célèbre, il faut laisser du temps au temps !

Mme Stéphanie Rist (EPR). J'aimerais expliquer mon opposition à cet article 1^{er} en relevant les problèmes pratiques que poserait sa mise en œuvre. Je note qu'il ne concerne que les généralistes, puisqu'il n'y a pas de zonage pour les spécialistes.

Vous nous dites de ne pas nous inquiéter, car 91 % du territoire ne sera pas concerné. Effectivement, 97 % de la région Centre-Val de Loire appartient à une ZIP ou à une ZAC : les médecins sont tranquilles, puisqu'ils pourront s'installer

partout. En revanche, l'Aquitaine ne sera couverte qu'à 50 % ou 70 % par ces zones redéfinies : vous pourrez donc prélever des médecins dans au moins 30 % du territoire.

Si je ne me trompe pas, vous estimez qu'environ 400 médecins pourraient être ainsi redistribués.

M. le rapporteur. Par an !

Mme Stéphanie Rist (EPR). Or, 400 médecins pour 91 % du territoire, c'est 400 médecins pour 32 760 communes. Il va donc falloir faire des choix.

Par ailleurs, comment réagiront les étudiants en médecine ? Mettons-nous à la place de celui qui aurait étudié à Nice, Bordeaux ou Lyon, et qui voudrait rester dans cette ville. Pour y exercer comme généraliste, il devra demander une autorisation à l'ARS, qui la lui refusera, à moins qu'un médecin parte à la retraite. Il encouragera donc un médecin déjà installé à prendre sa retraite plus tôt et à lui vendre sa clientèle : il en résultera une diminution du temps médical.

Une autre solution, pour ce jeune médecin désireux d'exercer dans la ville où il a étudié, sera de travailler à l'hôpital. En dépit de votre amendement AS84, qui vise à étendre le champ d'application de l'article aux médecins exerçant à titre salarié, comment pourrez-vous l'empêcher de prendre un poste à l'hôpital de Nice, dans un centre de santé ou dans une clinique privée ? Là encore, vous allez plutôt diminuer le temps médical disponible, qui est moindre dans ces structures collectives que dans le cadre d'un exercice libéral.

Une troisième possibilité sera de choisir une autre spécialité. Ainsi, certains étudiants en deuxième ou troisième année d'internat arrêtent leur cursus pour s'installer où ils le veulent en tant que micronutritionnistes ou phytothérapeutes. C'est contre cette tendance que nous devons nous battre.

M. le président Frédéric Valletoux. Nous avons déjà débattu de ce sujet majeur, qui a trait à l'accès aux soins, en juin 2023. Nous avons repoussé, en séance publique, l'instauration d'une régulation, qui apparaissait déjà comme une fausse solution.

Nous pourrions tous citer, comme Mme Batho, des témoignages de patients désespérés, qui ont du mal à accéder aux soins. On leur fait croire qu'une régulation de l'installation des médecins permettrait d'améliorer leur situation ; or cette proposition n'est malheureusement qu'une chimère.

Pour améliorer l'accès aux soins, il faut d'abord former davantage de médecins. C'est incontournable. Là encore, essayons d'être nuancés : alors que M. Monnet prétend que rien n'a été fait ces dernières années...

M. Yannick Monnet (GDR). Ce n'est pas ce que j'ai dit ! J'ai simplement constaté que le désert avance !

M. le président Frédéric Valletoux. Certes, mais nous avons agi. Entre 2005 et 2017, le numerus clausus était bloqué autour de 7 000 étudiants par an : ni la droite ni la gauche n'ont fait en sorte d'améliorer la situation. Aujourd'hui, 12 000 étudiants peuvent accéder en deuxième année de médecine, et ce nombre augmente à chaque rentrée. Cependant, on met dix ans pour former un généraliste, et quinze ans pour un spécialiste.

Le deuxième enjeu est de donner envie d'exercer dans tous les territoires. Or les jeunes médecins nous disent qu'ils ne veulent pas de la régulation – ce que je regrette, car, pour ma part, ce dispositif ne m'effraie pas. D'ailleurs, seuls 10 % à 12 % des jeunes s'installent en libéral. Ils ont déjà du mal à accepter les contraintes du métier de généraliste, dont ils se détournent : ce n'est donc pas en ajoutant une difficulté supplémentaire que nous le rendrons plus attractif. On ne peut pas faire le bonheur des gens contre eux. Alors que les pharmaciens étaient volontaires pour une régulation, le tissu des officines se casse la gueule – nous en reparlerons dans quelques années. Ainsi, je doute de l'efficacité d'un dispositif qui emmènerait les gens là où ils n'ont pas envie d'aller. Pour le reste, je me fiche des interventions des lobbys et des opinions des uns et des autres.

Étant très pessimiste quant à la portée de ce dispositif, je propose moi aussi sa suppression.

Mme Sandrine Rousseau (EcoS). Vous dites que seuls 14 % des jeunes médecins s'installent en libéral : cela montre bien que le système ne fonctionne pas.

En outre, les médecins exercent une mission de service public et doivent donc respecter les valeurs qui vont avec : il est absolument indispensable qu'ils puissent accueillir tout le monde et répartir les soins dispensés sur l'ensemble du territoire. C'est ce que permet précisément la proposition de loi de M. Garot, qui me paraît à ce titre intéressante. La répartition équitable du service public de santé doit passer avant les préoccupations des jeunes médecins. Le principe supérieur que nous devons tous suivre, dans notre assemblée, est la préservation de la santé des Français.

Mme Murielle Lepvraud (LFI-NFP). Les auteurs des amendements de suppression ont mis en avant le manque d'attractivité du métier. Or cette proposition de loi vise précisément à améliorer les conditions de travail des médecins, en répartissant leur présence, et donc leur charge de travail, de manière plus harmonieuse sur le territoire. Nous voulons éviter que des médecins soient surchargés de travail tandis que des patients soient laissés à l'abandon. Du reste, l'exercice collectif et salarié de la profession de médecin permet également une amélioration des conditions de travail, puisque l'appartenance à un centre de santé monodisciplinaire diminue en moyenne de cinq heures par semaine le temps de travail d'un médecin.

Alors que les médecins choisissent leur installation depuis de nombreuses années, 87 % du territoire peut être qualifié de désert médical. La profession n'est donc pas parvenue à assurer par elle-même un maillage équitable du territoire. C'est la raison pour laquelle nous souhaitons légiférer. Il est hors de question de supprimer l'article 1^{er}, l'instauration d'une régulation étant au cœur de notre proposition de loi.

M. Christophe Bentz (RN). Cette proposition de loi dénote en réalité une conception très socialiste du système de santé : que l'on soit deux, dix ou cinquante à vouloir du gâteau, vous vous échinez à le diviser, encore et encore. Or, dans le socialisme, tout le monde est perdant. Au sein du désert médical français, il y a quelques zones à peu près dotées, ou tout juste dotées, et beaucoup de zones sous-dotées. La coercition que vous proposez ne fera donc, au mieux, que déplacer des médecins des zones à peu près dotées vers des zones sous-dotées. Autrement dit, vous allez créer de nouveaux déserts médicaux.

M. Arnaud Simion (SOC). Cette proposition de loi est transpartisane, et non socialiste, même si cela ne me déplairait pas.

Les mesures incitatives ne sont pas déterminantes dans le choix d'installation d'un médecin. Ainsi, la Cour des comptes souligne, dans son rapport public thématique de mai 2024 consacré à l'organisation territoriale des soins de premier recours, que les incitations financières à l'installation ne jouent que marginalement dans le choix du lieu d'exercice ; à l'inverse, les facteurs personnels et les conditions d'exercice, notamment la possibilité de maîtriser sa charge de travail et surtout de ne pas être isolé professionnellement, apparaissent déterminants, pour ne pas dire essentiels.

Par ailleurs, la régulation fonctionne. Ainsi, la profession de pharmacien, régulée de manière stricte et ancienne, se caractérise par un maillage territorial dense et équitable. La France compte trente officines pour 100 000 habitants, contre vingt-huit, en moyenne, dans les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques. L'immense majorité de la population française a accès à une officine en moins de 15 minutes de trajet routier, et plus du tiers des officines sont situées dans des communes de moins de 5 000 habitants.

La régulation à l'installation a également fait ses preuves à l'étranger. Ainsi, depuis la réunification, l'Allemagne régule le conventionnement des médecins par le biais d'associations de professionnels, qui ne délivrent pas de nouvelle autorisation d'installation si le quota de médecins défini pour la zone dépasse 110 %. En 2018, une étude de la sécurité sociale allemande estimait que 99,8 % de la population du pays avait accès à un médecin généraliste en moins de 10 minutes en voiture, et que 99 % des Allemands pouvaient atteindre un spécialiste en moins de 30 minutes.

M. Yannick Monnet (GDR). On parle beaucoup de ce que veulent les médecins, mais jamais de ce que veulent les patients. Or ces derniers ont besoin d'être soignés. Vos amendements de suppression dénotent une position très

idéologique : vous refusez toute discussion sur la question de la régulation. À aucun moment le rapporteur n'a prétendu que la proposition de loi transpartisane était une solution miracle, qui allait tout régler. Nous pensons cependant qu'elle va améliorer les choses.

Que vous ayez des exigences, je trouve cela très bien. Même si tous les dysfonctionnements que vous mettez en avant existent déjà en l'absence de régulation, rien ne vous empêche de faire usage de votre droit d'amendement pour rentrer dans le débat. Puisque le rapporteur se montre ouvert, vous pourriez même être entendus ! Refuser le débat sur la régulation, c'est, en quelque sorte, accepter les déséquilibres.

J'ai écouté les arguments du Rassemblement national. Non, il n'y a pas que des territoires moyennement dotés et des territoires sous-dotés : il y a aussi des territoires très bien dotés en médecins libéraux. Vous pouvez obtenir un rendez-vous chez un angiologue en dix jours à Paris, quand il faut compter six mois à Moulins.

Vous essayez de faire peur aux médecins, mais cette proposition de loi n'a rien de coercitif. Une mesure coercitive serait, par exemple, d'interdire aux médecins d'être élus députés, parce qu'il faut conserver du temps médical. (*Applaudissements.*)

M. Philippe Vigier (Dem). Je constate que la défense de ces amendements de suppression mobilise un ancien ministre, le rapporteur général et le président de la commission. Tout le monde y va de son couplet pour barrer la route à cette modeste proposition de loi.

Nous n'avons absolument pas l'intention de tout régler. Contrairement au personnage interprété par Alain Delon dans le magnifique film *Le Guépard*, nous ne voulons pas que « *tout change pour que rien ne change* ».

Personne ne parle du burn-out des médecins qui reçoivent cinquante patients par jour. Ils suivent nos débats ce matin, et certains m'envoient des SMS pour me remercier de penser à eux.

Personne ne parle non plus des toubibs de 70, 75 ou 80 ans qui assurent des remplacements et sans qui tout le système s'effondrerait. Nos collègues de gauche apprécieront certainement ce cumul emploi-retraite !

L'article 1^{er} n'empêcherait que 500 ou 600 installations de médecins dans les zones surdotées. En séance, je pourrai essayer de prendre, sur Doctolib, un rendez-vous chez un dermatologue à Biarritz... Essayons, tous ensemble, de faire un petit effort !

L'exercice de la médecine généraliste n'est plus attractif. Lorsque seuls 14 % des jeunes médecins s'installent en libéral, c'est que le système ne fonctionne plus.

Enfin, puisque vous êtes, comme moi, très attachés à la liberté, j'espère que vous allez déréglementer entièrement l'installation des pharmaciens, des infirmiers, des kinés et des dentistes. On ne peut pas dire qu'une vérité en deçà des Pyrénées est une erreur au-delà !

M. Cyrille Isaac-Sibille (Dem). Nous pouvons tous nous retrouver sur la nécessité d'une meilleure répartition des médecins. Le débat porte sur le moyen d'y parvenir.

La médecine, en France, est exercée dans deux cadres : un cadre administré, géré par un ministre, qui est le système hospitalier, et un cadre libéral. Or le système hospitalier, administré, ne se distingue pas par une meilleure répartition des médecins entre les CHU et les petits hôpitaux : les zones désertifiées sont les mêmes. Là où il y a moins de médecins libéraux, il y a aussi moins de médecins à l'hôpital. Au lieu de vouloir réguler le système libéral, commençons donc par mieux administrer ce qui est de notre ressort et qui souffre des mêmes maux !

L'adoption de l'article 1^{er} enverrait deux messages absolument délétères : elle ferait croire à nos concitoyens que les choses vont s'améliorer, alors qu'il n'y aura pas une installation de médecin libéral de plus dans les territoires sous-dotés, et elle déstabiliserait les étudiants en médecine, opposés à cette mesure.

M. Sébastien Peytavie (EcoS). Il faut aborder la situation avec beaucoup d'humilité, comme le fait ce texte. À aucun moment nous n'avons prétendu tout résoudre grâce à l'article 1^{er}. Notre proposition de loi initiale était d'ailleurs beaucoup plus longue, mais la situation dans laquelle se trouve notre assemblée nous a contraints à la réduire à ces quatre articles.

Le nombre de médecins ayant déposé un amendement de suppression de l'article 1^{er} est assez terrifiant. Dans les territoires, en revanche, de nombreuses associations d'usagers et d'élus se constituent pour réclamer des solutions.

Quand 400, 500 ou 600 médecins généralistes obtiennent leur diplôme, on veut évidemment qu'ils soient répartis au mieux dans l'ensemble du pays. Ce n'est pas en les laissant s'installer dans les 13 % du territoire les mieux dotés que la situation pourra s'arranger ! De même, dire que l'article 1^{er} transformera les zones les mieux dotées en déserts médicaux n'a aucun sens.

Avec humilité et raison, nous devons donc avancer pas à pas pour trouver des solutions. La première des solutions serait effectivement d'avoir plus de médecins, mais nous savons très bien que cela nécessitera du temps. Dans cette attente, nous proposons une mesure visant à répartir au mieux les médecins qui s'installent dans les zones sous-dotées.

Mme Béatrice Bellay (SOC). Je suis assez étonnée, presque amusée, mais surtout agacée. Même si nous parlons ici de personnes, il faut tenir compte d'une réalité mathématique, qui est très simple : si les jeunes médecins ne sont que 11 % à s'installer en libéral, comme le soulignent les opposants à cet article eux-mêmes,

c'est bien que la libéralisation ne fonctionne pas. Si vous avez de meilleures propositions que cette modeste expérimentation, qui permettraient d'atteindre peut-être un taux de 12 %, 13 % ou 14 % d'installations en libéral, alors amendez le texte !

Le débat doit être compréhensible pour nos concitoyens qui suivent nos travaux. Ils ne manqueront pas de s'étonner que des députés médecins se plaignent, à la télévision, de devoir exercer encore à cause des déserts médicaux, alors qu'ils s'opposent ce matin à une expérimentation visant à permettre l'installation de jeunes médecins, auxquels ils pourraient d'ailleurs probablement apprendre le métier.

Mme Stéphanie Rist (EPR). Monsieur Vigier, vous avez parlé des dermatologues, mais l'article 1^{er} ne concerne que les généralistes, puisqu'aucun zonage n'est prévu pour les spécialistes.

Vous plaidez pour une dérégulation de l'installation des pharmaciens, mais les officines ferment, en dépit du mécanisme existant, pour des raisons démographiques. On aura beau instaurer tous les systèmes de régulation possibles, on ne peut pas réguler une pénurie !

À plusieurs reprises, les députés médecins ont été la cible d'attaques que j'ai prises personnellement. M. Monnet, par exemple, a prétendu que nous n'aurions rien fait et que nous aurions même aggravé la situation. Je ne suis pourtant pas sûre que beaucoup d'entre vous aient reçu des menaces de mort en raison de textes qu'ils ont défendus dans notre assemblée. Pour ma part, j'en ai reçu – je ne prétends pas être la seule –, car j'ai soutenu des lois que les médecins refusent, ce qui explique d'ailleurs pourquoi les décrets et arrêtés d'application n'ont pas encore été publiés. Aidez-nous plutôt à faire sortir ces textes, qui pourraient améliorer la situation !

Ce débat est important. Je respecte les positions des uns et des autres, et je considère qu'il est assez normal que la gauche veuille étatiser l'affectation des médecins – car la régulation prônée est une forme d'étatisation (*Protestations*) –, même si je ne partage pas cette vision des choses. Je conviens qu'un taux d'installation en libéral de 11 % n'est pas suffisant : j'estime donc, pour ma part, qu'il faut prendre des mesures pour le faire augmenter, notamment en faisant converger les modes de rémunération.

Mme Chantal Jourdan (SOC). Certains arguments qui nous sont opposés en soutien aux amendements de suppression méconnaissent une évolution de la pratique de la médecine. Contrairement à ce qui se faisait il y a quarante ou cinquante ans, les médecins travaillent en lien avec de nombreux professionnels paramédicaux, dans le cadre d'un exercice coordonné de plus en plus valorisé. Ainsi, nos concitoyens ont besoin non seulement d'un médecin, mais également de professionnels de santé qui travaillent autour de lui. Tout à l'heure, ma collègue Marie-José Allemand a évoqué une dynamique à l'œuvre dans sa circonscription : de telles initiatives, telles que les créations de CPTS, doivent absolument être mises en avant.

L'expérimentation proposée par ce texte est loin d'être coercitive : elle donne aux médecins des possibilités d'installation extrêmement larges. Il faudra bien entendu valoriser les initiatives visant à rendre attractif l'exercice de la médecine dans certains territoires. Tout l'enjeu est de répondre au cri de nos concitoyens, qui ont vraiment besoin de médecins et de professionnels de santé près de chez eux.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Je déplore qu'un grand brouhaha, principalement suscité par des députés médecins, empêche les orateurs de parler. Tous les opposants à cette proposition de loi sont des médecins, mais tous les médecins ne s'opposent pas à ce texte.

Par ailleurs, je suis un peu choqué d'entendre utiliser le terme de « clientèle », et non de « patientèle », même s'il est plus simple, en Macronie, d'ouvrir un bistrot doté d'une licence IV qu'une pharmacie. (*Protestations.*)

Il y a quelques instants, le Rassemblement national nous a appelé à faire grossir le gâteau. Il faut quand même rappeler que vous en êtes les pâtisseries, puisque le numerus clausus a été imposé, après Mai 68, par la bourgeoisie réac qui voulait expulser des facs de médecine les étudiants issus des milieux populaires. (*Protestations.*) C'est vous qui avez voulu rétablir l'élitisme après la prétendue perte de valeurs de Mai 68. Assumez-le ! Heureusement que nous sommes revenus sur cette mesure !

Vous dites, madame Rist, que l'article 1^{er} ne concerne pas les spécialistes. Dans ce cas, pourquoi voulez-vous supprimer l'alinéa 7, qui les mentionne ? Soit vous ne lisez pas les amendements que vous déposez, soit vous voulez réaliser vous-même ce que dénoncez...

Il est regrettable que nous ne débattions pas du fond du texte. Pour ma part, je trouve l'article 1^{er} doublement efficace.

D'une part, on observe une réduction des inégalités territoriales d'accès aux professionnels de santé dont l'installation est régulée, en même temps qu'une aggravation de ces inégalités s'agissant des professionnels ne faisant pas l'objet d'une régulation. Personne n'a encore réfuté ce constat. S'il est faux, donnez-nous des chiffres qui le prouvent !

D'autre part, on a évoqué la crainte d'un départ des médecins à l'étranger. Or les médecins allemands, dont l'installation est soumise à un mécanisme de régulation, ne partent pas tous en Suisse – les seuls qui s'y installent sont les milliardaires français qui trahissent leur pays. Au contraire, 99,8 % de la population allemande peut atteindre un généraliste en moins de 10 minutes en voiture, et 40 % peut obtenir un rendez-vous chez un spécialiste en moins d'une semaine.

Vous pouvez ne pas voir les bienfaits de la régulation, mais revenez enfin au monde réel ! M. Lauzzana a pris l'exemple de Toulouse. Cette ville, où je suis élu, compte moins de 600 généralistes en activité ; aussi 58 % des Toulousains

vivent-ils dans un désert médical, au sens de la Drees. Aux Sept Deniers ou à Lalande, on dénombre un généraliste pour 1 800 habitants, contre un généraliste pour 900 habitants à la Côte Pavée, un quartier plus huppé situé à quelques kilomètres de là. Avec un bon zonage établi par l'ARS, on pourrait enrayer ces disparités, y compris au sein des métropoles. En effet, les grandes villes, où 20 % de la population habite dans des zones surdotées quand les 80 % restants vivent dans un désert médical, attendent également la régulation.

M. Michel Lauzzana (EPR). J'essaierai de m'exprimer calmement, bien que la moutarde me monte au nez quand j'entends parler des médecins députés. J'en ai un peu marre de ces leçons ! Je ne vois pas pourquoi nous, médecins, n'aurions pas le droit d'être élus députés comme tout le monde, au même titre que les profs ou les fonctionnaires. Je suis maintenant retraité, mais lorsque j'étais en activité, je travaillais plus de 70 heures par semaine, tant la demande de soins était forte.

Nous sommes tout à fait conscients des problèmes, et nous avons pris de nombreuses mesures qui porteront leurs fruits, même si cela ne se voit pas immédiatement.

Les syndicats et les représentants des jeunes médecins vous ont fait part de leur opposition très franche à votre proposition de loi. Quand des syndicats de la fonction publique vous sollicitent, vous les écoutez, mais quand des médecins vous exposent leurs arguments, vous les ignorez ! Le message que vous voulez leur envoyer aura des effets délétères, notamment des effets d'évitement : nous allons perdre du temps médical, notamment parce que les jeunes médecins vont choisir des filières salariées.

Effectivement, monsieur Clouet, il va y avoir des besoins à Toulouse. C'est exactement ce que j'ai dit. Cependant, cela ne doit pas nous pousser à déshabiller les zones rurales, moins proches d'un hôpital, ou à les juger moins prioritaires, au risque de les voir subir une désertification plus importante.

M. Thierry Frappé (RN). Mme Rist a rappelé que le zonage ne concernait pas tous les médecins. Il s'agit là du premier écueil auquel se heurte la proposition de loi.

Par ailleurs, M. Thomas Fatome, directeur général de la Cnam, a reconnu que le zonage médical actuel était inefficace. Sa dernière modification date de 2022, alors qu'il devrait être réactualisé tous les deux ans. On réévaluerait donc la densité médicale en se fondant sur des chiffres obsolètes.

M. Louis Boyard (LFI-NFP). Pour une fois, nous avons en commission des affaires sociales un débat pertinent et intéressant.

M. le président Frédéric Valletoux. Tous nos débats sont intéressants !

M. Louis Boyard (LFI-NFP). Oui, mais pas toujours pertinents. (*Protestations.*) Ne criez pas, c'est de votre faute !

Hadrien Clouet a raison : le numerus clausus avait été imposé par la bourgeoisie réactionnaire pour empêcher les jeunes des classes populaires d'étudier la médecine. (*Protestations.*) Ce n'est pas parce que je rappelle des faits historiques que vous devez réagir comme si j'étais Jean-Michel Aphatie ! On a le droit de faire un peu d'histoire !

Comme l'a dit Mme Rousseau, l'exercice de la médecine est une mission de service public ; or la libéralisation contrevient à ce principe. Nous passons d'ailleurs notre temps à vous expliquer que la main invisible du marché ne peut pas résoudre tous les problèmes.

Vous dites que l'article 1^{er} serait contreproductif, parce qu'un grand nombre de médecins contourneraient la contrainte en exerçant une activité salariée. Vous ne pouvez pas balayer cette proposition d'un revers de la main, sans nous apporter d'estimations chiffrées sur ce phénomène que vous craignez. Il y a aussi des médecins qui accepteront cette disposition et s'installeront dans des zones sous-dotées.

Le Rassemblement national prétend que les médecins iront exercer dans d'autres pays. Cela n'a absolument aucun sens !

Nous sommes tous d'accord sur le constat : la répartition des médecins sur le territoire pose problème. J'entends vos arguments, mais que proposez-vous ? Nous n'allons quand même pas rejeter ce texte et sortir de cette salle en laissant les Français penser que nos débats n'auront encore une fois servi à rien ! Vous nous accusez régulièrement d'être une opposition qui ne propose rien ; nous déposons pourtant toujours des amendements, parfois même des dizaines de milliers, ce que vous réprouvez. En l'occurrence, vous faites exactement ce que vous reprochez sans cesse à l'opposition. Charité bien ordonnée commence par soi-même !

M. Jean-François Rousset (EPR). Je m'exprime toujours dans l'intérêt des Français, qui ont besoin de soins et de médecins. Je défends la médecine libérale, la médecine de ville, et je ne permettrai pas qu'on remette en question l'engagement des médecins libéraux. Je ne vous décrirai pas la quantité de travail que je devais assumer lorsque j'étais en activité. Michel Lauzzana vous a dit combien la charge de travail des médecins était importante.

Nous proposons, pour notre part, de gagner du temps médical. Pensez-vous que nous nous faisons des copains, parmi les médecins libéraux, quand nous proposons de leur retirer des compétences pour faire monter les IPA, ou quand nous proposons d'accorder à d'autres professionnels de santé le droit d'effectuer des consultations médicales, de vacciner ou de pratiquer des avortements ? Pensez-vous que je me fais des copains lorsque j'appelle à aborder avec lucidité et sincérité la question des dépassements d'honoraires ? Si nous nous battons pour défendre les intérêts des médecins libéraux, c'est aussi parce qu'ils ont un grand sens du devoir et du service public.

M. le rapporteur. Oui, les médecins sont mal répartis sur le territoire, nous en convenons tous.

Selon certains, la poursuite de la même politique menée depuis plusieurs décennies résoudra les difficultés ; je n'en crois rien. Les chiffres sont terribles : entre 2010 et 2023, les départements les mieux dotés ont gagné de nouveaux praticiens, tandis que les moins bien dotés en ont perdu. Si, nous ne changeons pas la politique de répartition des médecins, la situation perdurera, des millions Français continueront de désespérer, et pis, il y aura des drames sanitaires.

Faut-il rappeler que l'accès aux soins était l'une des préoccupations exprimées dans les cahiers de doléances ouverts à la suite du mouvement des « gilets jaunes » ? Nous devons ensemble appréhender différemment la répartition des médecins sur notre territoire.

Cette proposition de loi est raisonnable et parfaitement équilibrée. Elle est le fruit d'un compromis entre des hommes et des femmes qui n'ont pas les mêmes sensibilités politiques. Xavier Breton n'est pas étatiste, pas plus que Philippe Vigier. Finissons-en avec les caricatures.

L'amendement AS84 que j'ai déposé est un garde-fou : la régulation s'appliquera à l'ensemble des médecins d'un territoire donné, quels que soient leur spécialité ou leur statut, généraliste, spécialiste, libéral, salarié, conventionné et non conventionné.

Non, la proposition de loi ne nuira pas à l'attractivité du métier de médecin. Chaque année, de milliers de jeunes s'inscrivent pour suivre des études de médecine. Soyez sûrs qu'ils ont envie de devenir médecins.

Non, la régulation n'est pas inefficace. Lisez la littérature du ministère de la santé sur ce sujet, regardez ce qui se fait à l'étranger. Là où la régulation a été remise en cause, les inégalités se sont aggravées entre les territoires urbains et les territoires ruraux. Voilà la réalité.

Non, les pharmacies ne sont pas en difficulté à cause de la régulation. C'est plutôt la diminution du nombre de médecins, et donc de prescripteurs, qui explique ce phénomène.

Ce dispositif n'est pas la solution magique, mais il a le mérite de n'avoir jamais été appliqué jusqu'à présent. N'ayez pas peur, nous nous donnons toutes les garanties pour qu'il fonctionne et nous sommes prêts à en apporter d'autres dans le cadre de ce débat. Ne refusez pas, une fois de plus, la régulation de l'exercice médical pour l'ensemble des praticiens. Les élus locaux, les usagers, les associations attendent des réponses et ont l'espoir que la République soit enfin présente dans chaque territoire, auprès de chaque Français.

Conformément aux dispositions de l'article 44, alinéa 2, du Règlement, il est procédé au vote, par scrutin public et par appel nominal, des amendements de suppression.

Votent pour :

M. Thibault Bazin, M. Christophe Bentz, M. Théo Bernhardt, M. Éric Bothorel, Mme Nathalie Colin-Oesterlé, M. Paul-André Colombani, Mme Sandra Delannoy, M. Fabien Di Filippo, Mme Sandrine Dogor-Such, M. Gaëtan Dussausaye, M. Olivier Fayssat, Mme Agnès Firmin Le Bodo, M. Guillaume Florquin, M. Thierry Frappé, M. François Gernigon, Mme Justine Gruet, M. Cyrille Isaac-Sibille, M. Michel Lauzzana, Mme Christine Le Nabour, Mme Katiana Levavasseur, M. René Lioré, Mme Christine Loir, Mme Hanane Mansouri, Mme Joëlle Melin, M. Serge Muller, Mme Angélique Ranc, Mme Stéphanie Rist, Mme Anne-Sophie Ronceret, M. Jean-François Rousset, M. Emmanuel Taché de la Pagerie, M. Frédéric Valletoux et Mme Annie Vidal

Votent contre :

Mme Marie-José Allemand, Mme Ségolène Amiot, M. Joël Aviragnet, Mme Delphine Batho, Mme Béatrice Bellay, Mme Anaïs Belouassa-Cherifi, Mme Sylvie Bonnet, M. Louis Boyard, M. Hadrien Clouet, Mme Josiane Corneloup, M. Hendrik Davi, Mme Karen Erodí, M. Olivier Falorni, M. Yannick Favennec-Bécot, Mme Camille Galliard-Minier, M. Guillaume Garot, Mme Océane Godard, M. Jérôme Guedj, Mme Zahia Hamdane, Mme Chantal Jourdan, Mme Élise Leboucher, Mme Murielle Lepvraud, Mme Brigitte Liso, M. Yannick Monnet, M. Sébastien Peytavie, M. Jean-Hugues Ratenon, M. Jean-Claude Raux, Mme Sandrine Rousseau, Mme Sandrine Runel, M. Nicolas Sansu, M. Arnaud Simion, M. Nicolas Turquois et M. Philippe Vigier

Les résultats du scrutin sont donc les suivants :

Nombre de votants : 65

Nombre de suffrages exprimés : 65

Pour l'adoption : 32

Contre : 33

*En conséquence, la commission **rejette** les amendements.*

La réunion est suspendue de onze heures quinze à onze heures vingt-cinq.

Amendement AS84 de M. Guillaume Garot

M. le rapporteur. L'amendement vise à étendre la régulation à l'ensemble des médecins, qu'ils exercent à titre libéral ou salarié, dans un territoire donné.

M. le rapporteur général. Cet article, qui ne règle pas la question de l'absence de zonage des médecins spécialistes, est inopérant.

Il n'existe pas de lien direct entre l'autorisation d'exercer et l'installation : les médecins qui consultent par télémedecine ou qui remplacent un médecin en libéral ne sont ni installés ni salariés. L'article 1^{er} ainsi modifié ne favorisera-t-il pas la télémedecine ou le remplacement de médecin en libéral ? C'est pour moi une source d'inquiétude.

Par ailleurs, l'installation relève de la partie réglementaire du code. En outre, alors que l'Ordre des médecins gère les démarches relatives aux autorisations d'exercice et à l'installation, l'article 1^{er} prévoit que l'ARS délivre l'autorisation d'installation. Or les ARS et l'ordre n'ont pas le même rôle, notamment en matière de déontologie médicale. Il y a un risque d'incohérence ; cet article devrait faire l'objet d'une étude d'impact.

M. Philippe Vigier (Dem). Le texte définit le zonage et prévoit une procédure qui fait intervenir l'ARS et l'Ordre des médecins. Je ne doute pas que nous parvenions à un consensus, monsieur le rapporteur général.

M. Paul-André Colombani (LIOT). L'ARS ne peut adapter immédiatement le zonage, à la suite du départ d'un médecin.

Par ailleurs, votre amendement n'empêchera pas un jeune médecin esthétique non conventionné de s'installer dans une zone surdotée.

M. Jérôme Guedj (SOC). Je me réjouis que nous poursuivions l'examen de ce texte au sein de cette commission où les débats sont toujours pertinents...

Nonobstant les inquiétudes légitimes exprimées à l'égard du zonage, nous soutiendrons cet amendement, qui vise à rassurer et à garantir l'efficacité de l'article 1^{er}.

Je le dis à tous ceux qui nous écoutent au-delà de cette salle, cette proposition de loi tend non pas à stigmatiser l'ensemble des professionnels de santé, mais à les réconcilier.

Les principes fondateurs de la charte de la médecine libérale de 1927, parmi lesquels la liberté de prescription, le paiement à l'acte et la liberté d'installation, ont tous évolué. Cessons de nous y cramponner, d'autant que les médecins libéraux souhaitent également leur évolution. Si nous évitons le déclenchement d'une guerre médicale, nous aurons fait œuvre utile.

Mme Stéphanie Rist (EPR). En effet, nous ne devons pas distinguer les professionnels en fonction de leur mode d'exercice – à l'hôpital, en centre de santé ou en ville. Nous arrivons au bout d'un système : les modes de rémunération des médecins doivent converger, afin de décroiser ces différents types d'exercice et d'aboutir à un système de financement satisfaisant pour le système de santé.

Votre amendement est intéressant, mais, en pratique, il est inopérant. Aujourd'hui, ce sont les centres de santé qui demandent une autorisation d'installation. Les médecins qui souhaiteront travailler dans les centres de santé devront-ils demander une autorisation à l'ARS ? Comment s'appliquera la régulation dans les hôpitaux ? Cette mesure risque de provoquer un appel d'air en faveur des cliniques privées.

M. Nicolas Sansu (GDR). Seuls les centres de santé situés dans des zones surdotées, qui représentent 13 % du territoire, doivent demander cette autorisation ; dans les territoires sous-dotés, ils peuvent s'installer librement comme les médecins libéraux. Du reste, très peu de centres de santé se sont installés dans les zones où un nombre suffisant de médecins exercent. Ils se sont développés principalement dans les villes qui souffraient d'une pénurie, mais également dans les zones rurales.

Dans les zones surdotées, très peu de médecins sont salariés. Si un médecin, peu importe son statut, quitte cette zone, il pourra être remplacé par un autre médecin. En l'absence de départ, l'installation est soumise à autorisation de l'ARS. Il faut arrêter de fantasmer !

M. le rapporteur. La convergence des systèmes de rémunération est une piste intéressante pour fluidifier les parcours et créer une passerelle entre les différents modes d'exercice.

Les zones auxquelles l'article 1^{er} fait référence sont mentionnées à l'article L. 1434-3 du code de la santé publique qui, en revanche, n'évoque pas les médecins généralistes. Il reviendra au décret d'application de l'article 1^{er} de préciser ses conditions d'application. Je suis prêt à travailler avec le gouvernement pour avancer sur ce point.

Ne nous faisons pas peur : dans les zones correctement dotées, il existe peu de centres de santé en médecine générale. Il reste que nous devons travailler sur les zonages. Une bonne régulation implique un bon zonage.

La commission adopte l'amendement.

Amendement AS62 de M. Christophe Bentz

M. Christophe Bentz (RN). Nous sommes opposés au régime d'autorisation d'installation qui entraînerait des effets contraires à ceux recherchés.

Cet amendement de repli vise à supprimer les alinéas 5 et 7 de l'article 1^{er}.

M. le rapporteur. Défavorable.

Mme Murielle Lepvraud (LFI-NFP). Il s'agit là encore de revenir sur la régulation de l'installation. En quoi l'amélioration de l'accès aux soins dérange-t-elle le Rassemblement national ?

Cette proposition de loi ne conditionne l'installation à une autorisation que pour les zones déjà dotées d'un nombre suffisant de médecins, soit 13 % du territoire ; ce n'est pas une mesure de coercition.

*La commission **rejette** l'amendement.*

Amendements AS31 et AS36 de M. Christophe Bentz (discussion commune)

M. Christophe Bentz (RN). Nous refusons catégoriquement que les ARS aient ce type de prérogative : leur fonctionnement échappe au ministère de tutelle et au préfet de région. En outre, ces structures, profondément déconnectées, ne constituent pas le bon échelon.

M. le rapporteur. Défavorable.

*La commission **rejette** successivement les amendements.*

Amendement AS6 de M. Thibault Bazin

M. le rapporteur général. Ne déshabillons pas Pierre – déjà peu vêtu – pour habiller Paul. Cet amendement de repli vise à ne pas empêcher l'installation d'un médecin dans des zones simplement « dotées ».

Monsieur le rapporteur, cet article conduira-t-il à favoriser d'autres modes d'exercice – remplacement de médecin libéral et télémedecine – au détriment de l'installation et du salariat ? Reviendrait-il à l'Ordre des médecins de définir les zones et de délivrer les autorisations d'installation ou n'émettrait-il qu'un avis simple ?

M. le rapporteur. Nous devons travailler sur la question des zonages, tout le monde milite en ce sens.

Votre amendement nuirait à l'efficacité de cet outil de pilotage des politiques publiques dont l'objectif est que les médecins s'installent dans les zones sous-dotées. L'intelligibilité commande l'efficacité.

Avis défavorable.

Mme Stéphanie Rist (EPR). Le débat sur cet amendement met en lumière notre point de désaccord initial. Vous parlez de zones surdotées mais comment les définissez-vous ? Le critère est-il le nombre de médecins par habitant ? En France, il y a par exemple moins de médecins par habitant qu'en Allemagne. Cela signifie-t-il que tout le territoire est sous-doté ? Je le pense. Nous considérons quant à nous qu'il n'existe pas de zones surdotées. Ce n'est pas parce qu'il est plus facile de prendre un rendez-vous sur Doctolib à Nice ou à Lyon que ces villes sont suffisamment dotées.

M. Philippe Vigier (Dem). Des villages situés à une dizaine de kilomètres Nice sont sous-dotés.

Ce n'est ni aux ARS ni aux parlementaires de définir les zones surdotées ou sous-dotées. Il appartient aux professionnels de le faire, au niveau infraterritorial. Je leur fais confiance. Personne n'a soulevé la question du temps médical disponible. Je respecte tout autant celui qui travaille 80 heures par semaine et celui qui préfère s'en tenir à 20. Pour un chirurgien cardiaque, par exemple, il s'agira de savoir combien de patients peuvent être inscrits sur un planning opératoire et de définir ensuite les critères. C'est l'esprit pratique et non le dogmatisme qui nous anime.

Mme Josiane Corneloup (DR). La question du périmètre du zonage est essentielle : ce n'est pas parce qu'une ville importante sera suffisamment dotée que ce sera le cas des petites villes périphériques dans lesquelles l'installation devra donc être autorisée.

La commission rejette l'amendement.

Amendements identiques AS69 de M. Jean-François Rousset et AS77 de Mme Stéphanie Rist

M. Jean-François Rousset (EPR). Le postulat de départ est erroné : ce n'est pas parce qu'un territoire est bien doté que le temps médical est suffisant eu égard aux besoins des usagers et des acteurs de santé.

Conditionner le remplacement d'un médecin au départ d'un autre pourrait entraîner une augmentation du coût de cession de la patientèle et, partant, des honoraires du médecin remplaçant. Par conséquent, les médecins auront plus intérêt à s'installer dans les zones surdotées, ce qui va à l'encontre de la lutte contre les déserts médicaux.

M. le rapporteur. Avis défavorable.

Si l'installation en libéral dans une zone soumise à régulation devient très coûteuse, cela signifie que le système fonctionne : il vise à inciter les médecins à s'installer à quelques dizaines de kilomètres de cette zone, où les besoins sont grands. En tout état de cause, que les élus soient rassurés, nous ne dégradons aucune offre de soins.

M. Michel Lauzzana (EPR). Le précédent amendement sur la régulation de l'installation de médecins en centres médicaux ne résout qu'une petite partie du problème, puisqu'il existe de nombreuses autres formes d'exercice salarié de la médecine, dans l'industrie pharmaceutique ou en tant que médecin de la sécurité sociale, par exemple.

Je voudrais aussi souligner qu'Aurélien Rousseau est contre ce texte. Je rappelle qu'il a été ministre de la santé et qu'il dispose à ce titre d'une certaine expertise.

Enfin, vous ne prenez pas en compte la psychologie des personnes concernées. Des médecins peuvent ainsi décider de partir ou de faire autre chose et les étudiants en médecine avoir une stratégie personnelle. Vous vous bornez à déterminer un nombre de médecins qu'il vous semble possible de répartir sur le territoire.

M. Philippe Vigier (Dem). Je suis contre ces amendements. Je me félicite de voir dans l'exposé des motifs de l'amendement de M. Rousset que nous partageons le même constat : la pénurie de médecins touche 87 % du territoire. Toutefois, après ce constat, on peut lire aussi que « s'il existe effectivement des zones mieux dotées, elles ne sont pas suffisamment dotées pour espérer combler le déficit qui existe dans d'autres territoires ». Mais ce n'est pas ce que nous voulons faire !

Je l'explique à nouveau : la régulation proposée ne concerne que les nouveaux médecins. Leur plaque remplacera une autre plaque ou deux plaques en remplaceront une seule en cas de temps partiel, puisqu'on prend en compte le nombre d'heures médicales disponibles. Le nombre de médecins restent donc le même, il se stabilise. Nous ne dégradons rien. Stabiliser et dégrader, ce n'est pas la même chose.

Mme Joëlle Mélin (RN). En quinze ans, le nombre de médecins – 200 000 en exercice, plus 15 000 en temps partiel ou en cumul emploi retraite – est resté le même. Ce qui a changé, c'est le temps de travail, si bien qu'aujourd'hui il faut 2,4 médecins pour remplacer un médecin à l'ancienne. Ces médecins travaillaient jusqu'à 70 heures par semaine. On aurait dû d'ailleurs s'en soucier, mais cela arrangeait bien tout le monde. C'est bien le nombre d'heures qu'il faut prendre en compte. Or je ne suis pas persuadée que la régulation de l'installation permettra une régulation du nombre d'heures.

Mon second point concerne la téléconsultation. Les systèmes non médicaux qui emploient des médecins salariés obéissent à une logique de financiarisation et sont aux aguets pour déployer des cabines de téléconsultation, peut-être même dans des stations-services. Monsieur le rapporteur, pouvez-vous nous rassurer : la téléconsultation sera-t-elle régulée ?

Mme Sandrine Rousseau (EcoS). J'entends dire qu'on va manquer de médecins parce que les études de médecine ne sont plus attractives. Je rappelle que si nous manquons de médecins, c'est bien à cause du *numerus clausus* et du *numerus apertus*. Le potentiel est là : en 2024, 986 000 lycéens ont fait une demande en Pass et 450 000 en LAS. Il faut donc ouvrir davantage de possibilités pour les études de médecine et répartir les médecins sur le territoire.

M. le rapporteur général. La diminution considérable du temps de travail médical n’a pas été anticipée. Elle pose la question de savoir si un médecin qui s’arrête peut être remplacé par un seul médecin. Je n’ai pas la réponse, mais il faut prendre garde à ne pas créer de nouveaux déserts médicaux avec des médecins qui travailleraient deux fois moins.

On a beaucoup parlé du développement du salariat. Je constate pourtant que des postes salariés restent vacants et qu’il existe d’autres formes d’exercice : certains médecins préfèrent faire des remplacements, parfois pendant de longues périodes, voire ne s’installeront pas, d’autres exercent en télémedecine – pas toujours d’ailleurs dans les meilleures conditions pour le patient. Nous devons nous demander d’ici à la séance si l’adoption de l’article 1^{er} tel que nous l’avons modifié n’entraînera pas un développement du remplacement et de la télémedecine. Pour les médecins spécialistes, le zonage ne pourra être mis en place que si le décret est modifié. Que se passera-t-il s’il ne l’est pas ?

M. le rapporteur. Nous ne sommes qu’au début du processus législatif. Nous avons donc le temps de réfléchir pour trouver des réponses à ces questions. Aujourd’hui, nous avons posé un principe et c’est l’essentiel. Nous allons ensuite regarder, modalité après modalité, comment le mettre en œuvre.

Il est procédé au vote, par scrutin public et par appel nominal, des amendements.

Voteur pour :

M. Thibault Bazin, M. Christophe Bentz, M. Théo Bernhardt, Mme Sylvie Bonnet, M. Éric Bothorel, Mme Nathalie Colin-Oesterlé, M. Paul-André Colombani, Mme Sandra Delannoy, Mme Sylvie Dezarnaud, M. Fabien Di Filippo, Mme Sandrine Dogor-Such, M. Gaëtan Dussausaye, M. Olivier Fayssat, Mme Agnès Firmin Le Bodo, M. Guillaume Florquin, M. Thierry Frappé, M. François Gernigon, Mme Justine Gruet, M. Cyrille Isaac-Sibille, M. Michel Lauzzana, Mme Christine Le Nabour, M. René Lioret, Mme Christine Loir, Mme Joëlle Mélin, M. Serge Muller, Mme Angélique Ranc, Mme Stéphanie Rist, Mme Anne-Sophie Ronceret, M. Jean-François Rousset, M. Emmanuel Taché de la Pagerie, M. Frédéric Valletoux et Mme Annie Vidal

Voteur contre :

Mme Marie-José Allemand, Mme Ségolène Amiot, M. Joël Aviragnet, Mme Delphine Batho, Mme Béatrice Bellay, Mme Anaïs Belouassa-Cherifi, M. Louis Boyard, M. Hadrien Clouet, Mme Josiane Corneloup, M. Hendrik Davi, Mme Karen Erodi, M. Yannick Favennec-Bécot, M. Guillaume Garot, Mme Océane Godard, M. Jérôme Guedj, Mme Zahia Hamdane, Mme Chantal Jourdan, Mme Élise Leboucher, Mme Murielle Lepvraud, M. Yannick Monnet, M. Sébastien Peytavie, M. Jean-Hugues Ratenon, M. Jean-Claude Raux, Mme Sandrine Rousseau, Mme Sandrine Runel, M. Nicolas Sansu, M. Arnaud Simion et M. Philippe Vigier

S'abstient : Mme Camille Galliard-Minier

Les résultats du scrutin sont donc les suivants :

Nombre de votants : 61

Abstention : 1

Nombre de suffrages exprimés : 60

Pour l'adoption : 32

Contre : 28

*En conséquence, la commission **adopte** les amendements et l'amendement AS38 de M. Christophe Bentz **tombe**.*

Amendement AS67 de Mme Béatrice Bellay

Mme Béatrice Bellay (SOC). À l'aune de nos discussions, je retire mon amendement pour le retravailler avec les médecins et l'ARS de mon territoire.

*L'amendement est **retiré**.*

Amendements identiques AS72 de M. Jean-François Rousset et AS75 de Mme Stéphanie Rist

M. Jean-François Rousset (EPR). L'amendement vise à intégrer les représentants des étudiants en médecine dans la consultation prévue par l'article 1^{er} sur la régulation de l'installation des médecins. Il me semble indispensable de leur donner la parole et de les écouter pour les faire venir en confiance vers le système de santé.

M. le rapporteur. Il faut en effet élargir la consultation, mais pas seulement aux étudiants en médecine. Il serait très utile d'y associer également les représentants des usagers. Je vous propose donc de retirer vos amendements pour que nous puissions nous mettre d'accord sur les partenaires qu'il faudrait associer à cette consultation.

M. le rapporteur général. Je préfère que nous améliorions d'ores et déjà le texte en intégrant les représentants des étudiants en médecine. Libre à vous de le compléter en séance.

Mme Joëlle Mélin (RN). Je vais dans le même sens que notre collègue Bazin. Les patients doivent bien entendu être pris en compte, mais il est question ici de l'avenir des étudiants en médecine. Nous devons les rassurer.

M. Philippe Vigier (Dem). Si nous déposons un amendement en séance pour inclure les usagers, vous engagez-vous à le soutenir ?

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Je rejoins le collègue Vigier. Nous devons inclure les usagers autant que les professionnels.

Le dispositif « personnes qualifiées » dans les ARS permet d'inclure des représentantes et des représentants des étudiants en médecine pour discuter notamment du zonage. Utiliser ce dispositif serait plus efficace que voter cet amendement.

M. le rapporteur. Si l'on ne travaille pas avec l'ensemble des partenaires, ce qui me semble plus juste, mon avis sera défavorable.

*La commission **adopte** les amendements.*

Conformément aux dispositions de l'article 44, alinéa 2, du Règlement, il est procédé au vote, par scrutin public et par appel nominal, de l'article 1^{er}.

Votent pour :

Mme Marie-José Allemand, Mme Ségolène Amiot, M. Joël Aviragnet, Mme Delphine Batho, Mme Béatrice Bellay, Mme Anaïs Belouassa-Cherifi, M. Louis Boyard, M. Hadrien Clouet, Mme Josiane Corneloup, M. Hendrik Davi, Mme Karen Erodi, M. Yannick Favennec-Bécot, M. Guillaume Garot, Mme Océane Godard, M. Jérôme Guedj, Mme Zahia Hamdane, Mme Chantal Jourdan, Mme Élise Leboucher, Mme Murielle Lepvraud, M. Yannick Monnet, M. Sébastien Peytavie, M. Jean-Hugues Ratenon, M. Jean-Claude Raux, Mme Sandrine Rousseau, Mme Sandrine Runel, M. Nicolas Sansu, M. Arnaud Simion, M. Nicolas Turquois et M. Philippe Vigier

Votent contre :

M. Thibault Bazin, M. Christophe Bentz, M. Théo Bernhardt, Mme Sylvie Bonnet, M. Éric Bothorel, Mme Nathalie Colin-Oesterlé, M. Paul-André Colombani, Mme Sandra Delannoy, Mme Sylvie Dezarnaud, M. Fabien Di Filippo, Mme Sandrine Dogor-Such, M. Gaëtan Dussausaye, M. Olivier Fayssat, Mme Agnès Firmin Le Bodo, M. Guillaume Florquin, M. Thierry Frappé, M. François Gernigon, Mme Justine Gruet, M. Cyrille Isaac-Sibille, M. Michel Lauzzana, Mme Christine Le Nabour, M. René Lioret, Mme Christine Loir, Mme Joëlle Melin, M. Serge Muller, Mme Angélique Ranc, Mme Stéphanie Rist, Mme Anne-Sophie Ronceret, M. Jean-François Rousset, M. Emmanuel Taché de la Pagerie, M. Frédéric Valletoux et Mme Annie Vidal

S'abstient : Mme Camille Galliard-Minier

Les résultats du scrutin sont donc les suivants :

Nombre de votants : 62

Abstention : 1

Nombre de suffrages exprimés : 61

Pour l'adoption : 29

Contre : 32

*En conséquence, la commission **rejette** l'article 1^{er} **modifié**.*

Après l'article 1^{er}

Amendement AS16 de M. Fabrice Brun

M. Fabrice Brun (DR). Merci de m'accueillir dans votre commission pour ce débat passionnant et passionné.

Mon amendement propose de mettre en place un indicateur territorial de l'offre de soins, qui me semble nécessaire pour améliorer le zonage médical. Les questions de démographie médicale varient en effet en fonction des territoires. Les inégalités sont énormes – et s'accroissent. Il y a ainsi trois à six fois plus de médecins à Paris ou à Lyon qu'en Ardèche ou dans la Mayenne.

Il revient d'abord aux médecins d'organiser le travail pour soigner l'ensemble de la population. S'ils ne le font pas, les politiques doivent prendre la main et réguler de façon douce, sur le principe d'une installation pour un départ. L'indicateur territorial contribuerait à la mise en place de ce principe puisqu'il aurait pour objet d'évaluer la densité de l'offre de soins médicaux et paramédicaux des territoires, pondérée par leur situation démographique, sanitaire, économique et sociale et de prendre en compte les évolutions anticipées de l'offre de soins résultant de la démographie des professions de santé.

M. le rapporteur. Cet amendement est tout à fait dans l'esprit des travaux du groupe transpartisan mais je propose son retrait afin que nous puissions affiner cet indicateur sur le plan légistique. Nous reviendrons sur le principe de régulation en séance.

M. Fabrice Brun (DR). Je le retire, mais j'insiste sur la nécessité de prendre en considération toutes les inégalités territoriales autour de l'offre de soins – l'absence de médecin traitant, la difficulté pour obtenir un rendez-vous avec un spécialiste. En Ardèche, par exemple, il n'est pas rare d'être à 2 heures d'un CHU. Or des études très précises, malheureusement peu médiatisées, font apparaître que les chances de survie après un accident cardiovasculaire peuvent être jusqu'à dix fois inférieures pour les habitants de ces territoires éloignés des CHU.

*L'amendement est **retiré**.*

Amendements identiques AS71 de M. Jean-François Rousset et AS76 de Mme Stéphanie Rist

Mme Stéphanie Rist (EPR). Dans ma région, qui est la plus défavorisée en termes d'accès aux soins, la directrice de l'ARS a mis en place une concertation avec l'association départementale des maires sur les zones sous-dotées. Cet amendement vise à étendre la concertation sur le zonage avec les associations départementales des maires, ce qui permettrait notamment d'éviter la concurrence pour attirer des médecins.

M. le rapporteur. Les conseils territoriaux de santé (CTS) permettent déjà le débat avec les élus, de tous les niveaux. Ils y sont d'ailleurs très présents. Pourquoi, par ailleurs, ne prévoir qu'une seule catégorie d'élus ? Cela risque de créer d'autres dissensions.

Avis défavorable.

Mme Stéphanie Rist (EPR). Les maires sont certes représentés dans les CTS, mais nous nous sommes rendu compte que la concertation avec l'association départementale des maires – donc avec l'ensemble des maires du département – permettait d'éviter la concurrence.

Mme Justine Gruet (DR). Le CTS n'est pas forcément bien connu. Les maires, les représentants des intercommunalités et des départements n'y siègent pas toujours. Moi-même, souvent, je ne peux assister à ses réunions, qui se tiennent les mardis et mercredis, journées dédiées à l'activité parlementaire. Dans les faits, la représentativité des CTS est donc faible.

M. Philippe Vigier (Dem). L'approche doit être infra, territoire par territoire, et il faut associer les communautés de communes. Dans le cadre des contrats de plan État-région, j'observe dans ma région que les porteurs de projets sont, à 91 %, les intercommunalités. Une telle approche permet une vision plus précise : au sein du même département, on peut avoir des zones « normalement dotées » et des zones très sous-dotées.

Mme Joëlle Mélin (RN). C'est au niveau, non pas du CTS, mais de l'association départementale que les maires pourront avoir une vision coordonnée. Peu importe s'il y a redondance. Il faut mettre fin à la surenchère dans la concurrence entre les municipalités.

M. Michel Lauzzana (EPR). Depuis le covid, les collectivités s'emparent en effet davantage des questions de santé. Comme M. Vigier, je pense qu'il faut retenir l'échelle de l'intercommunalité. Elle me semble la plus propice pour régler les problèmes de compétition entre maires. En tout état de cause, un regard territorial est important pour la démocratie médicale.

Mme Delphine Batho (EcoS). Le mécanisme de zonage, qui repose sur un indicateur peu satisfaisant, associe déjà souvent les élus locaux. Ce que propose l'amendement existe déjà dans le code de la santé publique.

Ce que demandent les élus locaux, en tout cas dans les territoires ruraux comme le mien, c'est qu'on ne se contente pas de constater les inégalités d'accès aux soins et de jongler avec les zonages : ils veulent que les installations soient fléchées vers les territoires qui en ont besoin.

Mme Stéphanie Rist (EPR). Très peu d'élus participent effectivement aux discussions sur le zonage au sein des CTS, qui ne permettent d'ailleurs pas d'avoir une vision départementale. Or, dans un département comme le mien, constitué à 95 % de zones sous-dotées, il est important de prendre en compte les 5 % qui restent au niveau départemental. En tout cas, les maires le demandent pour éviter la concurrence.

Il peut arriver que certaines zones soient automatiquement classées comme sous-dotées alors que, en raison par exemple de la baisse de la population, elles ne le sont clairement plus. Qui mieux que les maires peut savoir comment répartir ces zones ?

M. Philippe Vigier (Dem). Je me suis livré à une petite expérience dans mon département : sur 373 maires, 368 se sont prononcés en faveur de la régulation.

Mme Delphine Batho (EcoS). Pour le zonage, nous sommes confrontés à deux problèmes : d'une part, la méthode employée pour le définir, notamment parce que l'indicateur repose sur des données obsolètes ; d'autre part, le mécanisme de plafonnement budgétaire. Sur tous les territoires, il existe des zones qui auraient dû être définies comme étant prioritaires et qui ne le sont pas. Dans les Deux-Sèvres, le mécanisme de plafonnement limite ainsi à 46 % la part de la population relevant d'un désert médical. La participation des élus locaux n'est pas en jeu ici.

La commission rejette les amendements.

Amendement AS51 de Mme Justine Gruet

Mme Justine Gruet (DR). Un médecin exerçant en zone surdotée peut remplacer un autre médecin dans une zone sous-dotée. Toutefois, s'il veut être lui-même remplacé afin d'assurer une continuité des soins auprès de sa patientèle, il doit demander une dérogation auprès du président de chaque conseil départemental de l'Ordre des médecins. Nous proposons de rendre cette autorisation systématique afin de mobiliser un plus grand nombre de médecins dans ce mouvement de solidarité territoriale. Une expérience a été menée en ce sens dans le Jura.

M. le rapporteur. Vous mettez à raison en lumière des pratiques vertueuses de solidarité territoriale entre médecins, qui sont à saluer. Toutefois, cet amendement d'appel ne s'inscrit pas dans le champ de l'article 1^{er} : il a pour objet l'installation des médecins et ne concerne donc pas les remplacements.

Demande de retrait ou défavorable.

*La commission **rejette** l'amendement.*

Amendement AS64 de M. Nicolas Turquois

M. Nicolas Turquois (Dem). Parmi les axes à suivre pour offrir une solution médicale dans les territoires sous-dotés, il y a l'amélioration des modalités de remplacement. Les médecins ont du mal à trouver des remplaçants pour partir en congés et quand ils n'ont d'autre solution que de fermer leur cabinet, ils se prennent souvent une volée de bois vert à leur retour de vacances. Cela ne contribue pas à rendre les territoires attractifs. Par cette demande de rapport, j'aimerais appeler l'attention sur les applications électroniques innovantes qui facilitent la mise en relation des professionnels de santé.

M. le rapporteur. Je partage ce constat mais suis défavorable à ce rapport supplémentaire, qui viendrait s'ajouter à une multitude d'informations déjà en notre possession. Je vous propose de retirer votre amendement : nous verrons d'ici à la séance comment prendre en compte les plateformes utilisées pour les remplacements.

*L'amendement est **retiré**.*

Article 2 : *Suppression de la majoration de la participation de l'assuré social en cas d'impossibilité de désigner un médecin traitant*

Amendement AS9 de M. Thibault Bazin

M. le rapporteur général. Cet article 2 est intéressant et mon amendement tend à élargir le champ de l'exonération de la majoration imposée aux assurés privés de médecin traitant. Certains se retrouvent bien malgré eux exclus du dispositif. Pensons aux personnes jeunes, aux personnes âgées ou aux personnes en situation handicap, qui ne sont pas toujours bien informées du cadre conventionnel du parcours de soins ou encore aux personnes confrontées aux difficultés d'en trouver un nouveau après le départ à la retraite ou le décès de leur praticien ou à la suite d'un déménagement. Plusieurs médecins avec lesquels j'ai échangé m'ont dit ne pas appliquer de majoration aux patients n'ayant pas déclaré de médecin traitant, choisissant dans leur nomenclature les catégories « soins d'urgence » ou « hors résidence ». Pour la plupart, le problème qui a motivé l'article 2 ne se pose même pas.

Par ailleurs, j'ai demandé à l'administration des précisions sur les montants que représente cette majoration injuste mais n'ai pas encore obtenu de réponses. Peut-être avez-vous été éclairés sur ce point lors des auditions préalables ?

M. le rapporteur. Nous attendons aussi les chiffres.

Demande de retrait ou avis défavorable.

M. le rapporteur général. Dans un esprit constructif, je retire mon amendement : une réécriture commune nous permettra, je l'espère, de trouver une solution à cette pénalisation scandaleuse des patients.

L'amendement est retiré.

La commission adopte l'amendement rédactionnel AS87 de M. Guillaume Garot.

Puis elle adopte l'article 2 modifié.

Après l'article 2

Amendement AS14 de M. Fabrice Brun

M. Fabrice Brun (DR). Par cet amendement d'appel, je demande un rapport portant sur la suppression du dispositif du médecin référent, pensant aux 6 millions de Français qui en sont dépourvus, parmi lesquels 600 000 personnes atteintes d'une affection de longue durée (ALD).

M. le rapporteur. Le problème n'est pas la notion juridique de médecin traitant mais bien la pénalité financière qui s'applique aux assurés qui ne peuvent en désigner. Je suis favorable au maintien de ce dispositif qui répond à un principe d'organisation de notre système de soins qu'il faut réaffirmer.

M. Fabrice Brun (DR). Je suis également favorable à ce dispositif qui favorise la coordination des soins mais j'insiste sur la situation de ces 6 millions de personnes qui n'ont pas de médecin traitant.

L'amendement est retiré.

Amendement AS19 de M. Fabrice Brun

M. Fabrice Brun (DR). Il s'agit d'une autre demande de rapport, qui porte cette fois-ci sur les conséquences financières du système de majoration pour les personnes dépourvues de médecin traitant. Il n'est pas normal qu'elles fassent l'objet d'une double peine : elles sont non seulement moins bien soignées mais aussi moins bien remboursées par l'assurance maladie.

M. le rapporteur. Je suis d'accord avec votre analyse mais je vous demanderai de bien vouloir retirer votre amendement. Un rapport ne me semble pas utile.

M. Fabrice Brun (DR). J'espère que vous pourrez nous donner des chiffres précis d'ici à la séance.

L'amendement est retiré.

Article 3 : Territorialisation des études de santé

Amendement AS32 de M. Christophe Bentz

M. Christophe Bentz (RN). Cet amendement rédactionnel entend donner davantage de sens à l’alinéa 2, dont les termes ne paraissent pas adaptés. Je ne vois pas en quoi l’accès aux soins devrait être « démocratique ». Nous vous proposons de remettre les patients au cœur de la phrase.

M. le rapporteur. Avis défavorable.

Par votre amendement, vous voulez garantir l’accès aux études médicales « à tous les patients ». Notre texte vise plus large : il concerne non seulement les patients – rares à s’inscrire en première année de médecine, vous en conviendrez – mais aussi l’ensemble des étudiants en santé.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Il est tout à votre honneur, monsieur Bentz, de vouloir former toutes les patientes et tous les patients en leur garantissant un accès aux études de médecine. Cela aurait l’avantage d’élever les connaissances médicales dans la population mais je ne crois pas que ce soit l’objectif recherché et l’hypothèse la plus probable est que vous avez fait une confusion dans les articles.

*La commission **rejette** l’amendement.*

*Puis elle **adopte** l’amendement rédactionnel AS88 de M. Guillaume Garot.*

*En conséquence, les amendements AS33 et AS40 de M. Christophe Bentz **tombent**.*

Amendement AS46 de M. Christophe Bentz

M. Christophe Bentz (RN). Il s’agit de préciser que l’accès aux études médicales est garanti en particulier dans les zones rurales et d’outre-mer sous-dotées, qui sont les premières à souffrir de la désertification médicale.

M. le rapporteur. Avis défavorable : amendement déjà satisfait.

M. Louis Boyard (LFI-NFP). Le Rassemblement national parle à longueur de journée des quartiers populaires sans véritablement les connaître et nous en avons une nouvelle preuve. Il semble ignorer en effet qu’au même titre que les zones rurales et les outre-mer, ceux-ci font partie des déserts médicaux, tout comme d’ailleurs les grandes villes. À trop en faire, on n’en fait pas assez : vous devriez tout simplement arrêter de faire.

*La commission **rejette** l’amendement.*

Amendement AS29 de M. François-Xavier Ceccoli

M. François-Xavier Ceccoli (DR). Nous considérons que le futur CHU de Corse n'a pas forcément à être situé « au sein du chef-lieu de la collectivité de Corse ». Nous préférons la rédaction de la proposition de loi visant à la création d'un centre hospitalier universitaire en Corse, dont notre commission avait été saisie le 15 octobre 2024, qui l'établit au sein « de la collectivité de Corse en tenant compte des spécificités locales ». En clair, il s'agit d'éviter qu'Ajaccio, déjà dotée d'une grande avance, notamment avec son nouvel hôpital, ne concentre l'offre de soins.

M. le président Frédéric Valletoux. Vous ne voulez pas que l'on tranche maintenant la question de la localisation du CHU de Corse ? (*Sourires.*)

M. le rapporteur. Cette proposition de loi a déjà été adoptée par notre assemblée.

Demande de retrait ; à défaut, sagesse.

L'amendement est retiré.

La commission adopte l'article 3 modifié.

Article 4 : *Rétablissement d'une permanence obligatoire de soins ambulatoires*

Amendements de suppression AS4 de M. Paul-André Colombani, AS7 de M. Thibault Bazin, AS70 de M. Jean-François Rousset et AS78 de Mme Stéphanie Rist

M. Paul-André Colombani (LIOT). La permanence de soins obligatoire qu'instaure cet article est une fausse bonne réponse. Partout, il y a une pénurie de médecins. Ces nouvelles contraintes feront partir les derniers soldats qui tiennent les territoires tendus. Nous voulons donc supprimer ces dispositions totalement contre-productives.

M. Jean-François Rousset (EPR). Faisons confiance aux professionnels et cessons de tout vouloir encadrer.

Mme Stéphanie Rist (EPR). La loi Valletoux a permis de mettre en place des dispositifs intéressants comme l'ouverture des services d'accès aux soins à d'autres filières. Même si la situation semble s'aggraver pour nos patients, la permanence des soins s'est améliorée avec 92 % du territoire désormais couvert. Appliquons d'abord ce qui a été voté.

J'ajoute que cette obligation s'imposant à tous les médecins, beaucoup d'entre eux préféreront partir à la retraite, ce qui affectera l'accès aux soins.

M. le rapporteur. Je ne nie pas que certaines organisations fonctionnent mais il y a partout des trous dans la raquette. Cet article repose sur un principe de solidarité : mieux répartir la charge qui pèse sur les praticiens à l'échelle d'un territoire afin qu'elle soit supportable pour chacun.

M. le président Frédéric Valletoux. À titre personnel, je m'abstiendrai sur cet article. Dans un système universel comme le nôtre, je considère que les acteurs du soin doivent servir l'intérêt général, et la participation à la permanence des soins est l'un des moyens d'y contribuer. D'un autre côté, je suis sensible à l'amendement de Mme Rist. La mise en œuvre de l'obligation de permanence des soins pour les cliniques, que nous avons adoptée dans le cadre de la proposition de loi que j'avais défendue, se heurte à des difficultés sur le terrain. L'État ne semble pas être au rendez-vous. Procédons par étapes.

M. Nicolas Sansu (GDR). Dans la maison médicale de garde située dans le chef-lieu de ma circonscription, les volontaires doivent assurer la permanence des soins toutes les six semaines. Si elle était rendue obligatoire, ils n'auraient plus à le faire que toutes les quinze ou seize semaines. Pour éviter aux professionnels volontaires l'épuisement, il serait bon que la charge soit partagée.

M. Michel Lauzzana (EPR). S'appuyant sur une récente étude menée par le Conseil national de l'Ordre des médecins, son président m'indiquait que la permanence des soins connaissait une nette amélioration, notamment parce que davantage de professionnels y adhèrent. Ne cassons pas cette dynamique. Cette obligation risque, en outre, d'affecter des médecins déjà très fatigués par leur lourde charge de travail, notamment dans les zones rurales.

Mme Joëlle Mélin (RN). Environ 15 000 médecins travaillent à temps partiel ou dans le cadre du cumul emploi-retraite. Beaucoup parmi ces derniers nous avaient mis en garde, lors de l'examen des propositions de loi défendues par Mme Rist et par vous-même, monsieur le président : si la participation à la permanence des soins était rendue obligatoire, ils ne pourraient plus suivre, eux qui travaillent à l'ancienne en ne comptant pas leurs heures. Comment l'imposer aussi à des femmes enceintes ? Que ceux qui, ici, s'exclament viennent travailler 70 heures par semaine en milieu semi-rural, comme c'était mon cas lorsque j'étais généraliste, et nous en reparlerons.

Se pose en outre le problème de la compensation des gardes. S'il est bien pris en compte dans le milieu hospitalier, il ne l'est pas dans le secteur libéral. Des amendements devraient apporter des correctifs.

En quarante ans, la permanence des soins a été réorganisée à de multiples reprises, avec des résultats variables selon les territoires. Aujourd'hui, 95 % du territoire national est couvert, alors qu'il n'y a pas de coercition : cela me paraît quand même très bien.

M. Philippe Vigier (Dem). Je voterai contre ces amendements de suppression. Dans mon territoire, après nous être bagarrés pendant un an et demi, nous sommes parvenus à établir une permanence des soins grâce à des praticiens qui se sont engagés à assurer des soins non programmés. Le taux atteint 65 médecins pour 100 000 habitants, à 100 kilomètres de Paris, et la moitié des médecins effecteurs ont plus de 70 ans. Jean-François Rousset comme moi-même avons été astreints à des gardes obligatoires et je ne crois pas que nous nous en sommes plus mal portés. J'estime que les médecins participent au service public : à ce titre, ils ont une responsabilité dans le continuum des soins.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Certains collègues se félicitent de la belle dynamique que connaît la permanence des soins. Selon leurs propres chiffres, la participation des médecins serait passée en deux ans de 38 % à 39 %. Mais à ce rythme-là, les patients devront attendre cent vingt ans pour que tout le territoire soit couvert. C'est un peu long !

Rétablir une permanence obligatoire de soins aidera d'abord les médecins grâce à la mutualisation : le tiers des médecins qui assurent déjà cette permanence verront leur charge de travail divisée par trois et les femmes enceintes pourront être dégagées de toute astreinte. Ensuite, cela aidera le système de santé dans sa globalité en limitant les reports sur les urgences. Enfin, cela aidera les personnes qui ont la mauvaise idée de tomber malade entre 20 heures et 8 , auxquelles le droit à la santé doit aussi être assuré. Cette organisation du système de soins est d'intérêt général.

M. Paul-André Colombani (LIOT). Dans certains territoires, notamment ceux qui sont surdotés, cette permanence obligatoire aboutira sans doute à un allègement de la charge de travail mais dans d'autres, cela aura des effets contre-productifs. Comment feront les praticiens se partageant à quatre ou cinq des territoires de montagne ou des petits bassins de vie pour assurer des gardes un week-end par mois alors qu'ils travaillent déjà plus de 60 heures par semaine ? Ils seront tentés de partir et l'attractivité de la zone sera encore réduite.

Dans la région où j'habite, la permanence des soins est parfaitement organisée mais depuis le 1^{er} janvier, le médecin effecteur doit s'assurer, avant de soigner un patient, que celui-ci a d'abord appelé la régulation du 15. S'il le reçoit quand même, il lui faut facturer des dépassements d'honoraires, au risque de se voir réclamer des indus. C'est l'exemple typique de la fausse bonne mesure qui part d'en haut et qui, appliquée sur le terrain, met en péril tout un système.

Mme Delphine Batho (EcoS). La permanence des soins s'est-elle dégradée depuis qu'il n'est plus obligatoire pour les praticiens d'y participer ? La réponse est oui. Et il nous faut prendre en compte l'épuisement professionnel de ceux qui se portent volontaires.

Je suis lasse d'entendre ces arguments sur les risques encourus par les femmes enceintes et les médecins ayant dépassé l'âge de la retraite. Le Conseil de l'Ordre a déjà mis en place une procédure d'exemption pour la permanence des soins et si leur situation l'exige, les praticiens pourront demander à ne pas y participer.

Mme Stéphanie Rist (EPR). Certes, monsieur Vigier, il faut que nos professionnels de santé aient le sens du service public. Toutefois cette responsabilisation n'implique pas que la participation à ces missions soit obligatoire pour tous et prenne la même forme. Ils doivent pouvoir être rémunérés et choisir. Il importe également de prendre en compte les progrès accomplis dans la permanence de soins : 96 % des territoires sont déjà couverts. Une dynamique est à l'œuvre. Dans ma circonscription, même si l'accès aux soins non programmés reste compliqué, l'amélioration est nette depuis cinq ans.

Mme Justine Gruet (DR). Ajoutons que les médecins n'échappent pas aux phénomènes sociétaux : comme de plus en plus de Français, ils veulent avoir du temps en dehors de leur vie professionnelle. Ce souhait n'est pas antinomique avec celui des patients de bénéficier d'une prise en charge de qualité, rapide, efficace, comme le montre l'exemple du Jura. L'organisation de la permanence des soins a été modifiée : les tours de garde au sein de cinq secteurs ont été supprimés au profit de permanences au sein d'une maison médicale de garde, située juste à côté des urgences hospitalières, vers laquelle le patient est orienté si son état n'exige pas une hospitalisation.

*La commission **rejette** les amendements.*

Amendements AS54 de M. Cyrille Isaac-Sibille, AS83 de M. Frédéric Valletoux et AS86 de M. Guillaume Garot (discussion commune)

M. Cyrille Isaac-Sibille (Dem). L'obligation de permanence des soins doit s'appliquer, outre aux médecins libéraux, aux médecins salariés qui ont fait le choix de travailler 35 heures par semaine et de s'arrêter chaque jour à 17 heures.

M. le rapporteur. Avis favorable sur les trois amendements.

*La commission **adopte** l'amendement AS54.*

*En conséquence, les amendements AS83 et AS86 **tombent**.*

Amendement AS26 de M. Thierry Frappé

M. Thierry Frappé (RN). Cet amendement vise à préserver l'équilibre entre continuité des soins et prise en compte des situations particulières des professionnels de santé. Une exemption doit être prévue pour les femmes enceintes ainsi que pour les professionnels confrontés à des limitations médicales ou physiques, après une évaluation effectuée par les ordres professionnels compétents, préférable à une exemption automatique liée à l'âge.

M. le rapporteur. Défavorable : demande déjà satisfaite.

*La commission **rejette** l'amendement.*

*Puis elle **adopte** l'article 4 **modifié**.*

Après l'article 4

*Suivant l'avis du rapporteur, la commission **rejette** l'amendement AS35 de M. Christophe Bentz.*

*À la demande du rapporteur, l'amendement AS22 de M. Fabrice Brun est **retiré**.*

Amendement AS11 de M. Sébastien Humbert

M. Christophe Bentz (RN). L'amendement est défendu.

*Suivant l'avis du rapporteur, la commission **rejette** l'amendement.*

Article 5 : *Gage de recevabilité financière*

*La commission **adopte** l'article 5 **non modifié**.*

*Puis elle **adopte** l'ensemble de la proposition de loi **modifiée**.*

*

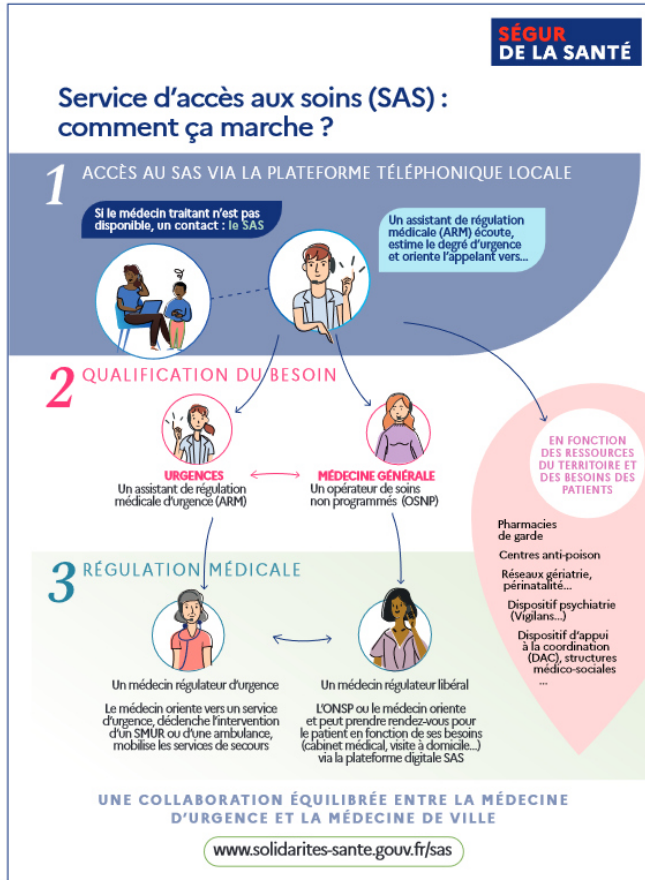
* *

*En conséquence, la commission des affaires sociales demande à l'Assemblée nationale d'**adopter** la proposition de loi figurant dans le document annexé au présent rapport.*

– Texte adopté par la commission : <https://assnat.fr/zdbCHu>

– Texte comparatif : <https://assnat.fr/zwmDi3>

ANNEXE N° 1 : LE FONCTIONNEMENT DES SERVICES D'ACCÈS AUX SOINS (SAS)



ANNEXE N° 2 : LISTE DES PERSONNES ENTENDUES PAR LE RAPPORTEUR

(par ordre chronologique)

➤ *Table ronde :*

– **Conseil national de l'Ordre des médecins** – **Dr François Arnault**, président, et **M. Francisco Jornet**, directeur des services juridiques

– **Conseil national de l'ordre des infirmiers** – **Mme Sylviane Mazière-Tauran**, présidente

– **Conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes** – **Dr Alain Durand**, président, et **M Victor Viguerard**, juriste

– **Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes** – **Mme Pascale Mathieu**, présidente

➤ *Table ronde :*

– **Association des maires de France (AMF)** – **M. Frédéric Chéreau**, vice-président, maire de Douai

– **Association des maires ruraux de France (AMRF)** – **M. Gilles Noël**, vice-président, maire de Varzy, **Mme Isabelle Dugelet**, membre du conseil d'administration, maire de La Gresle

– **Association des petites villes de France (APVF)** – **M. Xavier Nicolas**, trésorier adjoint, maire de Senonches, et **M. Clément Boutruche**, conseiller Santé

– **Départements de France** – **M. Philippe Gouet**, président du groupe de travail Santé, président du département de Loir-et-Cher, et **M. Éric Bellamy**, directeur Solidarité, santé, travail

– **Régions de France** – **M. Vincent Bounes**, vice-président Santé et lutte contre les déserts médicaux de la région Occitanie, et **Mme Laura Lehmann**, conseillère Santé

– **France Assos Santé** – **M. Marc Morel**, directeur général, **Mme Anne Taquet**, chargée de mission Offre de soins, et **Mme Féreuze Aziza**, chargée de mission Assurance maladie

– **Union fédérale des consommateurs – Que Choisir (UFC-Que Choisir)** – **Mme Marie-Amandine Stévenin**, présidente

– **Association de citoyens contre les déserts médicaux (ACCDM)** – **Mme Laure Artru**, présidente, et **Mme Claudine Le Barbier**, vice-présidente en charge de la Dordogne

➤ *Table ronde :*

– **Association nationale des étudiants de médecine de France (ANEMF) – M. Lucas Poittevin**, président, et **Mme Dahlia Laktib**, vice-présidente chargée des perspectives professionnelles

– **Intersyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale (Isnar-MG) – M. Bastien Bailleul**, président

– **InterSyndicale nationale des internes (Isni) – M. Killian L’helgouarc’h**, président, et **M. Thomas Citti**, vice-président chargé des politiques de santé

– **Regroupement autonome des généralistes jeunes installés et remplaçants (ReAGJIR) – Dr Raphaël Dachicourt**, président

** 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 N° 3 :
LISTE DES CONTRIBUTIONS REÇUES PAR LE RAPPORTEUR

- Fédération française des médecins généralistes (« MG France »)
- Avenir Spé
- Confédération des syndicats médicaux français (CSMF)

ANNEXE N° 4 :
TEXTES SUSCEPTIBLES D'ÊTRE ABROGÉS OU MODIFIÉS À
L'OCCASION DE L'EXAMEN DE LA PROPOSITION DE LOI

Proposition de loi	Dispositions en vigueur modifiées	
	<i>Codes et lois</i>	<i>Numéro d'article</i>
<i>Article</i>		
1 ^{er}	Code de la santé publique	L. 4111-1 et L. 4111-1-3 <i>[nouveau]</i>
2	Code de la sécurité sociale	L. 162-5-3
3	Code de l'éducation	L. 632-1
3	Code de la santé publique	L. 6141-2
4	Code de la santé publique	L. 1110-4-1