



Lutter contre les déserts médicaux, d'initiative transpartisane

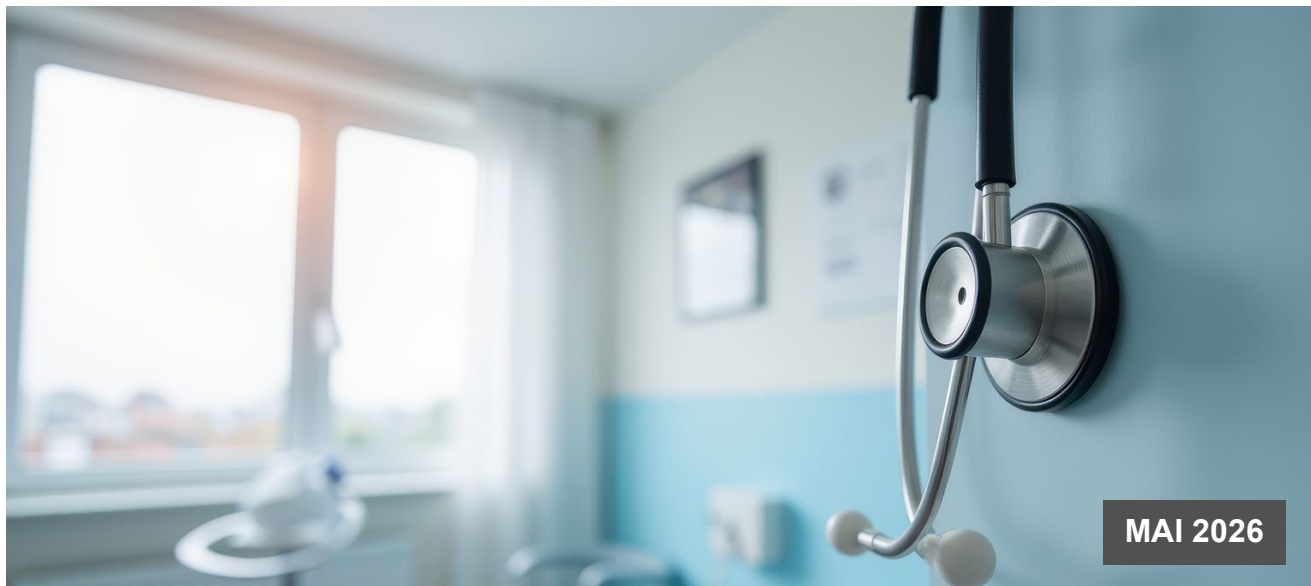
Selon le dernier zonage publié par le Gouvernement, **75,7 % des Français vivent sur des territoires caractérisés par un accès aux soins médicaux insuffisant**. Derrière cette statistique, il y a des **réalités tangibles** : des renoncements aux soins, des pertes de chance... Selon un récent sondage, **73 % des Français auraient renoncé à au moins un acte de soins** au cours des cinq dernières années.

La proposition de loi visant à lutter contre les déserts médicaux, d'initiative transpartisane, entend apporter une réponse à ces difficultés en **rééquilibrant l'offre de soins dans les territoires sous-dotés**. Pour ce faire, elle s'appuie sur **cinq mesures**, dont les plus emblématiques sont la **régulation coercitive** de l'installation des médecins et le renforcement de la participation des médecins de ville à la **permanence des soins ambulatoires**.

La commission **partage pleinement l'inquiétude** entourant l'accessibilité médicale sur nos territoires et **s'est efforcée à s'engager sur le sujet**, face à l'inaction du Gouvernement. Encore convient-il d'apporter au problème de la désertification médicale **des réponses appropriées et effectives**, qui **ne sont pas nécessairement les plus médiatiques**. Tel n'est pas le cas de certaines mesures de ce texte, que **la commission ne peut soutenir en l'état**.

Consciente de l'urgence à agir pour l'accès aux soins, la commission a néanmoins **pris ses responsabilités en adoptant cette proposition de loi, substantiellement amendée** afin de garantir sa **compatibilité avec les grands principes encadrant les soins de ville** et d'**assurer sa pleine portée effective**.

Elle appelle le Gouvernement à **inscrire, dans les plus brefs délais**, à l'ordre du jour de l'Assemblée nationale **la proposition de loi sénatoriale visant à améliorer l'accès aux soins dans les territoires, plus complète, plus équilibrée, et mieux à même de répondre efficacement à la désertification médicale**.



I. Une dégradation sans précédent de l'accès aux soins dans les territoires

A. Une déconnexion progressive de l'offre et de la demande de soins

L'accès aux soins médicaux en France s'est **considérablement dégradé** au cours des **deux dernières décennies**. En cause, un **effet de ciseau** marqué entre la demande de soins, tirée à la hausse par le vieillissement et l'augmentation de la population, et l'offre de soins, grevée par une **démographie médicale atone** en raison de l'insuffisance du nombre de médecins formés sous l'empire du *numerus clausus* restrictif des années 1990 et 2000.

Les difficultés d'accès aux soins qui en résultent sont **concentrées sur le premier recours**, sans s'y résumer : la densité de médecins généralistes sur le territoire national a **diminué de 18 % entre 2000 et 2021**, et celle des médecins spécialistes de 9 %.

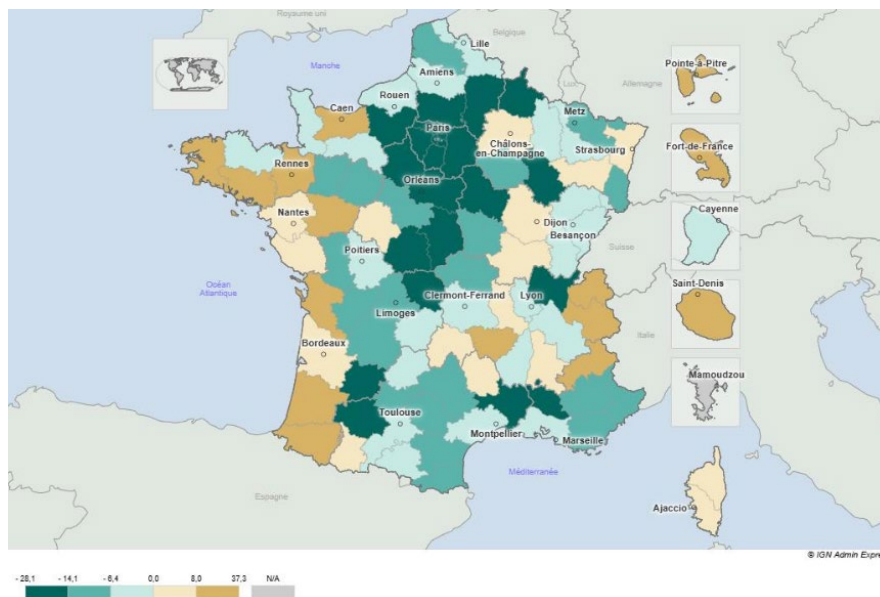
Un chiffre illustre l'ampleur du phénomène : **6,4 millions d'assurés sont sans médecin traitant en 2025**.

↓ **4 768**

médecins généralistes libéraux
en exercice entre 2015 et 2025.

Source : Fondation Jean Jaurès

Taux d'évolution de la densité de médecins généralistes par département entre 2012 et 2022



Source : Cnom (2026)

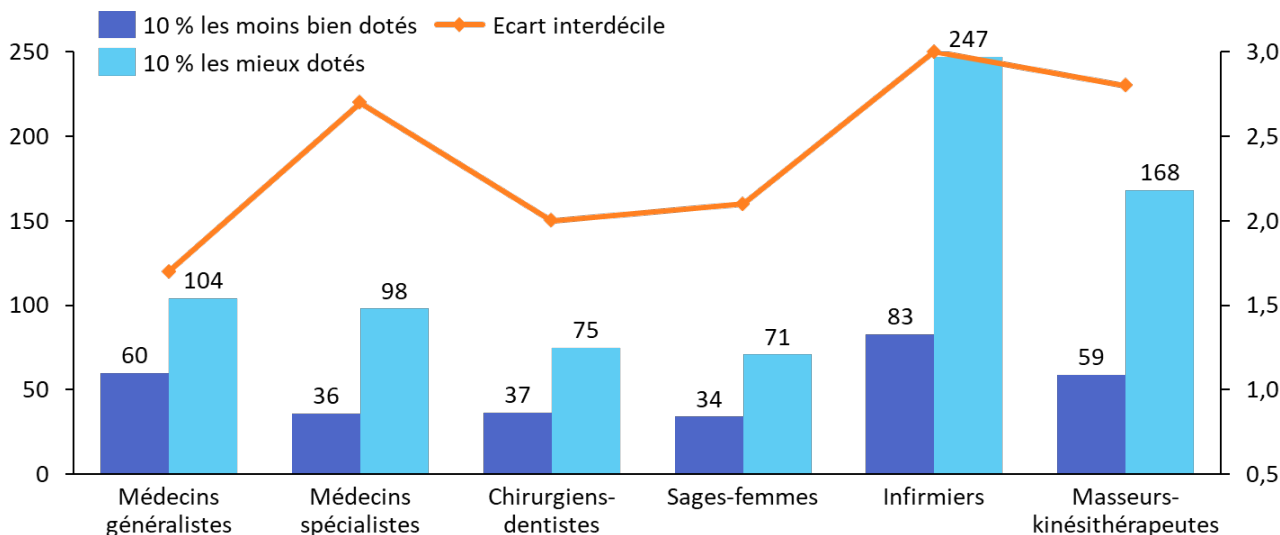
B. Des inégalités territoriales d'accès en constante aggravation

De plus, l'offre de soins s'avère **inégalement répartie entre les territoires**, que ce soit pour les médecins ou, parfois même à plus forte raison, pour les autres professionnels de santé. En moyenne, les 10 % de la population les mieux dotés en médecins généralistes ont accès à **5,6 consultations par an**, tandis que les 10 % de la population les moins bien dotés ont accès à **1,4 consultation** selon la Drees. La densité des infirmiers est, quant à elle, marquée par un rapport de 1 à 3 entre les départements les mieux et les moins bien dotés.

Plus préoccupant encore, les inégalités territoriales d'accès aux soins **tendent à s'aggraver** : le rapport interdécile de l'accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes a par exemple **augmenté de 5 % entre 2022 et 2023**.

Il en résulte d'importantes disparités territoriales d'accès : si le délai médian pour obtenir un rendez-vous chez un médecin généraliste est contenu entre un et trois jours en Gironde ou dans les Alpes-Maritimes, il dépasse huit jours dans le Cher, la Nièvre, l'Yonne ou les Alpes-de-Haute-Provence. Pour obtenir une consultation chez un dermatologue, le délai médian sur le territoire national, soit 32 jours, apparaît déjà préoccupant, mais celui-ci est encore trois fois plus long dans l'Aisne (90 jours).

Densités départementales pour 100 000 habitants de professionnels libéraux en 2022



Source : Commission des affaires sociales du Sénat d'après des données de l'assurance maladie (2024)

C. L'insuffisance des mesures mises en œuvre

Les mesures correctrices déployées par les pouvoirs publics pour répondre aux déséquilibres territoriaux de l'offre de soins produisent, à ce jour, des **effets inégaux et insuffisants**.

En ce qui concerne les **mesures de stimulation de l'offre de soins**, celles visant à libérer du temps médical – recrutement d'assistants médicaux, partage de compétences – sont utiles mais **ne peuvent répondre à elles seules aux difficultés rencontrées**.

Elles doivent **s'accompagner d'une augmentation du nombre de médecins en exercice**, mais les initiatives en ce sens – suppression du *numerus clausus*, création du statut de docteur junior – **ne produisent d'effets qu'à long terme**, le temps que les cohortes d'étudiants formés parviennent au bout de leurs études. Les premiers effets de la suppression du *numerus clausus* en 2020 ne sont, ainsi, pas attendus **avant les années 2030**.

Parallèlement, les **dispositifs financiers** destinés à **favoriser l'installation en zones sous-dotées**, qu'ils soient portés par l'État, l'assurance maladie ou les collectivités territoriales, sont **vivement critiqués** par différents rapports. Leur **efficacité intrinsèque**, déjà **obérée par les effets d'aubaine** et un phénomène de « *nomadisme* » toutefois mal documenté, est encore atténuée par la **dispersion des aides entre payeurs non coordonnés**.

10 000 €

Montant de l'aide conventionnelle versée aux **médecins primo-installés en zone d'intervention prioritaire**

Les initiatives conventionnelles et gouvernementales visant à **encourager l'exercice partiel dans les territoires les plus fragiles** restent, quant à elles, **d'ampleur modeste**.

II. Une proposition de loi aux effets limités, au prix d'une remise en cause des principes fondamentaux de l'exercice libéral

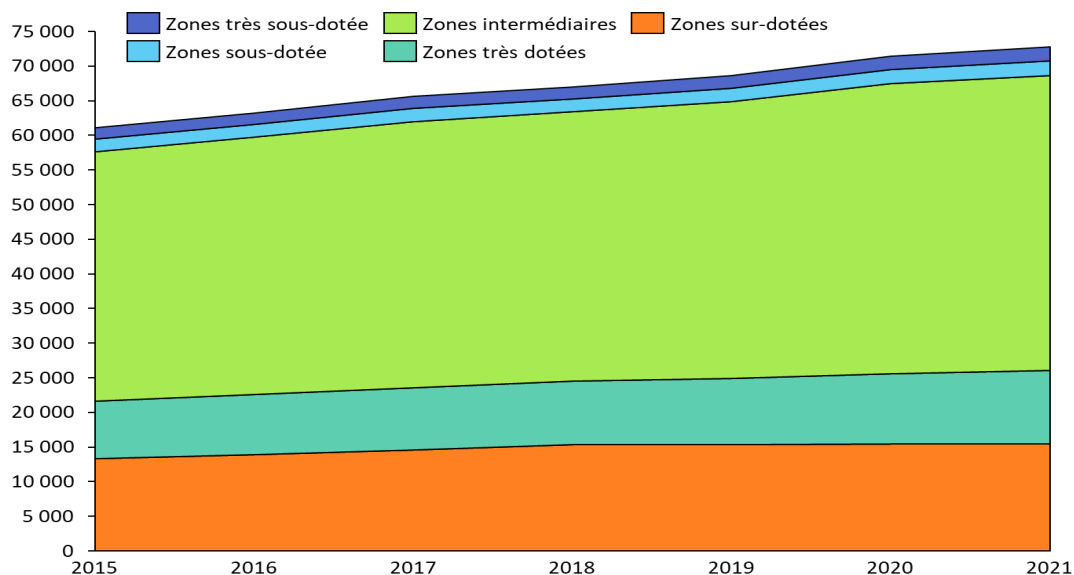
A. La régulation coercitive de l'installation des médecins : une solution ni efficace, ni appropriée face aux difficultés d'accès aux soins

L'article 1^{er} subordonne l'installation de tout médecin libéral ou salarié à une autorisation de l'agence régionale de santé, laquelle ne peut être délivrée qu'à condition que l'installation s'opère en zone sous-dense ou, dans les autres zones, qu'un médecin exerçant la même spécialité cesse concomitamment son activité. Ainsi, il **contrevient frontalement à la liberté d'installation**, consacrée par la loi comme un principe fondamental de l'exercice de la médecine libérale depuis 1971, **sans que son efficacité soit pleinement démontrée**.

L'étude des effets du conventionnement sélectif en zones sur-dotées, introduit dès 2008 chez les infirmiers puis étendu aux sages-femmes, masseurs-kinésithérapeutes et chirurgiens-dentistes, permet en effet de disposer du recul nécessaire pour affirmer que les aménagements à l'exercice de la liberté d'installation ne constituent en rien un remède miracle pour garantir une répartition égalitaire des professionnels sur le territoire.

S'il est établi que **le conventionnement sélectif a permis de freiner la dynamique des installations en zones sur-denses**, les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes figurent toujours, plus de dix ans après l'instauration de la régulation du conventionnement, parmi les professionnels dont la répartition est la plus inégalitaire, avec des écarts de densité de 1 à 3 entre les départements les mieux dotés et les moins bien dotés. En effet, le conventionnement sélectif a provoqué un appel d'air vers des zones déjà bien dotées mais non régulées, sans susciter un afflux du même ordre dans les zones sous-denses.

Nombre de cabinets principaux de masseurs-kinésithérapeutes par catégorie de zones (hors Mayotte)



Source : Commission des affaires sociales du Sénat, d'après des données Cnam (2023)

Il y a fort à craindre qu'un tel phénomène se reproduise si l'article 1^{er} était appliqué, avec une concentration des installations de médecins dans les territoires les plus attractifs parmi ceux classés comme sous-denses, c'est-à-dire certaines métropoles. Même dans ces zones, les effets seraient tenus sur le court terme, la mesure ne concernant que le flux de nouvelles installations, et non le stock de médecins installés.

Du reste, le contexte auquel fait face le pays n'est pas celui d'une pénurie médicale localisée, qu'il serait possible de résoudre par des seules mesures de répartition territoriale, mais bien celui d'une pénurie médicale quasi-généralisée, qui appelle inexorablement, pour sa résorption, des mesures tendant à stimuler l'offre de soins, pourtant absentes de ce texte.

Sur le plan principal, l'article 1^{er} porte une atteinte disproportionnée à la liberté d'installation en l'assortissant des limites les plus strictes jamais appliquées à des professionnels de santé. Ce faisant, il suscite une opposition virulente et unanime des représentants des médecins, bien que le maintien de relations partenariales avec la profession soit primordial pour parvenir collectivement à répondre au défi de l'accès aux soins.

Si l'urgence d'agir pour améliorer l'équité de la répartition de la ressource médicale justifie que le législateur apporte des aménagements à la liberté d'installation, il ne lui appartient pour autant pas de l'abolir.

Pour ces raisons, la commission a substitué à l'article 1^{er} des dispositions analogues à celles des articles 3 et 4 de la proposition de loi visant à améliorer l'accès aux soins dans les territoires. Ces deux articles conditionnent l'installation des médecins généralistes et spécialistes en zones sur-denses à un engagement d'exercice à temps partiel en zones sous-denses¹, et libéralisent les conditions d'ouverture de cabinets secondaires dans ce cadre. Ainsi, ils aménagent la liberté d'installation sans y contrevenir, en privilégiant une logique de responsabilité et de solidarité territoriale.

B. Un texte qui comporte d'autres mesures sans véritable lien entre elles et avec une portée limitée



La création d'un indicateur territorial de l'offre de soins (Itos), prévue à l'article 1^{er} *bis*, s'inscrit dans l'objectif de pouvoir disposer d'une cartographie précise permettant de pouvoir suivre efficacement la répartition de l'offre de soin sur le territoire. La commission soutient cet objectif, préalable indispensable à un pilotage efficace de l'offre de soins.

Cependant, elle a estimé que l'indicateur proposé comporte deux écueils :

- premièrement, il ne s'agit pas d'un indicateur parmi d'autres mais bien d'un « méta-indicateur » sur la base duquel serait assurée la quasi-totalité de l'offre de soins. Ainsi, il aurait notamment pour objectifs **de déterminer annuellement au sein de chaque commune et pour chaque spécialité la densité de l'offre de soins** et son évolution, et de définir un niveau minimal d'offre de soins à atteindre pour chaque spécialité médicale et paramédicale. Dès lors, son élaboration serait extrêmement complexe pour les administrations et risquerait d'aboutir à un indicateur en réalité peu opérationnel et pilotable ;
- deuxièmement, cet indicateur serait élaboré par les ARS seules, « *en lien avec les communautés professionnelles territoriales de santé* », et resterait ainsi prisonnier d'une logique descendante qui ne prend que trop peu en compte les remontées des territoires.

Lors de l'examen de la proposition de loi pour l'amélioration de l'accès aux soins dans les territoires, le Sénat s'était prononcé pour la création d'un cadre de concertation véritablement ascendant associant l'ensemble des acteurs au niveau départemental pour définir des indicateurs pertinents permettant de mesurer la réalité de l'offre de soins. C'est pourquoi la commission a **supprimé cet article**.

¹ Pour les seuls médecins spécialistes, l'installation serait également possible en cas de cessation concomitante d'activité d'un confrère de la même spécialité ou de décision de l'agence régionale de santé, motivée par la nécessité de maintenir l'accès aux soins dans le territoire.

L'article 2 supprime, pour les assurés qui ne parviennent pas à désigner de médecin traitant, la **majoration de ticket modérateur applicable en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés**. En organisant le suivi du patient autour d'un médecin traitant, chargé d'assurer la coordination des soins et l'orientation vers les professionnels de second recours, le parcours de soins coordonnés garantit tout à la fois l'efficacité du système de santé et l'amélioration de la prise en charge des patients.

Pour rendre le parcours de soins coordonnés opposable au patient, une pénalité financière a été instaurée, en 2004, à l'encontre des assurés qui n'auraient pas désigné de médecin traitant ou qui consulteraient un professionnel de second recours sans y avoir été invités au préalable par leur médecin traitant.

Toutefois, l'accessibilité médicale n'est plus celle qui prévalait lorsque le parcours de soins coordonnés a été institué. Aussi une part croissante d'assurés ne parvient-elle plus à désigner de médecin traitant, malgré des efforts conduits de bonne foi : les deux-tiers des généralistes libéraux indiquent d'ailleurs refuser des nouveaux patients comme médecin traitant.

65 %

Part des **médecins généralistes libéraux** déclarant être amenés à refuser de nouveaux patients comme médecin traitant

Source : Drees

L'application d'une pénalité pour ces patients apparaît comme une double peine, et produit des **effets contreproductifs et inégalitaires**, en **décourageant tout recours au système de soins** pour les 6,4 millions d'assurés sans médecin traitant, concentrés dans les zones sous-denses.

Pour autant, une exception pérenne affaiblirait durablement la portée incitative du parcours de soins coordonnés, voire le dévitaliserait, alors même que le rebond de 40 % du nombre de médecins en activité d'ici 2040 devrait lever les difficultés rencontrées pour désigner un médecin traitant. **La commission a donc limité à cinq ans la durée de cette disposition dérogatoire, dans l'attente des effets espérés des différentes mesures de renforcement de l'accès aux soins.**

L'article 3 prévoit la mise en œuvre dans chaque département des enseignements correspondant, au moins, à la première année du premier cycle des études de médecine, de maïeutique, d'odontologie et de pharmacie (MMOP).

25

départements demeurent dépourvus de toute antenne universitaire permettant l'accès aux études de santé à la rentrée universitaire 2025.

Source : Rapport de la commission des affaires sociales sur la proposition de loi relative aux formations en santé

Le suivi d'études hors de leur département suscite en effet des coûts financiers et des contraintes logistiques significatives, qui dissuadent les jeunes étudiants éloignés des grandes villes universitaires et rendent la poursuite des études plus difficile.

De plus, alors que la moitié des médecins généralistes formés dans les années 2000 exercent à moins de 85 kilomètres de leur commune de naissance et à moins de 43 kilomètres de leur lieu d'internat, **l'absence de diversification**

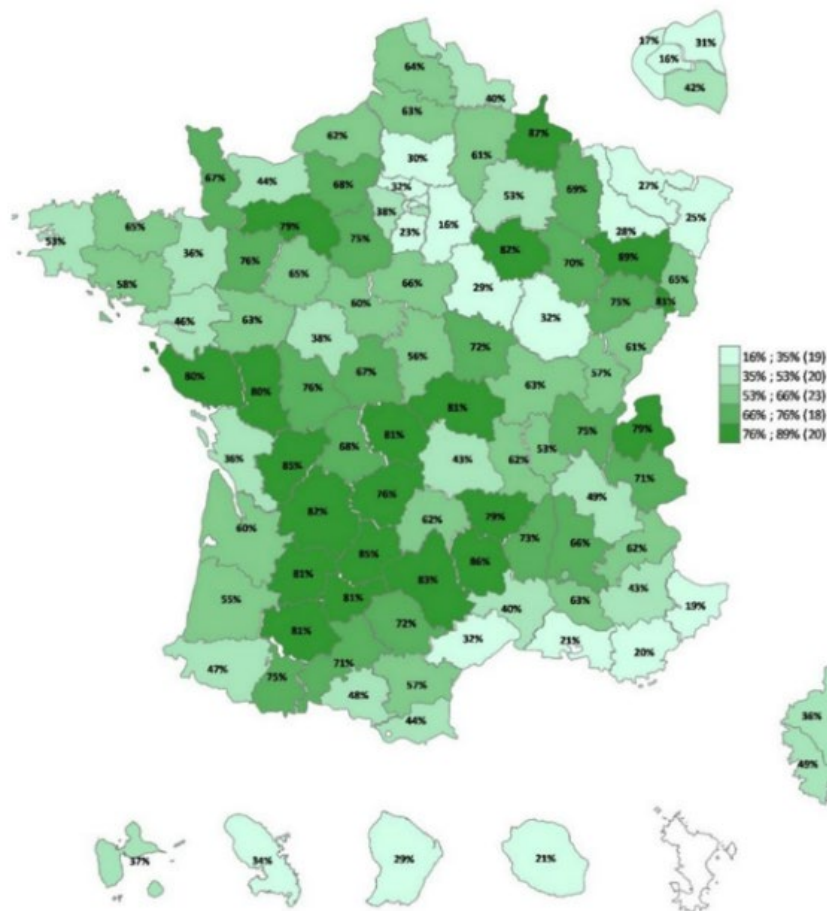
géographique constitue un frein majeur à la lutte contre les inégalités territoriales d'accès aux soins. Le Sénat avait déjà adopté un dispositif similaire lors de l'examen de la proposition de loi relative aux formations en santé en octobre 2025.

Ainsi, la commission a adopté cet article en repoussant toutefois son entrée en vigueur, au plus tard à la rentrée universitaire 2030 afin de permettre aux universités de mettre en œuvre ces enseignements, et ce, sans précipitation – qui se ferait mécaniquement au détriment des étudiants et de la qualité de leur enseignement.

Enfin, l'article 4 vise à rétablir une obligation individuelle de participation à la permanence des soins ambulatoires (PDSA) pour les médecins exerçant à titre libéral ou salarié, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et infirmiers.

Le recours de la population aux soins non programmés durant les horaires de PDSA est croissant, passant de 4,6 millions d'actes en 2010 à plus de 10 millions d'actes en 2024.

Taux de participation départemental des médecins généralistes à la permanence des soins ambulatoires (PDSA) en 2024



Source : Florence Garry Pierson, Judith Gendreau (Cnam). La participation des médecins au dispositif de permanence des soins ambulatoires. Points de repère n° 58. Avril 2026

Concernant la participation des médecins, après une baisse quasi-continue de celle-ci entre 2013 et 2021, cette dernière est en hausse depuis 2022. Ainsi, en 2024, près d'un médecin généraliste libéral sur deux (47,4 %) a participé au dispositif régulé de PDSA, soit plus de 26 000 médecins volontaires.

De plus, la loi Rist de 2023 a étendu la PDSA aux sages-femmes et aux infirmiers diplômés d'État. Mais l'impact de cette réforme, réellement entrée en vigueur en 2025, doit encore être mesuré.

L'amélioration de la couverture du territoire cache encore de trop nombreuses inégalités dans l'accès aux soins, notamment pour les personnes âgées et isolées. La commission a adopté cet article estimant que ce dernier participerait de l'effectivité de la PDSA sur l'ensemble du territoire, notamment en étendant explicitement la participation aux médecins salariés.

Réunie le **mercredi 27 mai** sous la présidence de Philippe Mouiller, la commission des affaires sociales a examiné le rapport de **Corinne Imbert**.

Elle a adopté la proposition de loi, modifiée par sept amendements de sa rapporteure.

POUR EN SAVOIR PLUS

Consulter [ici](#) le dossier législatif.



Philippe MOUILLER
Président
Deux-Sèvres
Les Républicains



Corinne IMBERT
Rapporteure
Charente-Maritime
Les Républicains

 contact.social@senat.fr

 01.42.34.31.34

 www.senat.fr

