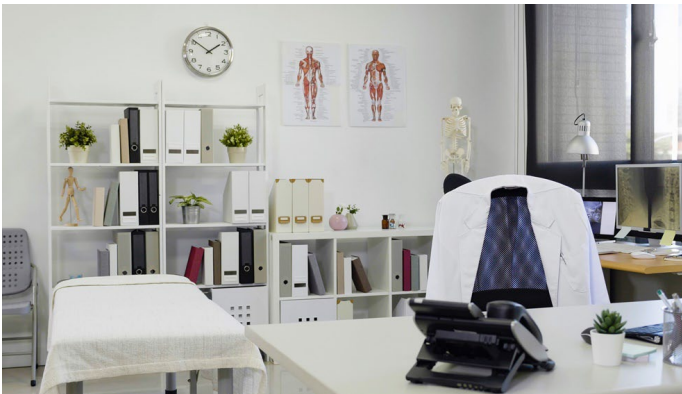


PROPOSITION DE LOI

ÉQUITÉ TERRITORIALE FACE AUX DÉSERTS MÉDICAUX ET ACCÈS À LA SANTÉ POUR TOUS

Première lecture



La France connaît des **difficultés majeures de démographie médicale** appelées à durer encore dix ans et aggravées par l'inégale répartition des médecins : **72,2 % de la population vit dans une zone déficitaire en médecins généralistes**.

La présente proposition de loi, rejetée par la commission, prévoit cinq mesures visant à rééquilibrer l'accès aux soins sur le territoire.

1. UNE PÉNURIE GÉNÉRALISÉE DE MÉDECINS, EXACERBÉE DANS CERTAINS TERRITOIRES

A. UN DÉFICIT EN MÉDECINS GÉNÉRALISTES DIFFICILE À COMBLER AVANT 2030

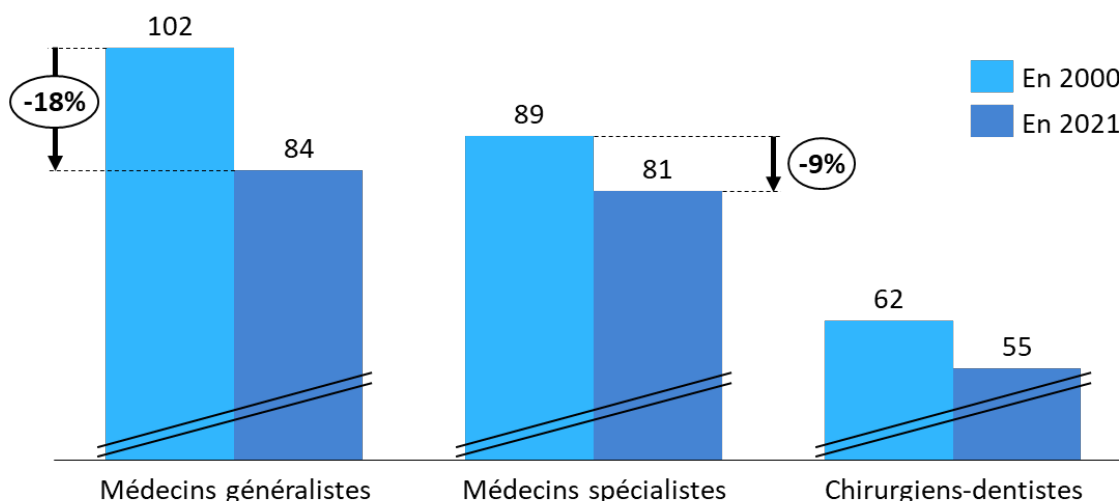
La France connaît d'importantes difficultés de démographie médicale, qui touchent particulièrement les soins de premier recours. La densité médicale des généralistes a diminué, sur vingt ans, de 18 % pour les généralistes et de 9 % pour les spécialistes. Après une stagnation dans les années 2000, **la France a perdu 5 000 médecins généralistes entre 2010 et 2021 quand elle gagnait presque 2,5 millions d'habitants**.

Cette difficulté est d'autant plus prégnante que **les besoins de santé de la population ont tendance à augmenter** : sur la même période, l'âge moyen de la population française augmentait de deux ans et la prévalence des maladies chroniques s'accroissait de plus de deux points. En 2021, près de 6 millions de Français n'avaient pas de médecin traitant dont environ 600 000 personnes souffrant d'une affection de longue durée.

Si la **suppression du *numerus clausus*** produit ses effets (+ 15 % d'étudiants recrutés dans les filières médicales en 2021 et 2022 en comparaison avec 2020), cette augmentation ne permettra pas d'améliorer la densité médicale avant 2030. Dans cette attente, **la France est contrainte de gérer la pénurie**.



Nombre de professionnels libéraux pour 100 000 habitants, en 2000 et 2021



Source : Commission des affaires sociales du Sénat, d'après des données Cnam 2022

B. UNE INÉGALE RÉPARTITION TERRITORIALE DES MÉDECINS PROVOQUANT DE GRAVES DIFFICULTÉS DANS L'ACCÈS AUX SOINS DE PREMIER RECOURS

Les conséquences de ces difficultés sont encore aggravées par **l'inégale répartition des professionnels de santé sur le territoire**. À l'échelle du département, le rapport entre la densité médicale des 10 % des départements les mieux dotés et celle des 10 % les moins bien dotés s'élève à 1,7 pour les médecins généralistes et à 2,8 pour les médecins spécialistes.

La Drees estime qu'en 2018, **6 % environ de la population** n'avait pas accès en moyenne à plus de 2,5 consultations de médecin généraliste par an et par habitant. Elle fait état d'une aggravation des inégalités entre les communes les moins bien dotées et celles qui le sont le mieux¹. Les zones déficitaires en médecins généralistes, établies localement par les ARS, rassemblent 72,2 % de la population et couvrent plus de 85 % du territoire.

2. LA PROPOSITION DE LOI : DES MESURES POUR RÉÉQUILIBRER L'OFFRE DE SOINS GRÂCE À UN EFFORT COLLECTIF

A. COMPLÉTER LES ÉTUDES DE MÉDECINE GÉNÉRALE PAR UNE ANNÉE DE PROFESSIONNALISATION

L'article 1^{er} vise à mettre en place, à l'issue du troisième cycle de médecine générale, d'une **année de professionnalisation** réalisée auprès d'un maître de stage universitaire, **en ambulatoire et en zone sous-dense**. Le troisième cycle de médecine générale apparaît aujourd'hui plus court que les autres et ne compte que deux stages d'un semestre réalisés obligatoirement en ambulatoire. Il ne favorise ni l'installation rapide des étudiants, ni l'adéquation entre leur affectation en stage et les besoins de santé des territoires.

Si des dispositifs proches sont portés par une proposition de loi récemment adoptée par le Sénat et le projet de loi de financement de la sécurité sociale déposé par le Gouvernement, le présent texte assortit cette année supplémentaire de **conditions spécifiques susceptibles d'améliorer l'efficacité de la réforme**.

Pour assurer l'effectivité du dispositif, le texte prévoit, contrairement aux dispositifs concurrents, que l'affectation des étudiants concernés sera **obligatoirement, et non « en priorité », réalisée dans les zones sous-denses**. En contrepartie, il permet aux étudiants de bénéficier de modalités de rémunération spécifiques, établies par décret après négociation avec les organisations syndicales.

¹ Drees, *En 2018, les territoires sous-dotés en médecins généralistes concernent près de 6 % de la population*, 14 février 2020.

Enfin, le texte **implique davantage les élus locaux dans la définition et la répartition des lieux de stage**. Les collectivités jouent un rôle primordial pour faciliter l'accueil des étudiants et favoriser leur installation durable. Elles se trouvent ainsi responsabilisées.

B. DÉVELOPPER L'EXERCICE COORDONNÉ PAR LA CONSTITUTION D'ÉQUIPES DE SOINS PRIMAIRES

Pour favoriser la coordination entre les professionnels de santé de premier recours et l'élaboration de projets de santé répondant aux besoins d'un territoire, l'**article 2** impose, à compter de 2026, **la constitution d'équipes de soins primaires (ESP) avec d'autres professionnels de santé pour l'exercice de la médecine générale**.

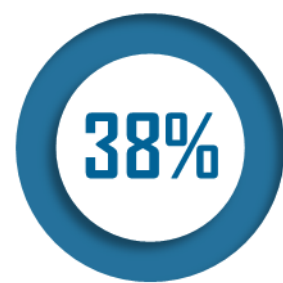
Les médecins se sont peu emparés de ce dispositif depuis sa création en 2016 : seuls 220 ESP, existantes ou en projet, réunissent un nombre variable de professionnels médicaux et paramédicaux. Plus généralement et malgré l'augmentation sensible du nombre de structures d'exercice en groupe, le système de santé ambulatoire français demeure caractérisé par une **insuffisante coordination entre les professionnels de santé**.

Pourtant, la rapporteure estime que l'exercice coordonné constitue un **outil indispensable pour structurer le parcours de soin, améliorer la prise en charge des patients comme l'offre de soins** : il contribue à l'attractivité de l'exercice ambulatoire dans les territoires, particulièrement vis-à-vis des jeunes médecins qui ne souhaitent plus exercer de manière isolée. C'est pourquoi le texte conforte les ESP dans leur vocation de **dispositif souple**, complémentaire des maisons de santé, centres de santé ou communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), en prévoyant que celles-ci pourront consister en une simple convention conclue entre professionnels. Il favorise ainsi une coordination adaptable à l'ensemble des dynamiques territoriales.

C. INSTAURER UNE PERMANENCE DES SOINS OBLIGATOIRE SI LA CONTINUITÉ DU SERVICE PUBLIC L'EXIGE

L'**article 3** rétablit une obligation, pour les médecins, de participer à la permanence des soins ambulatoires (PDSA) lorsque la continuité de ce service public l'exige. Fondée sur le principe du volontariat individuel depuis 2003 et la suppression de l'obligation de garde, la PDSA est aujourd'hui affaiblie dans certains territoires par la démographie médicale déclinante et le désengagement de certains médecins. **D'après le ministère, 38 % des médecins en moyenne participaient, en 2021, à la PDSA**. Le Conseil national de l'ordre des médecins souligne, chaque année, que des « zones blanches » existent et ont tendance à s'étendre.

Taux de participation à la PDSA des médecins



L'absence de PDSA nuit à la prise en charge des patients et contribue à saturer les services d'urgence hospitaliers. Le texte ne rétablit pas une obligation individuelle de garde indifférente aux besoins de santé des territoires. Il vise, au contraire, à **renforcer la responsabilité collective des médecins à assurer la continuité de la PDSA** chaque fois que, sur un territoire, elle apparaît nécessaire à la prise en charge des soins non programmés. Il reviendra aux agences régionales de santé, en lien avec l'ordre des médecins, d'évaluer les besoins, d'organiser cette permanence et, le cas échéant, d'appliquer cette obligation dans chaque territoire. Le conventionnement conditionnel dans les zones sur-dotées : une mesure d'équité territoriale et d'anticipation

L'**article 4** propose de conditionner le conventionnement d'un médecin libéral en zones sur-dotées médicalement à la cessation d'activité par un praticien libéral exerçant dans la même zone. Si ce dispositif n'a pas la prétention de répondre à l'urgence des territoires les plus déficitaires en médecins, il permettra de **renforcer l'équité territoriale dans l'offre de soins**. Le même principe de conventionnement conditionnel s'applique d'ailleurs pour les infirmiers, les sages-femmes et les masseurs-kinésithérapeutes.

La rapporteure ne partage pas les inquiétudes sur la trop grande coercition qu'exercerait un tel mécanisme sur les jeunes générations de médecins dans un contexte de pénurie. La pyramide des âges de la profession rend inévitables de nombreux départs en retraite dans les prochaines années : le dispositif sera donc rarement limitatif dans un premier temps. **En revanche, la mise en place aujourd'hui d'un conventionnement conditionnel permet d'anticiper la montée en nombre des promotions de jeunes médecins généralistes à venir.** Il guidera l'installation des médecins lorsque la démographie de la profession redeviendra favorable afin de permettre une bonne répartition sur le territoire des nouveaux médecins.

D. ASSURER UNE ÉGALITÉ DE TRAITEMENT DANS LES AIDES INCITATIVES ENTRE L'EXERCICE LIBÉRAL ET SALARIÉ

Enfin, l'**article 5** propose que la distinction entre l'exercice libéral, d'une part, et l'exercice salarié en centre de santé, d'autre part, ne puisse suffire à fonder des différences dans l'octroi des aides conventionnelles visant à inciter à l'installation des professionnels, le maintien de leur activité et leur remplacement dans des zones sous-dotées.

La rapporteure constate, en premier lieu, **qu'il est difficile de se repérer dans un paysage confus d'aides incitatives** dont les paramètres, définies par chaque convention, varient selon le professionnel de santé, le mode d'exercice et les modulations locales. Il est regrettable que les jeunes professionnels ignorent donc largement les dispositifs dont ils pourraient bénéficier.

Si toutes les aides ne sont pas défavorables aux centres de santé, s'agissant par exemple des chirurgiens-dentistes, **les contrats d'aide à l'installation des médecins sont plus avantageux pour les praticiens libéraux que pour un poste salarié en centre de santé.** Pour un professionnel travaillant à temps plein en zone sous-dotée, l'aide est ainsi de 50 000 euros pour un exercice en libéral contre 30 000 euros pour le premier ETP au sein d'un centre de santé puis 20 000 euros pour les deuxième et troisième. **Cette situation ne paraît pas justifiée à la rapporteure alors que les centres de santé concourent, aux côtés de la médecine libérale, à l'accès aux soins de premier recours dans les zones sous-denses.**

Réunie le mercredi 30 novembre 2022 sous la présidence de Chantal Deseyne, vice-président, la commission des affaires sociales a examiné le rapport d'Annie Le Houerou sur la proposition de loi visant à rétablir l'équité territoriale face aux déserts médicaux et à garantir l'accès à la santé pour tous. Elle n'a pas adopté la proposition de loi.



EN SÉANCE

La proposition de loi, examinée en séance publique le 8 décembre 2022, **n'a pas été adoptée** par le Sénat.



Catherine Deroche
Sénatrice (LR) de Maine-et-Loire
Présidente



Annie Le Houerou
Sénatrice (SER) des Côtes-d'Armor
Rapporteure

Consulter le dossier législatif : <http://www.senat.fr/dossier-legislatif/ppl22-068.html>

