

N° 668

# SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2025-2026

Enregistré à la Présidence du Sénat le 27 mai 2026

## RAPPORT

FAIT

*au nom de la commission des affaires sociales (1)*  
*sur la proposition de loi, adoptée par l'Assemblée nationale,*  
*visant à lutter contre les déserts médicaux, d'initiative transpartisane,*

Par Mme Corinne IMBERT,

Sénatrice

(1) Cette commission est composée de : M. Philippe Mouiller, président ; Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale ; Mme Pascale Gruny, M. Jean Sol, Mme Annie Le Houerou, MM. Bernard Jomier, Olivier Henno, Dominique Théophile, Mme Cathy Apourceau-Poly, M. Daniel Chasseing, Mme Raymonde Poncet Monge, vice-présidents ; Mmes Viviane Malet, Annick Petrus, Corinne Imbert, Corinne Féret, Jocelyne Guidez, secrétaires ; M. Alain Milon, Mme Marie-Do Aeschlimann, M. Pierre Boileau, Mmes Christine Bonfanti-Dossat, Corinne Bourcier, Brigitte Bourguignon, Céline Brulin, M. Laurent Burgoa, Mmes Marion Canalès, Maryse Carrère, Catherine Conconne, Patricia Demas, Chantal Deseyne, Brigitte Devésa, M. Jean-Luc Fichet, Mme Frédérique Gerbaud, MM. Xavier Iacovelli, Khalifé Khalifé, Mmes Florence Lassarade, Marie-Claude Lermytte, M. Martin Lévrier, Mmes Monique Lubin, Brigitte Micouveau, Laurence Muller-Bronn, Solanges Nadille, Anne-Marie Nédélec, Guylène Pantel, Émilienne Poumirol, Frédérique Puissat, Marie-Pierre Richer, Anne-Sophie Romagny, Laurence Rossignol, Silvana Silvani, Nadia Sollogoub, Anne Souyris.

Voir les numéros :

Assemblée nationale (17<sup>ème</sup> législ.) : 966, 1180 et T.A. 110

Sénat : 605 (2024-2025) et 669 (2025-2026)



## SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
L'ESSENTIEL.....	5
<b>I. UNE DÉGRADATION SANS PRÉCÉDENT DE L'ACCÈS AUX SOINS DANS LES TERRITOIRES.....</b>	<b>5</b>
A. UNE DÉCONNEXION PROGRESSIVE DE L'OFFRE ET DE LA DEMANDE DE SOINS .....	5
B. DES INÉGALITÉS TERRITORIALES D'ACCÈS EN CONSTANTE AGGRAVATION ..	6
C. L'INSUFFISANCE DES MESURES MISES EN ŒUVRE .....	7
<b>II. UNE PROPOSITION DE LOI AUX EFFETS LIMITÉS, AU PRIX D'UNE REMISE EN CAUSE DES PRINCIPES FONDAMENTAUX DE L'EXERCICE LIBÉRAL.....</b>	<b>8</b>
A. LA RÉGULATION COERCITIVE DE L'INSTALLATION DES MÉDECINS : UNE SOLUTION NI EFFICACE, NI APPROPRIÉE FACE AUX DIFFICULTÉS D'ACCÈS AUX SOINS .....	8
B. UN TEXTE QUI COMPORTE D'AUTRES MESURES SANS VÉRITABLE LIEN ENTRE ELLES ET AVEC UNE PORTÉE LIMITÉE .....	10
<b>EXAMEN DES ARTICLES .....</b>	<b>15</b>
• <i>Article 1<sup>er</sup></i> <b>Soumission de l'installation des médecins de ville hors zones sous-denses à une cessation concomitante d'activité d'un confrère .....</b>	<b>15</b>
• <i>Article 1<sup>er</sup> bis</i> <b>Mise en place d'un indicateur territorial de l'offre de soins .....</b>	<b>36</b>
• <i>Article 2</i> <b>Suppression de la majoration de ticket modérateur due au titre du non-respect du parcours de soins coordonnés en cas d'impossibilité de désigner un médecin traitant .....</b>	<b>43</b>
• <i>Article 3</i> <b>Territorialisation de la première année des études de santé .....</b>	<b>54</b>
• <i>Article 4</i> <b>Permanence obligatoire de soins ambulatoires .....</b>	<b>61</b>
• <i>Article 5</i> <b>Gage financier de la proposition de loi .....</b>	<b>71</b>
<b>EXAMEN EN COMMISSION.....</b>	<b>73</b>
<b>RÈGLES RELATIVES À L'APPLICATION DE L'ARTICLE 45 DE LA CONSTITUTION ET DE L'ARTICLE 44 BIS, ALINÉA 3, DU RÈGLEMENT DU SÉNAT (« CAVALIERS »).....</b>	<b>89</b>
<b>LISTE DES PERSONNES ENTENDUES ET DES CONTRIBUTIONS ÉCRITES .....</b>	<b>91</b>
<b>LA LOI EN CONSTRUCTION .....</b>	<b>93</b>



## L'ESSENTIEL

---

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 %.

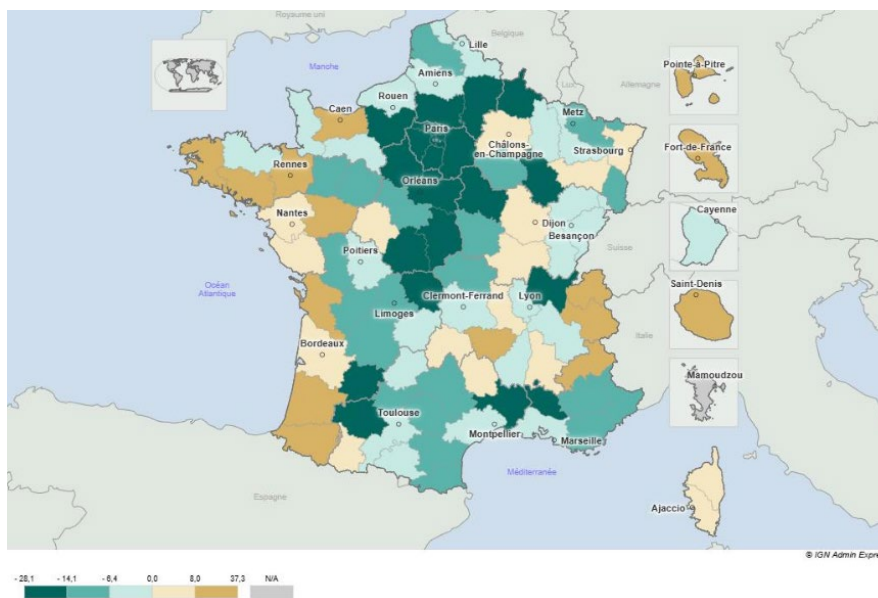
↓ **4 768**

**médecins généralistes libéraux**  
en exercice entre 2015 et 2025.

Source : Fondation Jean Jaurès

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

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



Source : Cnom (2026)

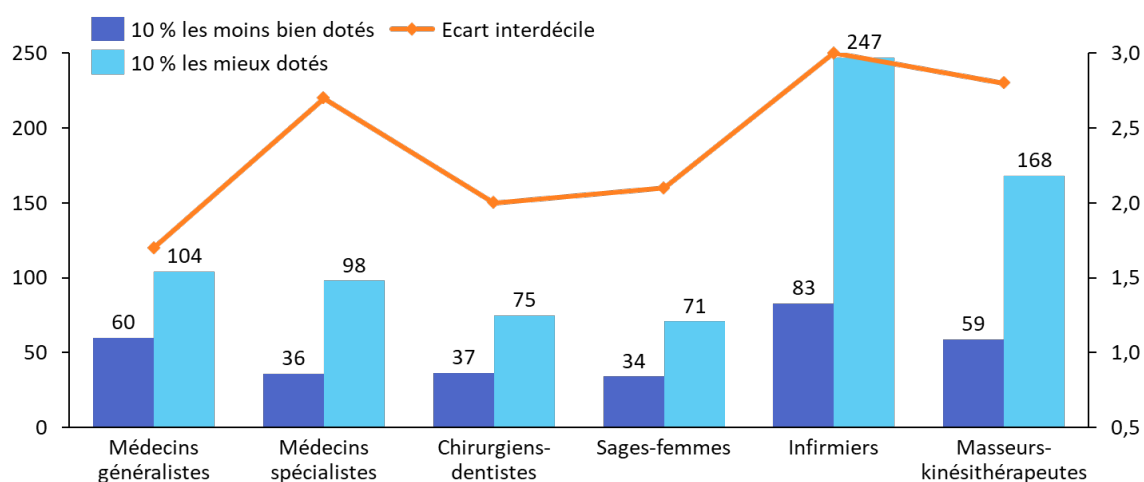
### B. DES INÉGALITÉS TERRITORIALES D'ACCÈS EN CONSTANTE AGGRAVATION

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**

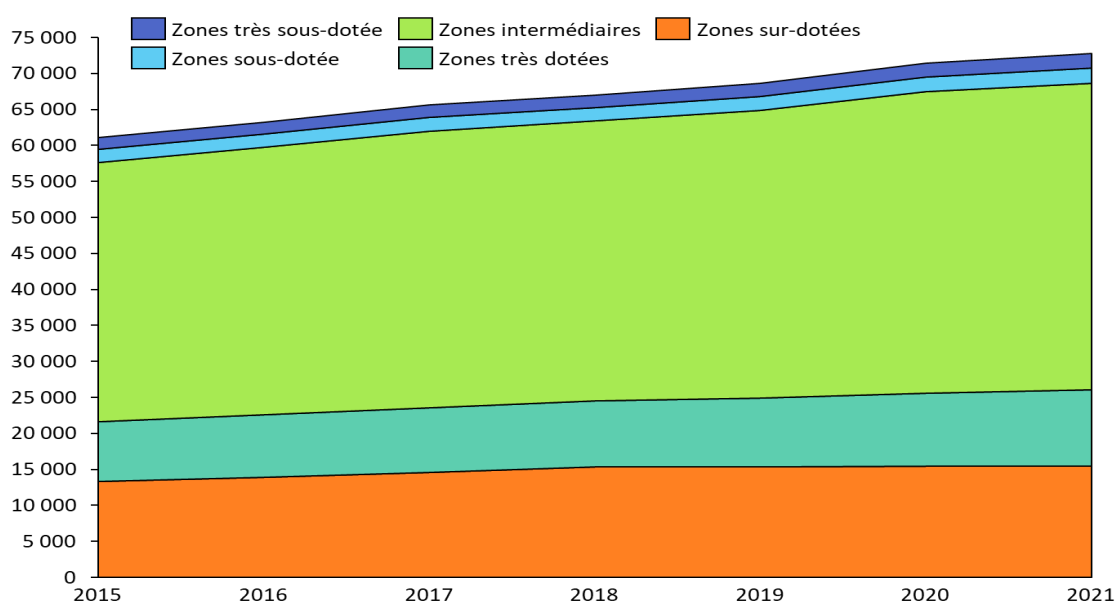
### ***A. LA RÉGULATION COERCITIVE DE L'INSTALLATION DES MÉDECINS : UNE SOLUTION NI EFFICACE, NI APPROPRIÉE FACE AUX DIFFICULTÉS D'ACCÈS AUX SOINS***

L'article 1<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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-denses<sup>1</sup>, 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<sup>er bis</sup>, 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**.

---

<sup>1</sup> 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).

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.

# 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*

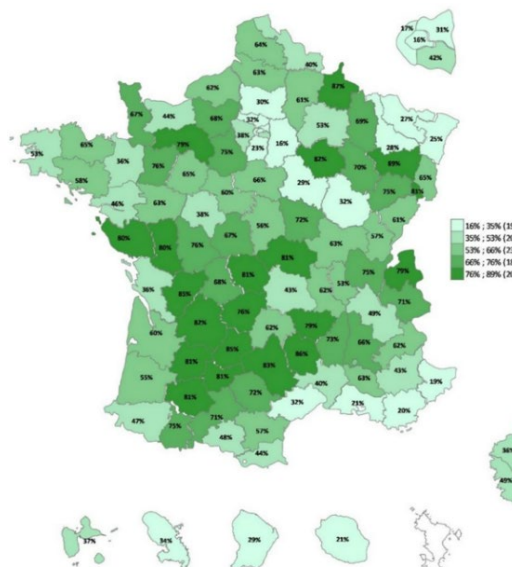
De plus, alors que la moitié  
des médecins généralistes formés dans  
les années 2000 exercent à moins de  
85 kilomètres de leur commune de  
naissance et à moins de 43 kilomètres  
de leur lieu d'internat, **l'absence  
de diversification géographique  
constitue un frein majeur à la lutte  
contre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



## EXAMEN DES ARTICLES

---

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

#### **Soumission de l'installation des médecins de ville hors zones sous-denses à une cessation concomitante d'activité d'un confrère**

*Cet article propose de conditionner l'installation de tout médecin libéral ou salarié à une autorisation préalable du directeur de l'agence régionale de santé, laquelle ne peut être délivrée qu'à condition que l'installation s'opère en zone sous-dense ou qu'un médecin exerçant la même spécialité cesse concomitamment son activité.*

*La commission a adopté cet article modifié par un amendement de rédaction globale de sa rapporteure, pour lui préférer le dispositif porté par les articles 3 et 4 de la proposition de loi visant à améliorer l'accès aux soins dans les territoires<sup>1</sup>, adoptée par le Sénat le 13 mai 2025.*

#### **I - Le dispositif proposé**

##### **A. Une répartition territoriale inégale des médecins sur les territoires, à l'origine de difficultés d'accès aux soins croissantes, suscite une demande d'aménagement de leur liberté d'installation**

##### **1. La démographie en berne des médecins libéraux se traduit par des difficultés d'accès aux soins concentrées sur certains territoires**

L'accès aux soins en France s'est **considérablement dégradé** au cours des **deux dernières décennies**. En cause, un **effet de ciseau** particulièrement marqué, entre :

- d'une part, une **demande de soins croissante**, en lien avec **l'augmentation de la population et son vieillissement** ;

- d'autre part, la **stagnation voire la diminution de l'offre de soins**, elle-même imputable à la **conjonction entre deux phénomènes** intimement liés à l'instauration, en 1971<sup>2</sup>, d'un *numerus clausus* plafonnant le nombre d'étudiants admis à se former à la médecine, puis aux autres professions médicales et à la masso-kinésithérapie. Ainsi, l'offre de soins a été **affectée négativement par le départ à la retraite de cohortes générationnelles nombreuses**, formées avant l'institution du *numerus clausus* en 1971 ou dans ses premières années d'application, dont le **volume d'activité hebdomadaire était, en outre, élevé**.

---

<sup>1</sup> Texte n° 494 (2024-2025) de M. Philippe Mouiller et plusieurs de ses collègues, déposé au Sénat le 28 mars 2025.

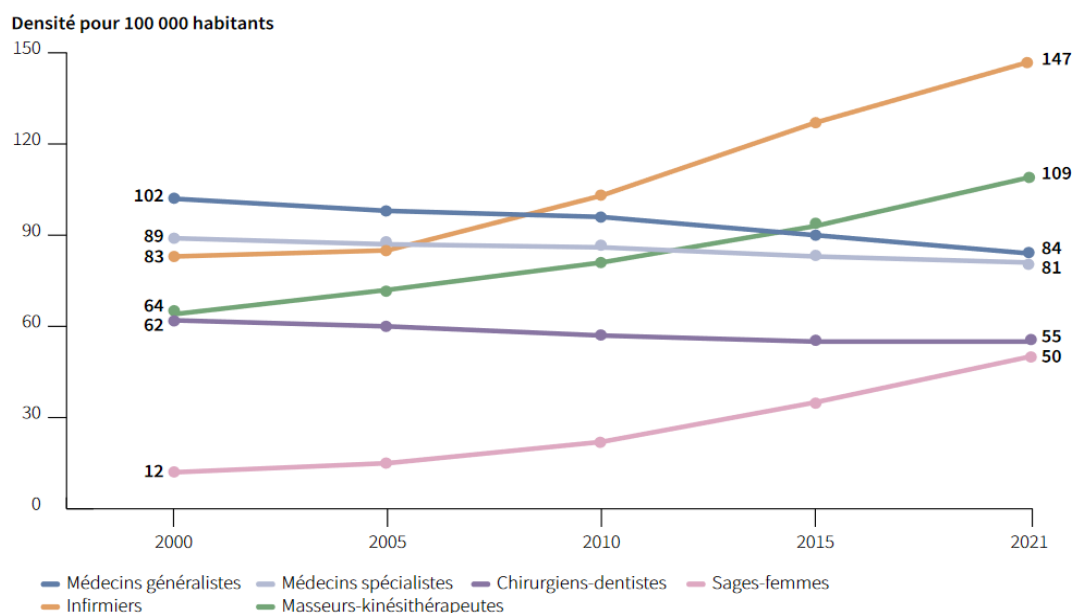
<sup>2</sup> Loi n° 71-557 du 12 juillet 1971 aménageant certaines dispositions de la loi n° 68-978 du 12 novembre 1968 d'orientation de l'enseignement supérieur.

Celle-ci n'a pas pu être compensée par l'installation concomitante de **générations formées au cours des années 1990 et 2000**, sous l'empire du *numerus clausus* le plus restrictif avec **moins de 5 500 places ouvertes** continûment chaque année entre 1984 et 2004.

Il en résulte une **tendance défavorable de la démographie médicale**, avec une **faible augmentation du nombre de médecins spécialistes**, qui cache des **disparités entre spécialités**<sup>1</sup>, et une **diminution du nombre des médecins de premier recours**<sup>2</sup>. Selon la fondation Jean Jaurès<sup>3</sup>, 55 790 généralistes libéraux exerçaient sur le territoire en 2025, soit une **diminution de 4 768 praticiens en dix ans** (- 7,9 %). Ces évolutions s'inscrivent dans un contexte marqué par **l'affaissement tendanciel de la part de médecins exerçant en médecine générale** : ces derniers représentaient 48 % des médecins inscrits au tableau de l'ordre en 2010, mais ne comptent désormais plus que pour **41,8 % de la cohorte en 2026**<sup>4</sup>.

La **dégradation est plus sensible encore** lorsqu'on tient compte de la **population dont les besoins de santé doivent être couverts**. La densité de médecins libéraux, mesurant le **nombre de professionnels conventionnés pour 100 000 habitants**, s'étirole petit à petit. Cela concerne au premier chef les **médecins généralistes, dont la densité a diminué de 18 % entre 2000 et 2021**, mais les **médecins spécialistes ne sont pas épargnés**, avec une **baisse de 9 %**.

### Évolution de la densité des professionnels libéraux



Source : Caisse nationale de l'assurance maladie (2022)

<sup>1</sup> Le nombre d'ophtalmologues libéraux a diminué de 5,6 % depuis 2015 et celui de dermatologues libéraux de 20,8 %, tandis que celui de cardiologues libéraux a augmenté de 10,7 % sur la période.

<sup>2</sup> Ce constat s'étend aux spécialités de premier recours hors médecine générale : la France comptait ainsi 750 gynécologues libéraux de moins en 2025 qu'en 2015 (- 14,5 %).

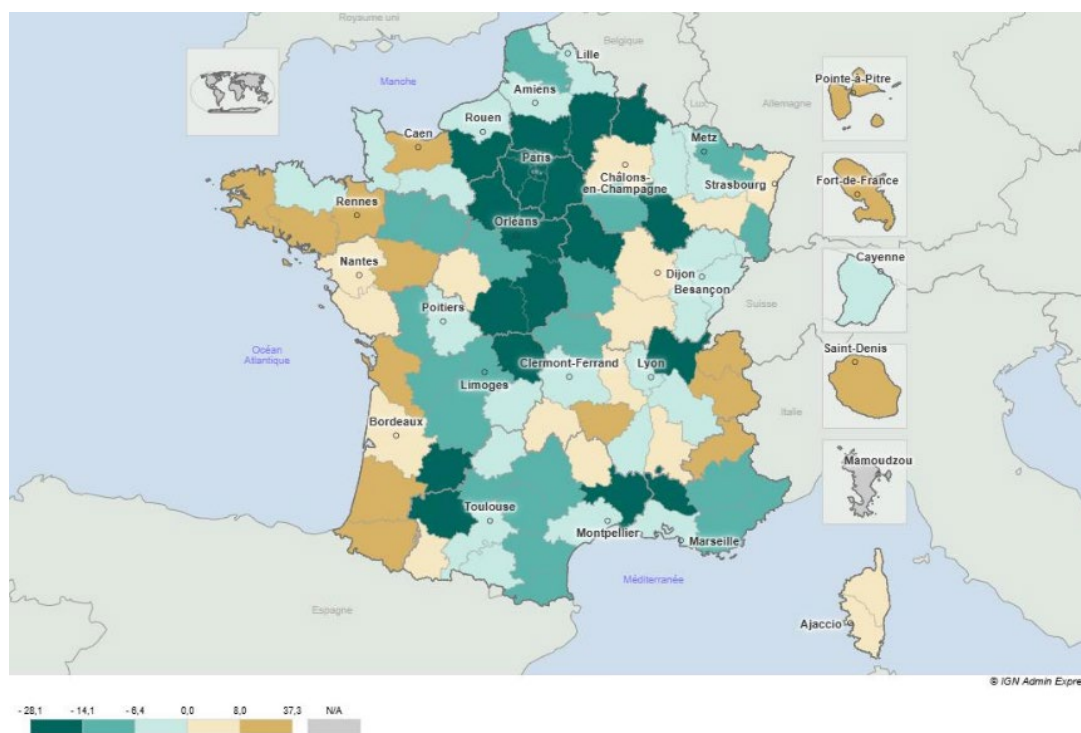
<sup>3</sup> Fondation Jean Jaurès, Cartes de France 2026 de l'accès aux soins : dix spécialités à la loupe, 2026.

<sup>4</sup> Conseil national de l'ordre des médecins, Atlas de la démographie médicale en France, 2026.

Enfin, **ces inégalités tendent encore à s'aggraver** dans la période récente. 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. Le rapport entre ces deux chiffres, mesurant les inégalités d'accès aux médecins généralistes, aurait encore augmenté de 5 % entre 2022 et 2023<sup>1</sup>.

Il en résulte **d'importantes disparités territoriales d'accès** : si le **délaï 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 **délaï 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)**.

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



Source : Cnom (2026)

Cependant, certains **signes de reprise démographique** sont à signaler, en lien avec le **relèvement du *numerus clausus* à la fin des années 2010** : le Conseil national de l'ordre des médecins a par exemple annoncé une **hausse de 1,9 % du nombre de médecins inscrits au tableau de l'ordre entre 2025 et 2026** ; une progression inédite dans les données recensées dans l'étude<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Drees, jeux de données « Accessibilité aux soins de premier recours en 2023 », publiés le 20 décembre 2024.

<sup>2</sup> L'étude commence en 2010.

Toutefois, il est encore trop tôt pour déterminer si ce sursaut se traduira également par une **amélioration de la densité médicale** ou de **l'accessibilité potentielle localisée dès 2026**, faute de disponibilité des données.

**2. Les mesures palliatives mises en œuvre présentent une efficacité contrastée et n'ont pas permis, à ce stade, d'assurer une accessibilité médicale satisfaisante sur l'ensemble du territoire**

Pour répondre au déséquilibre constaté sur de nombreux territoires entre l'offre et la demande de soins, l'État, l'assurance maladie et les collectivités territoriales s'engagent pour développer l'offre de soins et en améliorer l'équité de la répartition géographique. Toutefois, l'ensemble des initiatives mises en œuvre ne permettent pas, à date, d'assurer une accessibilité médicale satisfaisante sur l'ensemble des territoires.

- De nombreuses initiatives, principalement à la main de l'État, visent à **développer l'offre de soins sur les territoires**. On distingue les mesures visant à **augmenter le nombre de médecins en exercice** de celles tendant à **augmenter le temps médical disponible**.

- Portée par la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé<sup>1</sup>, la suppression du *numerus clausus* au profit du *numerus apertus* en 2020 a permis **d'augmenter progressivement les capacités de formation en médecine** en les adaptant d'abord aux **capacités des universités**, et désormais aux **besoins territoriaux de santé**, depuis l'adoption de la loi dite « Neuder »<sup>2</sup>.

Cette réforme a conduit à une **hausse sensible du nombre d'étudiants admis en deuxième année de médecine**, qui se traduira par l'insertion progressive dans le système de soins de cohortes plus importantes. **7 500 étudiants** sont entrés en deuxième année de médecine **en 2015**, contre près de **10 000 en 2019** et **12 000 en 2025**. Les effets positifs sur l'accès aux soins sont attendus à compter du début des années 2030, à la fin des études médicales des promotions recrutées sous le régime du *numerus apertus*. Le Conseil national de l'ordre des médecins (Cnom) table ainsi sur une **hausse de 40 % du nombre de médecins en activité entre 2026 et 2040**.

À cela s'ajoute l'**instauration d'une quatrième année à la formation en médecine générale**, sous statut de **docteurs juniors** exerçant en autonomie supervisée, aux côtés d'un médecin agréé maître de stage universitaire, et prioritairement en ville, dans un département proche de leur faculté. Grâce à cette **réforme d'inspiration sénatoriale**<sup>3</sup>, près de **3 700 docteurs juniors viendront renforcer l'accès aux soins dans les territoires, dès la rentrée 2026**.

---

<sup>1</sup> Article 1<sup>er</sup> de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

<sup>2</sup> Article 1<sup>er</sup> de la loi n° 2025-580 du 27 juin 2025 visant à améliorer l'accès aux soins par la territorialisation et la formation.

<sup>3</sup> Proposition de loi visant à la consolidation et à la professionnalisation de la formation des internes en médecine générale, texte n° 419 (2021-2022) de M. Bruno Retailleau et plusieurs de ses collègues, déposé au Sénat le 31 janvier 2022.

La **simplification du parcours des praticiens à diplôme hors Union européenne** (Padhue), poursuivie par différents textes de nature législative ou réglementaire<sup>1</sup>, constitue également une perspective pour renforcer l'offre médicale.

► D'autres mesures tendent à libérer du temps médical, comme la **montée en puissance du partage de compétences** entre professionnels. Le **développement des protocoles de coopération**, de l'accès direct, l'attribution de **nouvelles compétences vaccinales, préventives et diagnostiques aux pharmaciens** ainsi que l'extension de leur capacité à **prolonger des ordonnances**<sup>2</sup>, la création<sup>3</sup> des **infirmiers en pratique avancée** bénéficiant de **compétences particulières** en matière de suivi des patients et de prescription<sup>4</sup>, **l'extension des actes et produits pouvant être réalisés ou prescrits par les infirmiers**<sup>5</sup> : autant d'exemples qui **illustrent les nombreuses initiatives** prises en la matière par le législateur ces dernières années.

L'assurance maladie favorise, de son côté, le **déploiement des assistants médicaux**. Introduit en 2019<sup>6</sup> dans la loi, l'assistant médical est, le plus souvent, **un secrétaire médical, un aide-soignant ou un infirmier dûment formé**, exerçant en tant que **salarié auprès d'un médecin de ville afin de lui permettre de développer son activité**. Il assume trois principales missions : les **tâches administratives** (accueil, gestion du dossier patient), **l'appui au déroulement de la consultation** (prise de constantes, préparation du patient) et le concours à la **coordination du parcours de soins**. L'assurance maladie finance une **aide**<sup>7</sup> **dégressive mais pérenne** à l'emploi d'assistants médicaux, conditionnée à une **progression de la patientèle**. Revalorisée de 5 % par la dernière convention<sup>8</sup>, son montant, progressif avec le *quantum* d'activité réalisée, peut atteindre **38 000 euros pour la première année de contrat d'un assistant médical à temps plein**. Le seuil des **10 000 contrats signés a été dépassé en début 2026**.

---

<sup>1</sup> Voir notamment la loi n° 2023-1268 du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels et le décret n° 2025-467 du 28 mai 2025 portant diverses dispositions relatives aux praticiens à diplôme hors Union européenne.

<sup>2</sup> Article 15 de la loi n° 2023-379 du 19 mai 2023 portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé, article 78 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022, article L. 5125-23-1 du code de la santé publique.

<sup>3</sup> Article 119 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

<sup>4</sup> Article L. 4301-1 du code de la santé publique.

<sup>5</sup> Article 1<sup>er</sup> de la loi n° 2025-581 du 27 juin 2025 sur la profession d'infirmier et article L. 4311-1 du code de la santé publique.

<sup>6</sup> Article 67 de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

<sup>7</sup> Venant n° 7 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie, conclu le 20 juin 2019.

<sup>8</sup> Convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie, conclue le 4 juin 2024 et approuvée par l'arrêté du 20 juin 2024 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie.

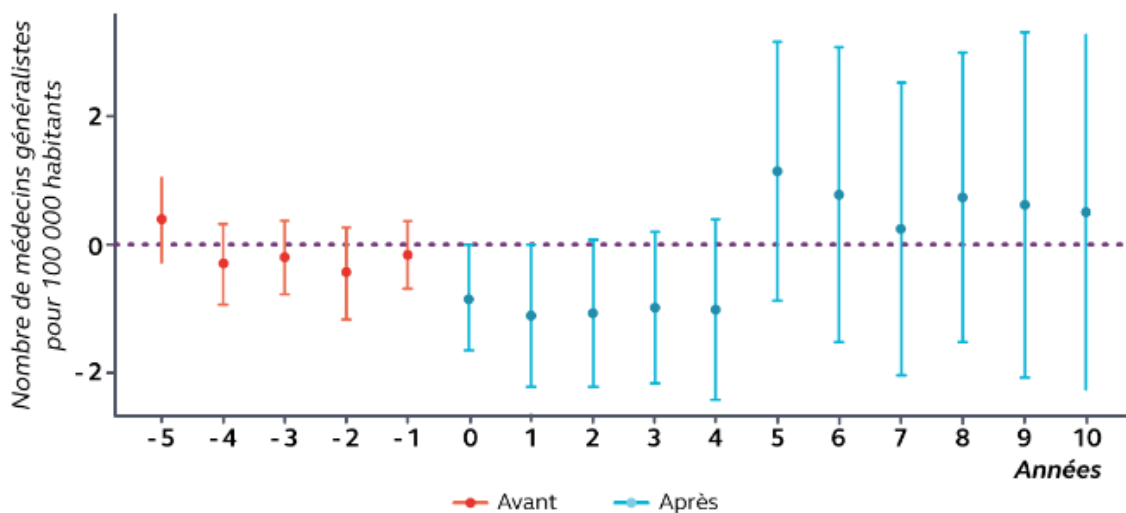
• D'autres mesures, portées par l'État, l'assurance maladie ou les collectivités territoriales, visent à rééquilibrer la répartition des médecins sur le territoire. Alors même que l'efficacité intrinsèque de certains de ces dispositifs est contestée par un certain nombre de travaux, leur prolifération et leur gestion dispersée entre plusieurs acteurs non coordonnés entre eux atténuent encore leur efficacité.

► D'abord, ces trois acteurs ont développé des dispositifs visant à favoriser l'installation et le maintien de médecins dans les zones sous-dotées, tout particulièrement dans les zones les plus en difficulté, appelées zones d'intervention prioritaire (ZIP).

► L'assurance maladie est la principale financeuse de ces dispositifs, via les aides conventionnelles. La convention médicale de 2016 a créé quatre contrats démographiques en ce sens. Deux d'entre eux représentent l'essentiel des montants engagés : le contrat d'aide à l'installation des médecins (Caim), prévoyant le versement d'un montant de 50 000 euros en contrepartie d'une installation avec engagement d'exercice en ZIP pour une durée de cinq ans, et le contrat de stabilisation et de coordination des médecins (Coscom), associé au versement d'une aide de 5 000 euros en contrepartie de l'engagement d'un médecin installé en ZIP à y rester au moins trois années supplémentaires.

Malgré un coût élevé – 51 millions d'euros en 2023 – les études conduites ne démontrent qu'« un effet positif modeste mais statistiquement peu significatif »<sup>1</sup> de ces aides sur l'offre médicale. Aussi ces dispositifs ont-ils été critiqués par la Cour des comptes, qui pointe du doigt « des effets d'aubaine » et « une relative inefficacité ».

#### Effets du Caim et du Coscom isolés sur la densité de médecins généralistes



Source : Cour des comptes (2025)

<sup>1</sup> Cour des comptes, Les aides à l'installation des médecins libéraux, communication à la commission des affaires sociales du Sénat, novembre 2025.

Pour tirer les conclusions de ce défaut d'efficience, les quatre dispositifs ont donc été **refondus, au 1<sup>er</sup> janvier 2026, en deux nouveaux mécanismes de soutien**, moins généreux<sup>1</sup>. Les médecins en secteur 1 ou en secteur 2 sous option tarifaire maîtrisée (Optam) bénéficient désormais, pour une **primo-installation**, d'une aide forfaitaire de **10 000 euros en ZIP et 5 000 euros en zone d'action complémentaire (ZAC)**.

En outre, les **médecins primo-installés en ZIP** voient leur **forfait médecin traitant majoré de 50 % la première année, 30 % la deuxième, et 10 % la troisième**, et les médecins généralistes installés en ZIP disposent d'une majoration pérenne de 10 % de ce même forfait<sup>2</sup>.

► L'État finance quant à lui le **contrat d'engagement de service public (CESP)**, qui permet aux **étudiants en médecine, maïeutique, odontologie et pharmacie** de bénéficier d'une **allocation mensuelle de 1 200 euros** en contrepartie d'un **exercice en zone sous-dense pour une durée égale à celle durant laquelle ils ont perçu l'allocation** et ne pouvant être inférieure à deux ans<sup>3</sup>.

**Son efficience n'est pas plus avérée.** Dans une méta-analyse de 2021, la Drees établit un **bilan en demi-teinte de dispositifs similaires** conduits à l'international, dès lors que les **médecins s'installant volontairement** en zone rurale sont, d'après les études, *« beaucoup plus susceptibles d'y rester longtemps que ceux qui s'y installent parce qu'ils se sont engagés à un service de contrepartie »*<sup>4</sup>.

► Enfin, les collectivités territoriales ont été autorisées par le législateur à attribuer des aides *« destinées à favoriser l'installation ou le maintien de professionnels de santé »*<sup>5</sup> dans les zones sous-denses. Celles-ci peuvent consister en le **versement d'une prime d'installation ou d'exercice**, mais aussi en la **mise à disposition d'un logement ou de locaux** pour l'activité envisagée<sup>6</sup>.

Là encore, **l'efficacité réelle de ces mesures** pour attirer des professionnels est **contestée**. Au-delà même des **effets d'aubaine**, ces aides sont suspectées de **favoriser une forme de « nomadisme »** des professionnels de santé à des fins **pécuniaires**, à telle enseigne que le législateur a limité à **une fois par décennie leur perception**<sup>7</sup>. Celles-ci alimentent en outre une **concurrence entre collectivités**, entraînant une **fuite en avant des montants** en jeu.

► D'autre part, l'État et l'assurance maladie **financent des dispositifs incitatifs à l'exercice partiel en zones sous-denses**.

---

<sup>1</sup> Articles 26-1 à 26-3 de la convention médicale précitée.

<sup>2</sup> Articles 24-1 et 24-2 de la convention médicale précitée.

<sup>3</sup> Articles L. 632-6 et R. 631-24 et suivants du code de l'éducation.

<sup>4</sup> Drees, Remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques. Les leçons de la littérature internationale, n° 89, décembre 2021.

<sup>5</sup> Article L. 1511-8 du code général des collectivités territoriales.

<sup>6</sup> Article R. 1511-44 du code général des collectivités territoriales.

<sup>7</sup> Article 2 de la loi n° 2023-1268 du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels.

▸ La **convention médicale de 2024 précitée** prévoit ainsi que les médecins en secteur 1 ou secteur 2 sous Optam touchent une **aide de 3 000 euros** à l'ouverture d'un **premier cabinet secondaire** en ZIP. Elle complète ce dispositif par une **aide de 200 euros par demi-journée de consultations avancées dans les ZIP**, dans la limite de 1 200 euros par mois<sup>1</sup>.

▸ Plus récemment encore, dans le cadre du **pacte de lutte contre les déserts médicaux**, l'État a identifié **151 « zones rouges » pour l'accès aux soins**. À compter de septembre 2025, ces zones sont supposées être **progressivement dotées de cabinets « solidaires », fonctionnant sur une rotation entre médecins**.

Si l'idée est loin d'être mauvaise, la **volumétrie demeure à ce stade très faible** : seuls **300 médecins y participeraient**, à date. La Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam) évoque un dispositif **« lancé précipitamment »**, non **« traduit juridiquement »** et dont le **« portage politique [a] souffert des récents changements de gouvernement »**<sup>2</sup>. Il convient d'ailleurs de relever que l'**initiative des centres de santé « Médecins solidaires »**, de visée similaire mais portée par des professionnels de santé, mieux organisée et mieux implantée, rencontre quant à elle **un certain succès**.

• À date, les **mesures palliatives ainsi introduites** ne parviennent **ni à contenir, ni à résorber les inégalités territoriales d'accès aux soins**, soit parce qu'elles **manquent d'efficacité**, soit parce qu'elles **ne produiront des effets que de manière différée dans le temps**. Cela suscite une **demande politique d'aménagement voire de suppression de la liberté d'installation des médecins**.

### **B. La liberté d'installation figure parmi les principes fondamentaux régissant la médecine libérale**

#### **1. Un principe ancré dans le temps, perçu comme un corollaire de l'exercice de la médecine comme profession libérale**

La liberté d'installation consiste en la **possibilité laissée à un professionnel de santé d'exercer dans le territoire de son choix** dès la fin de ses études, **indépendamment de l'offre ou de la demande de soins**. Elle s'inscrit parmi les **principes structurants ayant entouré le développement de la médecine de ville en France**.

Dès les années 1920, les **syndicats de médecins de ville**, redoutant le **développement d'une médecine de caisse** à l'heure du développement des **premières assurances sociales** gérées par les mutuelles, se sont attelés à **défendre le rattachement de leur profession aux professions libérales**. Cette période, marqué par des **antagonismes prononcés avec les pouvoirs publics**, reste profondément ancrée dans la culture syndicale médicale.

<sup>1</sup> Article 26-4 de la convention médicale précitée.

<sup>2</sup> Réponses écrites de la Cnam au questionnaire de la rapporteure.

Sous l'égide de la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF), une « charte de la médecine libérale » a alors été érigée. Datée de novembre 1927, celle-ci proclame **cinq principaux piliers de l'exercice libéral de la médecine** : le libre choix du praticien, le respect du secret professionnel, le droit à des honoraires libres, le paiement direct par l'assuré et la liberté thérapeutique et de prescription.

Si la **liberté d'installation ne figure pas en tant que telle au sein de cette charte**, il convient de relever que la question n'agitait alors pas le débat public. Laurent Vercoestre estime, à ce titre, que « *la question de la liberté d'installation qui, naturellement était pratiquée par la totalité des médecins, ne se posait même pas et qu'il existait à ce sujet une sorte d'accord tacite* »<sup>1</sup>.

Il n'en reste pas moins que la **reconnaissance de la liberté d'installation** comme une **composante fondamentale de l'exercice libéral** de la médecine trouve des **sources anciennes**. Celle-ci a été proclamée **concomitamment à l'établissement de la première convention nationale**, par la **loi du 3 juillet 1971**<sup>2</sup>, laquelle l'a consacrée comme **principe fondamental de l'exercice libéral**, aux côtés de ceux contenus dans la charte de la médecine libérale<sup>3</sup>.

Témoin de sa force symbolique, plus de **cinquante ans plus tard**, la **rédaction retenue** par la loi du 3 juillet 1971 précitée est **toujours en vigueur, dans les mêmes termes**, codifiée à l'**article L. 162-2 du code de la sécurité sociale**. La liberté d'installation est également **consacrée par le code de la santé publique**, qui dispose en son article L. 1434-3 que le schéma régional de santé indique les besoins en implantations « *dans le respect de la liberté d'installation* ».

## **2. La liberté d'installation des médecins présente une valeur symbolique forte, sans toutefois avoir force constitutionnelle**

La **constance de la rédaction** conférant le statut de « *principes fondamentaux* »<sup>4</sup> à la liberté d'installation, à la liberté de prescription, au libre choix du praticien, au secret professionnel et au paiement direct des honoraires témoigne que ces cinq piliers « *forment le socle identitaire et unificateur du syndicalisme médical français* »<sup>5</sup>, comme l'écrit le politologue Patrick Hassenteufel.

Il convient toutefois de noter que ces **cinq principes ne revêtent pas tous la même force juridique**. Ainsi, comme le relève le vice-président du Conseil d'État, la liberté thérapeutique et le secret professionnel « *constituent des libertés médicales essentielles mais également des garanties pour les droits des personnes* », tandis que la liberté de prescription, la liberté d'installation et le paiement direct des honoraires lui apparaissent « *d'avantage inspirés par* »

---

<sup>1</sup> Laurent Vercoestre, « Libre choix d'installation : approche généalogique », Le Quotidien du médecin Blogs, avril 2022.

<sup>2</sup> Article 1<sup>er</sup> de la loi n° 71-525 du 3 juillet 1971 relative aux rapports entre les caisses d'assurance maladie et les praticiens et auxiliaires médicaux.

<sup>3</sup> À l'exception de la liberté tarifaire, la seule à n'être plus d'actualité à ce jour.

<sup>4</sup> Article L. 162-2 du code de la sécurité sociale.

<sup>5</sup> Patrick Hassenteufel, « Les syndicats de médecins entre défense et dépassement de la médecine libérale », Les Tribunes de la santé, n° 59, janvier 2019.

*des préoccupations de gestion du système de santé* »<sup>1</sup>. Le Conseil constitutionnel a ainsi eu l'occasion de rappeler, dans sa **décision sur la loi de modernisation de notre système de santé**, que l'aménagement du principe de paiement direct des honoraires par la généralisation du tiers payant en ville **ne contrevenait « à aucune exigence constitutionnelle »**<sup>2</sup>.

Dès lors **qu'une valeur constitutionnelle n'a jamais été reconnue à la liberté d'installation**, le législateur est juridiquement fondé à tempérer ce principe ou à y déroger.

Si la **liberté d'installation** reste à ce jour la règle chez les médecins, en l'absence de toute disposition leur faisant obligation de s'installer dans certains territoires ou interdiction de s'établir dans d'autres, elle est d'ores et déjà **tempérée par quelques aménagements**, certes de faible ampleur. L'installation est ainsi soumise à certaines formalités administratives comme l'inscription au tableau de l'ordre<sup>3</sup> et à **certaines contraintes déontologiques** pour garantir l'**absence de concurrence déloyale entre médecins**. Ainsi, l'installation dans le même immeuble qu'un confrère<sup>4</sup> et l'installation d'un médecin à proximité directe du lieu d'exercice d'un confrère dont il a assuré le remplacement<sup>5</sup> sont soumises à une autorisation ordinaire ou à l'accord du confrère concerné.

**Des aménagements de plus forte ampleur** à la liberté d'installation ont, du reste, d'ores et déjà été **admis chez d'autres professionnels de santé**.

### C. La liberté d'installation d'autres professionnels de santé libéraux s'exerce désormais dans un cadre encadré conventionnellement

#### **1. Le développement progressif d'aménagements conventionnels à la liberté d'installation pour certains auxiliaires médicaux et pour les autres professions médicales**

Si la liberté d'installation concernait, à l'origine, **l'ensemble des professionnels de santé libéraux**, les **partenaires conventionnels** ont été amenés à **sensiblement aménager ce principe** pour un certain nombre **d'auxiliaires médicaux et de professionnels médicaux**.

• **La profession infirmière a été la première à connaître un conventionnement conditionné au lieu d'implantation**. Celui-ci a été introduit dès 2008, par le premier avenant<sup>6</sup> à la convention nationale<sup>7</sup>, puis consolidé en 2011 par l'avenant n° 3<sup>8</sup>.

---

<sup>1</sup> Didier Tabuteau, Les libertés médicales et l'organisation des soins en France, Titre VII, n° 11, octobre 2023.

<sup>2</sup> Décision du Conseil constitutionnel n° 2015-727 DC du 21 janvier 2016, considérant n° 50.

<sup>3</sup> Article L. 4112-1 du code de la santé publique.

<sup>4</sup> Article R. 4127-90 du code de la santé publique.

<sup>5</sup> Article R. 4127-86 du code de la santé publique, pour une installation dans les deux ans à compter de la fin d'un remplacement d'une durée d'au moins trois mois, continue ou discontinue.

<sup>6</sup> Article 1.3.1 de l'avenant n° 1 du 4 septembre 2008 à la convention nationale des infirmiers.

<sup>7</sup> Convention nationale des infirmières et infirmiers libéraux, conclue le 22 juin 2007.

<sup>8</sup> Avenant n° 3 du 28 septembre 2011 à la convention nationale des infirmiers.

Son principe n'a que **peu varié en vingt ans : le conventionnement d'un infirmier libéral en zone sur-dotée** ne peut intervenir qu'à condition qu'un **confrère y cesse définitivement son activité**. Les **zones sur-dotées**, dans lesquelles s'applique le principe du « **un départ pour une installation** », correspondent aux bassins de vie recouvrant les **28,4 % de la population française** dont l'accessibilité potentielle localisée aux infirmiers est **la plus forte**<sup>1</sup>.

L'avenant n° 6<sup>2</sup> à la convention nationale a resserré le dispositif en réservant l'installation en zone sur-dotée aux **infirmiers désignés comme successeurs**<sup>3</sup> par leurs confrères en cessation d'activité, mais a également **introduit des cas dérogatoires**<sup>4</sup>, notamment en raison de la situation médicale de l'infirmier ou de ses proches ou de la mutation professionnelle du conjoint.

Il a, enfin, introduit un **mécanisme de régulation de l'activité**, qui impose aux **infirmiers libéraux établis dans les zones très dotées et intermédiaires** en périphérie des zones sur-dotées de **réaliser au moins les deux tiers de leur activité dans leur zone d'installation**.

• Par la suite, le **conventionnement sélectif** a été introduit chez les **masseurs-kinésithérapeutes** en 2018, selon des **modalités similaires**.

L'avenant n° 5 de leur convention fixe ainsi le **principe d'une subordination du conventionnement en zone sur-dotée à une cessation concomitante d'activité d'un confrère**<sup>5</sup>, hors situation personnelle ou de santé particulière (mutation, maladie du professionnel ou d'un proche...) ou exercice d'activités spécifiques dont font partie la **réhabilitation respiratoire** ou la **kinésithérapie pédiatrique**<sup>6</sup>. Ce principe a par la suite été **conforté par les avenants n° 6 et 7**, qui ont respectivement **offert une priorité**<sup>7</sup> puis **réservé l'accès au conventionnement** aux professionnels **désignés nommément comme successeurs** par leurs confrères cessant leur activité en territoires sur-dotés<sup>8</sup>.

---

<sup>1</sup> Article 3.2.1 de la convention nationale des infirmiers.

<sup>2</sup> Avenant n° 6 du 29 mars 2019 à la convention nationale des infirmiers.

<sup>3</sup> Le repreneur disposant d'une durée de six mois pour initier ses formalités d'installations.

<sup>4</sup> Article 3.4.2 de la convention nationale des infirmiers.

<sup>5</sup> Article 1.2.1 de l'avenant n° 5 à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes libéraux, conclu le 6 novembre 2017 et article 1.2.1 de la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes signée le 3 avril 2007, dans sa version consolidée.

<sup>6</sup> Article 1.2.3 de l'avenant n° 5 à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes libéraux, conclu le 6 novembre 2017 et article 1.2.3 de la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes signée le 3 avril 2007, dans sa version consolidée.

<sup>7</sup> À défaut, il revenait entre 2019 et 2023 à la caisse primaire d'assurance maladie d'accorder le conventionnement à un candidat, au regard notamment de l'existence d'un exercice passé en zone sous-dotée ou très sous-dotée.

<sup>8</sup> Article 4 de l'avenant n° 6 à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes libéraux, conclu le 14 mai 2019 et article 4 de l'avenant n° 7 à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes libéraux, conclu le 13 juillet 2023.

En 2023, l'avenant n° 7<sup>1</sup> est, en outre, venu **étendre les territoires** où s'applique le principe du « **un pour un** ». Alors que les zones sur-dotées visées à l'origine **ne couvraient que 12,5 % de la population**, le conventionnement sélectif est désormais en vigueur **dans les zones « non prioritaires » au sens large**, incorporant les anciennes zones « très dotées » et **concentrant les 30 % de la population<sup>2</sup> bénéficiant de l'accessibilité la plus élevée à la profession**. Cela en fait la profession dont les **zones soumises à une régulation du conventionnement sont les plus étendues**.

- Les **sages-femmes** ont été la première **profession médicale** à mettre en œuvre, par voie conventionnelle<sup>3</sup>, une **régulation territoriale du conventionnement** dans les zones marquées par une offre de soins particulièrement développée. Comme pour les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes, **cette régulation est fondée sur le principe du « un pour un »<sup>4</sup>**, mais le **conventionnement n'est pas réservé aux successeurs désignés**.

Elle ne s'applique, du reste, **ni aux sages-femmes échographistes, ni à celles justifiant d'une activité spécifique** concernée par une offre insuffisante de soins, et est **écartée pour des motifs personnels** semblables à ceux que peuvent invoquer les infirmiers ou les masseurs-kinésithérapeutes.

Initialement, le **conventionnement sélectif** des sages-femmes se démarquait en permettant également le **conventionnement en zone sur-dotée** en cas de **réduction d'activité d'au moins 50 % d'une consœur**. **Restreinte par l'avenant n° 3** à la convention nationale<sup>5</sup>, cette possibilité n'est plus admise que pour les **collaboratrices et associées de la sage-femme** réduisant son activité et **pour la seule patientèle ne pouvant plus être prise en charge** par cette dernière.

La régulation du conventionnement s'applique aux zones caractérisées par l'accès le plus étendu à la profession, **réunissant 12,5 % de la population<sup>6</sup>**.

- Enfin, les **chirurgiens-dentistes** ont **récemment accepté d'intégrer à leur convention nationale un dispositif** de régulation des conventionnements. La nouvelle convention nationale de l'été 2023<sup>7</sup> porte, ainsi, un dispositif de « **gestion partagée du conventionnement** », entré en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2025. Dans les zones non prioritaires, regroupant les **5 % de la population française**

---

<sup>1</sup> Article 4 de l'avenant n° 7 à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes libéraux, conclu le 13 juillet 2023.

<sup>2</sup> Article 1.1.2 de la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes signée le 3 avril 2007, dans sa version consolidée.

<sup>3</sup> Avenant 1 à la convention nationale des sages-femmes, conclu le 9 janvier 2012.

<sup>4</sup> Article 3.3 de la convention nationale des sages-femmes libérales, conclue le 11 octobre 2007, dans sa version consolidée.

<sup>5</sup> Avenant 3 à la convention nationale des sages-femmes, conclu le 11 mai 2015.

<sup>6</sup> Article 3.1.1 de la convention nationale des sages-femmes libérales, conclue le 11 octobre 2007, dans sa version consolidée.

<sup>7</sup> Arrêté du 23 août 2023 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie.

pour lesquels l'accessibilité est la plus élevée<sup>1</sup>, le conventionnement ne peut désormais être accordé qu'au bénéficiaire d'un chirurgien-dentiste désigné comme assurant la succession d'un confrère cessant définitivement son activité dans la zone. Ce dernier dispose d'un délai d'un an pour désigner son successeur. Passé ce délai, le conventionnement est attribué par une **commission paritaire départementale**<sup>2</sup>.

La limitation au conventionnement ne s'applique ni lorsque le professionnel souhaitant s'installer est **spécialiste en médecine bucco-dentaire, en chirurgie orale ou en orthopédie dento-faciale** ni lorsque la demande de conventionnement **procède d'une situation personnelle particulière**.

## **2. Des effets documentés mais à la portée encore incertaine sur la répartition territoriale de l'offre de soins**

L'efficacité de ces mesures sur la répartition territoriale des professionnels de santé est documentée par différentes études, mais présente des limites. La **régulation de l'installation** ou du conventionnement ne saurait donc être considérée comme un **remède miracle** aux tensions d'accès aux soins, quoiqu'elle puisse **contribuer utilement à équilibrer l'offre sur le territoire**.

- La Cnam a notamment conduit une **analyse de l'efficacité des mesures de régulation** du conventionnement chez les **masseurs-kinésithérapeutes et les infirmiers**, dans le cadre du rapport Charges et Produits pour 2024<sup>3</sup>.

L'étude conclut à une « *amélioration de la répartition géographique* » des infirmiers libéraux, avec une **baisse de l'indice de Gini** associé, ainsi qu'à « *une stabilisation de l'effectif* » des masseurs-kinésithérapeutes dans les zones régulées. Alors que la démographie des masseurs-kinésithérapeutes **établis en zones sur-dotées était très dynamique**, avec une croissance annuelle moyenne de 4,7 % par an entre 2015 et 2018, elle n'a plus augmenté que de 0,2 % par an entre 2019 et 2021, avec l'entrée en vigueur du conventionnement sélectif. Malgré cela, **l'indice de Gini continue de se dégrader chez cette profession** (+ 0,06 point entre 2019 et 2022).

Dans ses réponses au questionnaire, la Cnam indique toutefois que c'est **chez les sages-femmes que le conventionnement sélectif s'est montré le plus efficace** pour réduire les inégalités territoriales d'installation : **l'indice de Gini associé a reculé de 0,34 point entre 2016 et 2022**.

- Toutefois, après **plus de quinze ans de régulation du conventionnement pour les infirmiers** et **près de dix ans pour les masseurs-kinésithérapeutes**, ces deux professions restent touchées par les **inégalités territoriales de répartition les plus marquées** en libéral. Les 10 % de départements les mieux dotés disposent ainsi d'une densité de ces soignants 2,5 à 3 fois supérieure à celle prévalant dans les 10 % les moins bien dotés.

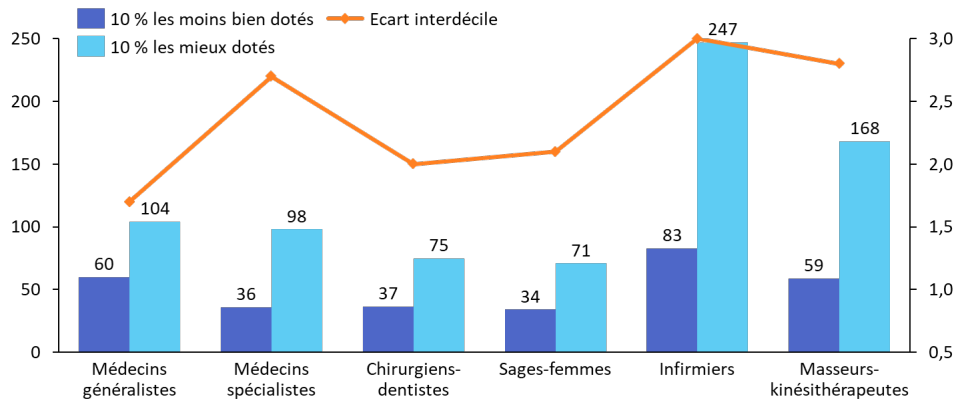
---

<sup>1</sup> Article 33.1 de la convention nationale des chirurgiens-dentistes.

<sup>2</sup> Article 35 de la convention nationale des chirurgiens-dentistes.

<sup>3</sup> Cnam, Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'assurance maladie pour 2024, juillet 2023.

### Densités départementales pour 100 000 habitants de professionnels libéraux en 2022

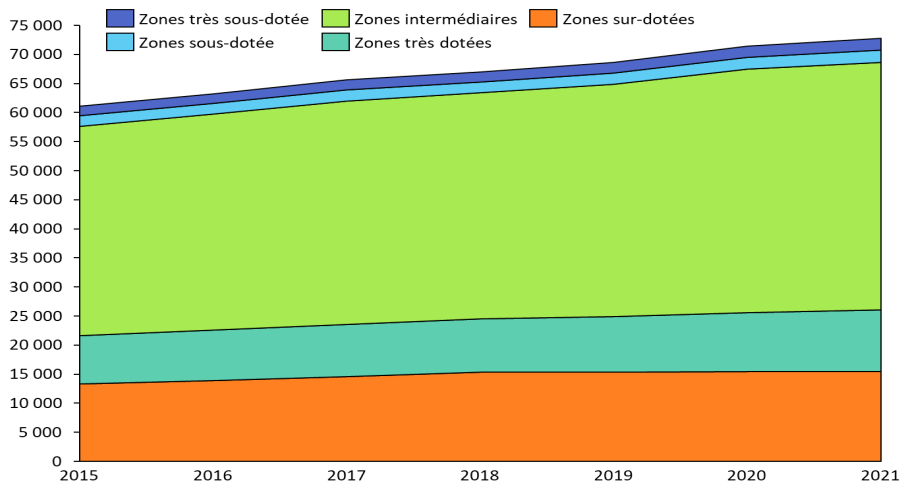


Source : Commission des affaires sociales du Sénat d'après des données de l'assurance maladie (2024)

Le **conventionnement sélectif** n'a en effet pas permis, à date, de **renforcer suffisamment l'offre de soins dans les zones sous-dotées**.

Le cas des **masseurs-kinésithérapeutes** est **emblématique des limites de ces mesures**. L'introduction d'un conventionnement sélectif s'y est traduite par un **afflux massif de professionnels vers les zones très dotées** et vers les zones intermédiaires **plutôt que par un rééquilibrage au profit des zones sous-denses**. Ainsi, dans les deux années ayant suivi la mise en place de la régulation du conventionnement, le nombre de **masseurs-kinésithérapeutes conventionnés en zones très dotées a bondi de plus de mille unités**, tandis que moins de 400 conventionnements supplémentaires<sup>1</sup> sont intervenus en zones sous-dotées et très sous-dotées.

### 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)

<sup>1</sup> Alors même que les zones très dotées couvraient une moindre proportion de la population que les zones sous-dotées et très sous-dotées.

**D. Le dispositif proposé: une conditionnalité de l'installation des médecins à une autorisation préalable, délivrée uniquement en cas d'exercice en zone sous-dense ou de cessation concomitante d'activité d'un confrère**

L'article 1<sup>er</sup> de la proposition de loi instaure un mécanisme de régulation de l'installation des médecins en ville.

Le 2<sup>o</sup> du I insère ainsi un nouvel article L. 4111-1-3 du code de la santé publique, soumettant toute installation en ville à une autorisation préalable du directeur général de l'agence régionale de santé dont relève le lieu d'installation, après avis du conseil départemental de l'ordre des médecins.

L'autorisation ne pourrait être accordée que lorsque l'installation s'effectue en zone sous-dense ou en cas de cessation concomitante d'activité d'un confrère exerçant la même spécialité dans la même zone géographique.

Les conditions d'application seraient renvoyées à un décret en Conseil d'État pris après avis du Cnom.

Le 1<sup>o</sup> du I opère une **coordination** à l'article L. 4111-1 du code de la santé publique, qui régit les conditions générales d'exercice des médecins.

Le II fixe l'entrée en vigueur du I à la **date de publication** de son décret d'application, et **au plus tard un an après la promulgation de la loi**.

## **II - Les modifications apportées par l'Assemblée nationale**

### **A. En commission**

Après avoir adopté cinq amendements, dont deux identiques de Mme Rist et M. Rousset (Ensemble pour la République) visant à rendre possible l'octroi de l'autorisation hors zone sous-dense y compris en l'absence de cessation concomitante d'activité d'un confrère, la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale a supprimé l'article 1<sup>er</sup>.

### **B. En séance publique**

Par deux amendements identiques de M. Garot et plusieurs de ses collègues du groupe de travail transpartisan sur les déserts médicaux et de M. Brun et certains de ses collègues du groupe Droite Républicaine, l'Assemblée nationale a rétabli l'article 1<sup>er</sup> dans une rédaction proche de celle du texte au dépôt. Celle-ci en diffère néanmoins par :

- l'applicabilité du dispositif aux **médecins exerçant à titre libéral ou salarié** ;

- l'ajout d'une **consultation des représentants des étudiants en médecine, des usagers et des élus locaux** sur le texte réglementaire d'application appelé par l'article 1<sup>er</sup> ;

- plusieurs **clarifications rédactionnelles**.

L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi rétabli.

### III – La position de la commission

#### A. Un engagement fort et répété de la commission en faveur de la lutte contre la désertification médicale, freiné par l'inaction du Gouvernement

• À titre liminaire, la commission partage pleinement l'inquiétude entourant l'accessibilité médicale sur nos territoires. Elle constate avec consternation la dégradation de la démographie médicale, plongeant plus des trois quarts de la population dans une situation d'offre de soins médicaux insuffisante selon le zonage le plus récent<sup>1</sup>.

Face à la situation critique de l'accès aux soins sur nos territoires, la commission ne peut que déplorer l'inaction gouvernementale sur le sujet – aucun projet de loi en santé n'ayant été déposé depuis maintenant sept ans<sup>2</sup>.

• Consciente du rôle qui lui incombe pour répondre à la désertification médicale, la commission démontre, quant à elle, un engagement plein et entier en faveur du développement de l'offre de soins, de la libération du temps médical et de l'amélioration de la répartition territoriale des professionnels.

Pour y concourir, celle-ci a soutenu l'instauration de la quatrième année de médecine générale et enrichi les lois Rist, Rist 2 et Valletoux. Surtout, elle s'est montrée force d'initiative par deux propositions de loi adoptées lors des douze derniers mois.

La proposition de loi visant à améliorer l'accès aux soins dans les territoires, déposée par son président et adoptée par le Sénat en mai 2025, contient vingt-cinq articles apportant autant de réponses pour mettre fin à la pénurie médicale. Le corpus de mesures qu'elle contient s'attache à :

- territorialiser les politiques d'accès aux soins et l'identification des besoins en professionnels de santé, dans une optique ascendante ;

- renforcer l'offre de soins dans les territoires en tension, en subordonnant l'installation médicale en zone sur-dense à un engagement d'exercice partiel en zone sous-dense, en libéralisant les conditions d'ouverture des cabinets secondaires pour les médecins et en facilitant le remplacement des professionnels médicaux exerçant ponctuellement en zones sous-denses ;

- renforcer l'offre médicale sur l'ensemble du territoire, en levant divers freins à l'accès des Padhue à l'autorisation d'exercice ;

- revaloriser l'attractivité de l'exercice en zones sous-denses, et non seulement l'installation dans ces territoires, en prévoyant des rémunérations forfaitaires majorées dans ces territoires ;

---

<sup>1</sup> Arrêté du 9 mai 2025 relatif à la méthodologie applicable à la profession de médecin pour la détermination des zones prévues au 1<sup>o</sup> de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique.

<sup>2</sup> La dernière étant la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

- **augmenter le temps médical disponible**, en renforçant les **partages de compétences** avec les pharmaciens et les audioprothésistes, en **levant des freins au déploiement de la pratique avancée**, et en **allouant mieux le temps médical** par la suppression de certificats inutiles et l'accompagnement à l'acquisition de logiciels innovants.

La proposition de loi relative aux formations en santé, déposée par la rapporteure et adoptée par le Sénat au mois d'octobre, s'attelle quant à elle à **renforcer la territorialisation des formations en santé** afin de concourir à une **répartition plus équitable des professionnels**, tant sur le premier que sur le troisième cycle<sup>1</sup>.

Face à l'urgence d'agir en faveur de l'accès aux soins, la commission exhorte le Gouvernement à inscrire, dans les plus brefs délais, ces deux propositions de loi à l'ordre du jour de l'Assemblée nationale, afin de permettre l'entrée en vigueur des mesures attendues et prometteuses qu'elles contiennent.

*B. L'article 1<sup>er</sup> n'apparaît ni approprié, ni efficace pour résoudre les difficultés d'accès aux soins médicaux sur le territoire*

Encore convient-il d'apporter au problème de la désertification médicale des réponses appropriées et efficaces, qui ne sont pas nécessairement les plus médiatiques ou les plus intuitives.

La commission estime que la solution retenue par cet article 1<sup>er</sup> ne répond à aucun de ces deux critères. En subordonnant toute installation hors zone sous-dense à la cessation concomitante d'activité d'un confrère, il contrevient frontalement à la liberté d'installation, reconnue par la loi comme un principe fondamental de l'exercice libéral de la médecine, sans qu'il soit établi qu'une telle mesure soit à même de répondre aux difficultés d'accès aux soins sur nos territoires.

**1. Une mesure dont l'efficacité prévisionnelle est, en l'état, contestable**

• D'abord, l'analyse de la commission diffère de celle de l'auteur en ce qu'elle estime que l'accès aux soins dans les territoires souffre, plus encore que de l'imparfaite répartition des médecins sur le territoire, d'une offre globale de soins médicaux insuffisante.

Le contexte auquel nous faisons face 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. Il convient d'ailleurs de relever que les inégalités territoriales de répartition entre les médecins généralistes libéraux sont plus faibles que celles observées chez l'ensemble des professions de santé dont le conventionnement est régulé. L'arithmétique est univoque : aucune clé de répartition territoriale de médecins, même optimale, ne saurait répondre seule aux difficultés que nous traversons.

---

<sup>1</sup> Pour plus de détails, se référer au rapport n° 35 (2025-2026) de M. Khalifé Khalifé et Mme Véronique Guillotin, déposé le 15 octobre 2025.

Par conséquent, **renforcer l'offre de soins médicaux apparaît comme un corollaire nécessaire à l'efficacité de toute mesure restrictive sur l'installation.** Or aucun article de cette proposition de loi n'agit sur ce levier. Il importe donc de **ne pas se laisser abuser en surestimant les effets bénéfiques attendus de l'article 1<sup>er</sup>** sur l'accès aux soins : ceux-ci seront **inhibés par la démographie médicale**, particulièrement morne. Rappelons en outre, comme le fait la Cnam, que celui-ci « *n'aurait aucun effet sur le stock actuel, uniquement sur le flux* »<sup>1</sup> : l'article 1<sup>er</sup> ne saurait donc, en tout état de cause, apporter une solution pour répondre aux **difficultés d'accès aux soins sur le court terme.**

Aux yeux de la commission, l'alliage de **mesures visant à améliorer la répartition territoriale des praticiens et d'autres mesures tendant à stimuler l'offre de soins médicaux** constitue, au contraire, **l'un des principaux atouts** de la proposition de loi visant à améliorer l'accès aux soins dans les territoires.

- **Bien que documentés, les résultats des mesures de conventionnement sélectif demeurent du reste contrastés** chez les professions qui y sont soumises.

L'exemple des masseurs-kinésithérapeutes démontre que le **conventionnement sélectif ne suffit pas à assurer un redressement démographique dans les zones sous-denses**, même si celui-ci contribue utilement à **stabiliser les effectifs exerçant dans les zones sur-denses.** C'est en effet au premier chef aux **zones intermédiaires et très dotées qu'a bénéficié le conventionnement sélectif en zones sur-dotées chez cette profession.**

De la même manière, **ne permettre qu'une installation des médecins en zones sous-denses** à moins d'une cessation concomitante d'activité d'un confrère **n'uniformisera pas la répartition médicale** dans ces zones, mais, au contraire, la **concentrera dans les plus attractives** d'entre elles. Alors que les zones sous-denses recouvrent **la plus grande partie du territoire national**, il y a fort à craindre que le dispositif proposé **bénéficie aux grandes agglomérations catégorisées comme sous-dotées** sans répondre aux difficultés d'accès aux soins, **plus importantes encore**, rencontrées sur les **territoires perçus comme moins attractifs**, en premier lieu dans **certaines zones rurales.**

**2. Une mesure s'opposant frontalement à la liberté d'installation, vigoureusement défendue par les médecins libéraux**

- En proscrivant toute installation hors zones sous-denses sauf en cas de cessation concomitante d'activité d'un confrère, **l'article 1<sup>er</sup> ne procède pas à un simple aménagement à la liberté d'installation, mais y met un terme.** La commission ne peut y souscrire, pour plusieurs raisons.

- La commission estime que la solution portée par l'article 1<sup>er</sup> porte une **atteinte excessive et disproportionnée à la liberté d'installation en y apportant les limites les plus strictes jamais appliquées** à des professionnels de santé.

---

<sup>1</sup> Réponses écrites de la Cnam au questionnaire de la rapporteure.

Alors que les **dispositifs de conventionnement sélectif** en vigueur ne s'appliquent qu'aux **seules zones sur-dotées**, l'article 1<sup>er</sup> fait obstacle à toute installation médicale hors zones sous-denses, y compris dans les **zones à densité intermédiaire**.

Une telle contrainte apparaît **d'autant plus paradoxale** que, comme cela a été rappelé *infra*, les **médecins généralistes figurent parmi les professions dont la répartition territoriale est la moins inégalitaire**.

Elle apparaît **d'autant moins proportionnée** que la démographie médicale devrait à nouveau s'inscrire dans une **dynamique favorable avec l'installation prochaine des premières cohortes entrées sous le régime du *numerus apertus***, certainement avant même que le présent dispositif puisse produire ses effets.

Il faut, en outre, noter la **différence de nature symbolique** entre la **régulation du conventionnement**, appliquée à d'autres professions, et une **régulation de l'installation** telle qu'elle est proposée par l'article 1<sup>er</sup>, plus coercitive encore en ce qu'elle **fait obstacle à tout exercice, même non conventionné**.

- Le **caractère disproportionné** de l'atteinte proposée à la liberté d'installation semble **d'autant moins justifié** que la **valeur symbolique forte** accordée à ce principe devrait plutôt inviter le législateur à faire preuve d'une **particulière prudence lorsqu'il le manie**. La commission rappelle à cet effet que la loi, **sans faire de la liberté d'installation un principe intangible**, reconnaît en elle un **principe fondamental de l'exercice de la médecine libérale**.

Revenir, par la loi, sur la liberté d'installation n'a d'ailleurs rien d'**usuel**. La commission relève que des **aménagement à cette liberté** ont bien été introduits pour les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, les sages-femmes et les chirurgiens-dentistes, mais que ceux-ci **se sont tous inscrits dans un cadre conventionnel**. Les professionnels y ont donc **consenti, dans le cadre d'un accord plus global sur les conditions d'exercice** ; la régulation de l'installation ne leur a jamais été imposée par la loi. En ce sens, la Cnam juge que la liberté d'installation est « *indissociable du cadre conventionnel* »<sup>1</sup>.

Si la commission admet qu'il est **loisible au législateur d'apporter à la liberté d'installation des aménagements** pour des motifs d'intérêt général suffisants, elle considère ainsi **qu'il ne lui appartient pas d'y mettre un terme** sans prendre en compte **l'avis des professionnels**, comme s'attelle à le faire l'article 1<sup>er</sup>.

- Ce faisant, l'article 1<sup>er</sup> **suscite une opposition virulente et unanime des syndicats de médecins libéraux ainsi que du Conseil national de l'ordre des médecins (Cnom)**. La Cnam estime, pour cette raison, qu'un tel dispositif est « *susceptible de fragiliser l'attractivité de l'exercice conventionné et le dialogue conventionnel* »<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Réponses écrites de la Cnam au questionnaire de la rapporteure.

<sup>2</sup> Réponses écrites de la Cnam au questionnaire de la rapporteure.

Le maintien de relations partenariales avec les professionnels de santé est primordial pour parvenir collectivement à surmonter le défi que nous pose la résorption des inégalités d'accès aux soins. Aussi apparaît-il malhabile d'imposer une mesure aussi coercitive et aussi décriée alors que les tensions entre les pouvoirs publics et les médecins sont déjà à leur paroxysme.

Fidèle à sa position constante selon laquelle on ne saurait conduire de politique de santé efficace contre ses principaux acteurs, la commission s'oppose à ce qu'une mesure aussi structurante sur les conditions d'exercice puisse être mise en œuvre malgré la résistance généralisée qu'elle suscite.

**3. Face à l'urgence d'agir pour l'accès aux soins, la commission a réintroduit les dispositifs des articles 3 et 4 de la proposition de loi visant à améliorer l'accès aux soins dans les territoires, qui aménagent la liberté d'installation des médecins sans y contrevenir**

Pour autant, la commission se montre **particulièrement préoccupée** par « *les inégalités d'accès [aux médecins] constatées et leur aggravation continue [qui] menacent d'abîmer le pacte républicain* »<sup>1</sup>. Dans une logique d'équité territoriale, il ne lui semble **pas acceptable** que les **dix départements les mieux dotés** disposent d'une accessibilité aux médecins généralistes **1,7 fois supérieure** à celle des dix départements les **moins bien dotés**, et d'une accessibilité aux médecins spécialistes **2,7 fois plus forte**, quand bien même ces **inégalités sont plus fortes encore chez d'autres professions**.

Alors que les mesures mises en œuvre à ce jour apparaissent **insuffisamment ambitieuses pour contenir les inégalités croissantes d'accès aux soins**, et à plus forte raison pour les résorber, la commission juge désormais « *souhaitable que la loi encadre l'exercice de [la] liberté [d'installation], comme elle encadre l'exercice d'autres libertés traditionnellement reconnues aux médecins* »<sup>2</sup>, afin de concourir à **l'amélioration de la répartition territoriale de l'offre médicale**.

En adoptant **l'article 3** de la proposition de loi visant à améliorer l'accès aux soins dans les territoires, la commission a ainsi souhaité **introduire des aménagements non coercitifs à l'exercice de la liberté d'installation** par les médecins. Cet article vise à **conditionner l'installation des médecins généralistes et spécialistes en zones sur-denses à un engagement de leur part à exercer à temps partiel en zones sous-denses**. 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.

---

<sup>1</sup> Rapport n° 576 (2024-2025) de Mme Corinne Imbert, déposé le 6 mai 2025.

<sup>2</sup> Rapport n° 576 (2024-2025) de Mme Corinne Imbert, déposé le 6 mai 2025.

Cette solution, **respectueuse de la liberté d'installation**, privilégie une **logique de responsabilisation des médecins**. Elle ne leur **empêche nullement de pratiquer leur art où ils le souhaitent**, mais réclame, en contrepartie d'une installation en zone sur-dense, **un exercice partiel en zone sous-dense**.

Afin de permettre **l'exercice effectif de cette liberté d'installation encadrée**, l'article 4 de la même proposition de loi prévoit de simplifier les conditions d'ouverture des cabinets secondaires pour les médecins. Pour ce faire, il **limite les motifs de refus opposables** dans le cadre d'un exercice secondaire requis par l'article 3 aux **seules qualité et sécurité des soins** et abaisse de deux à un mois le **délai minimal entre la transmission de la déclaration** préalable à l'ouverture d'un cabinet secondaire et le **début de l'activité secondaire**.

La commission estime que ces deux articles **procèdent d'une logique vertueuse, plus acceptable pour les professionnels, et à même de favoriser une répartition plus équitable de la ressource médicale sur le territoire**.

Elle a donc adopté un **amendement de rédaction globale n° COM-1 de sa rapporteure, réintroduisant en substance les articles 3 et 4 de la proposition de loi visant à améliorer l'accès aux soins dans les territoires**. Elle relève toutefois que, pour produire tous ses effets, cette mesure doit **être accompagnée des dispositions visant à revitaliser l'offre de soins médicaux**, figurant dans la proposition de loi visant à améliorer l'accès aux soins dans les territoires mais non dans la présente proposition de loi.

Deux principales différences sont à noter par rapport à la version qu'elle avait adoptée un an plus tôt.

D'une part, le **délai minimal entre la transmission** de la demande d'ouverture d'un cabinet secondaire et le **début prévisionnel** de l'activité envisagée est désormais **fixé à six semaines** à compter de l'envoi d'un dossier complet, afin de garantir que le conseil départemental de l'ordre **dispose du temps matériel nécessaire à l'examen du dossier**.

D'autre part, **la commission est revenue sur la possibilité laissée au médecin de s'inscrire à deux conseils départementaux de l'ordre distincts**, introduite en séance publique mais **jugée inefficace par le Cnom**.

**La commission a adopté cet article ainsi modifié.**

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

**Mise en place d'un indicateur territorial de l'offre de soins**

*Cet article crée un indicateur territorial de l'offre de soins (Itos), élaboré conjointement par les services de l'État en lien avec les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) afin de dresser une cartographie, par bassin de vie, de la répartition de l'offre de soins sur le territoire français.*

*La commission a supprimé cet article.*

**I - Le dispositif proposé**

**A. Mesurer la réalité de l'offre de soins disponible sur le territoire : un préalable indispensable à une politique de santé efficace**

En application de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique, le directeur général de l'agence régionale de santé détermine tous les deux ans, par arrêté, d'une part les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins, et d'autre part les zones caractérisées par une offre de soins particulièrement élevée. La détermination des zones relevant de la première catégorie est de la compétence du directeur général de l'ARS et répond à une méthodologie fixée au niveau national, ne laissant que peu de place à la consultation des élus locaux.

En application du code de la santé publique, le directeur général de l'ARS détermine tous les deux ans :

- les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins, dites « sous-denses », pour les professions et spécialités pour lesquelles des dispositifs d'aide conventionnels sont prévus ;

- les zones dans lesquelles le niveau de l'offre de soins est particulièrement élevé, dites « sur-denses », pour les professions pour lesquelles des dispositifs de régulation démographique ont été mis en place par voie conventionnelle<sup>1</sup>.

Les indicateurs et seuils applicables à l'identification des zones sous-denses sont fixés par arrêté. La méthodologie applicable à l'identification des zones « sur-denses » est, en revanche, déterminée par voie conventionnelle<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Article L. 1434-4 du code de la santé publique.

<sup>2</sup> Article R. 1434-41 du code de la santé publique.

Les zones sous-denses sont principalement identifiées sur la base de l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) parmi les territoires de vie-santé. Les ARS s'appuient sur les résultats de cet indicateur, ou sur des indicateurs qu'elles estiment plus adaptés compte tenu des caractéristiques de leurs territoires. L'indicateur d'APL permet de mesurer à la fois la proximité et la disponibilité des professionnels de santé. Il est donc plus fin que les indicateurs de densité ou de temps d'accès. Il prend notamment en compte le nombre de médecins généralistes jusqu'à 65 ans, le temps d'accès aux praticiens, la structure démographique du territoire ou encore l'activité de chaque praticien.

L'APL est disponible pour les médecins généralistes, les infirmières, les sages-femmes, les masseurs-kinésithérapeutes et les chirurgiens-dentistes. Il se mesure, pour les médecins généralistes, en nombre de consultations accessibles par an et par habitant. L'accessibilité moyenne aux médecins généralistes s'établit ainsi à **3,3 consultations par an et par habitant en 2023**. Pour les autres professions, il se calcule en équivalent temps plein.

Les inégalités d'accessibilité aux médecins généralistes restent inférieures à celles enregistrées pour les autres professions. Le rapport entre l'accessibilité moyenne des 10 % de la population les mieux dotés et celle des 10 % les moins dotés est de 4,1 pour les généralistes mais de 7,8 pour les chirurgiens-dentistes et 6,1 pour les infirmiers<sup>1</sup>.

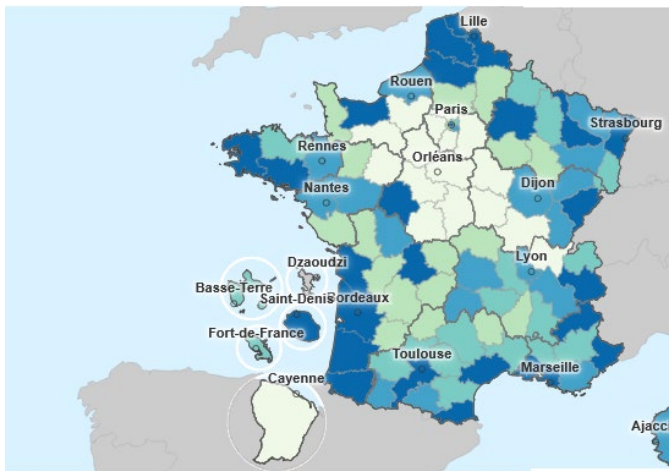
#### **L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL)**

L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) a été développé pour mesurer l'adéquation spatiale entre l'offre et la demande de soins de premier recours à un échelon géographique fin. C'est un indicateur local, disponible au niveau de chaque commune, qui tient compte de l'offre et de la demande issues des communes environnantes. Calculé à l'échelle communale, l'APL met en évidence des disparités d'offre de soins qu'un indicateur usuel de densité, calculé sur des mailles beaucoup plus larges aurait tendance à masquer. Il tient également compte du niveau d'activité des professionnels en exercice ainsi que de la structure par âge de la population de chaque commune qui influence les besoins de soins.

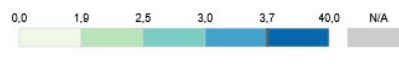
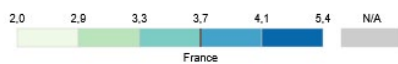
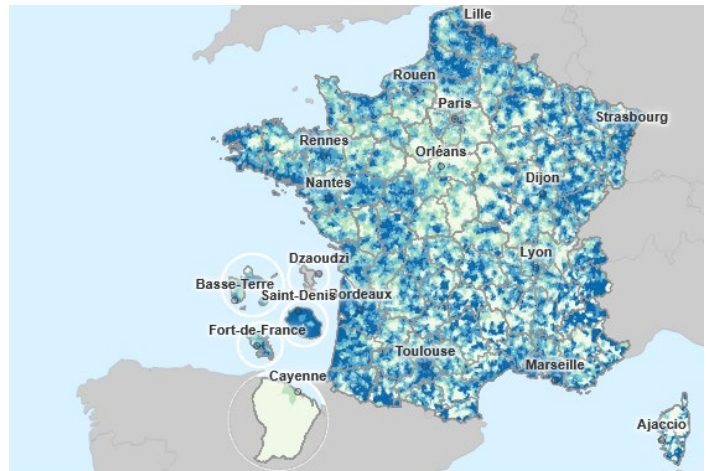
*Source : Extrait du site [data.drees.solidarites.gouv.fr](http://data.drees.solidarites.gouv.fr)*

<sup>1</sup> Drees, Accessibilité aux soins de premier recours en 2023, novembre 2024.

APL par département 2023,  
médecins généralistes



APL par commune 2023,  
médecins généralistes



Source : Observatoire des territoires, agence nationale de la cohésion des territoires (ANCT)

Les zones sous-denses sont, pour les médecins, ensuite divisées en deux catégories :

- les zones d'intervention prioritaire (ZIP), constituées des territoires les plus en tension rassemblant 36,7 % de la population nationale<sup>1</sup> ;

- les zones d'accompagnement complémentaire (ZAC), constituées des territoires en tension mais à un niveau moins important, rassemblant 39 % de la population nationale<sup>2</sup> ;

- certaines régions ajoutent des catégories spécifiques, comme les zones d'accompagnement régionales (ZAR) selon les caractéristiques sanitaires et sociales de la population dans les territoires comme dans les Hauts-de-France ou en Occitanie.

L'identification des ZIP et ZAC est effectuée par le directeur général de l'ARS dans le respect de la méthodologie prévue par arrêté. Cette dernière a été actualisée en mai 2025<sup>3</sup> afin, notamment, de prévoir une meilleure prise en compte des spécificités locales et une concertation avec les représentants des professionnels de santé et les élus locaux avant toute modification des arrêtés relatifs à la détermination des zones. Le directeur général de l'ARS peut suivre le classement des territoires de vie-santé par APL observée, ou retenir un classement différent pour tenir compte, notamment, de la géographie ou d'autres indicateurs complémentaires<sup>4</sup>.

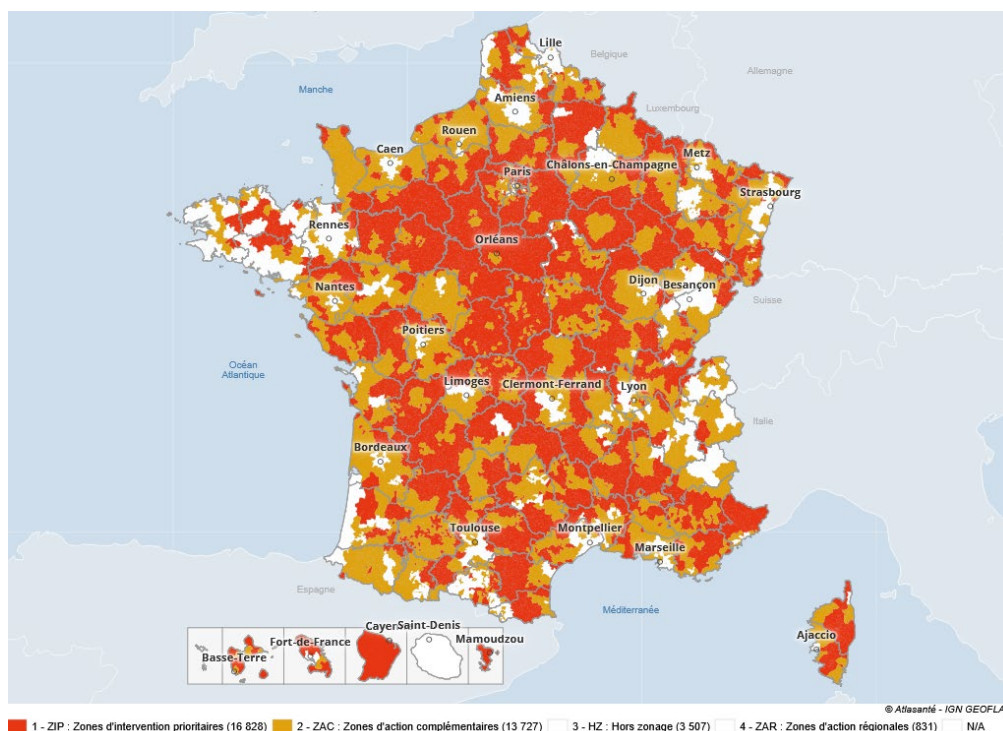
<sup>1</sup> Arrêté du 9 mai 2025 relatif à la méthodologie applicable à la profession de médecin pour la détermination des zones prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique.

<sup>2</sup> Ibid.

<sup>3</sup> Ibid.

<sup>4</sup> Ibid.

## Des zones d'intervention prioritaires et des zones d'action complémentaire pour les médecins généralistes – 2025



Source : <https://cartosante.atlasante.fr>

## Date des derniers arrêtés par région établissant le zonage conventionnel des médecins généralistes

Région	Date de l'arrêté
Auvergne-Rhône-Alpes	08/12/2025
Bourgogne-Franche-Comté	13/11/2025
Bretagne	08/12/2023
Centre-Val-de-Loire	05/01/2026
Corse	20/04/2023
Grand-Est	18/12/2025
Guadeloupe	16/11/2022
Guyane	27/06/2018
Hauts-de-France	30/12/2025
Ile-de-France	09/12/2025
La Réunion	08/07/2022
Martinique	17/10/2023
Mayotte	05/06/2023
Normandie	22/01/2021
Nouvelle-Aquitaine	30/01/2026
Occitanie	30/10/2025
Pays-de-la-Loire	17/02/2026
Provence-Alpes-Côte-d'Azur	29/12/2025

Source : <https://cartosante.atlasante.fr>

Le zonage conditionne l'attribution d'aides financières, conventionnelles ou de la région et de l'État comme les primes à l'installation, des exonérations fiscales ou encore une rémunération garantie, afin d'inciter les médecins à s'installer ou à rester dans ces zones.

Toutefois, le constat est largement partagé : le dispositif actuel de pilotage et de détermination du zonage ne permet pas de répondre totalement aux besoins des territoires, faute de prise en compte adéquate de ces besoins et des inégalités de densité médicale existantes. Alors que **l'adaptation régulière du zonage** aux tendances démographiques observées est indispensable, le système actuel et notamment l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) ne tient que trop peu compte des remontées d'information effectuées par les observatoires régionaux et la planification des besoins reste trop centralisée.

Par ailleurs, alors que la loi prévoit un zonage par spécialité, celui-ci n'est aujourd'hui établi que pour les médecins. Le dernier alinéa de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique précise que lorsque « *le directeur général de l'agence régionale de santé n'a pas déterminé les zones prévues au 1° du présent article pour une spécialité médicale, celles arrêtées pour la profession de médecin s'appliquent* ». Dès lors, il n'existe pas, à ce stade, de zonage suffisamment robuste et fiable pour de nombreuses spécialités médicales, ce qui peut conduire à des erreurs importantes d'appréciation des besoins territoriaux. L'émergence de nombreuses « surspécialités » (chirurgie spécialisée, neurologie cognitive ou de la douleur...) dans l'exercice médical renforce la difficulté d'établir un zonage pertinent et homogène.

Pour la Caisse nationale de l'Assurance maladie (Cnam), cette « *situation limite la capacité à différencier les zones d'intervention selon la spécialité concernée et à cibler les dispositifs d'aide* ». Dans sa réponse au questionnaire transmis par la rapporteure, la Cnam précise à ce titre les difficultés spécifiques liées à l'établissement d'indicateurs pour les spécialités pour lesquelles « *il y a une offre hospitalière importante* » qu'il est difficile de « *capter et quantifier cette activité hospitalière et traduire en offre ETP* » ou encore les questions liées à l'« *accessibilité financière* » due aux dépassements d'honoraires et à la détermination de la « *distance d'accès au spécialiste jugée acceptable* » par la population en fonction « *de chaque spécialité et des pathologies traitées* ».

### **B. Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale : créer un nouvel indicateur dans la loi pour mesurer les besoins en santé des territoires**

#### **1. Le droit proposé**

Cet article est issu de trois amendements identiques : n° 56, présenté par Guillaume Garot et plusieurs de ses collègues<sup>1</sup>, n° 68, présenté par Fabrice Brun et plusieurs de ses collègues et n° 84, présenté par Denis Masségli, adoptés en séance par l'Assemblée nationale après avis favorable de la commission et du Gouvernement.

---

<sup>1</sup> Cet amendement a été présenté « au nom du groupe transpartisan » et cosigné par des membres des groupes Socialistes et apparentés, Démocrates, NFP-France Insoumise, Ensemble pour la République, Droite républicaine, Écologiste et social, Horizons, Gauche démocrate et républicaine et LIOT.

Le 1° du présent article complète l'article L. 1411-11 relatif à l'organisation des soins de premier recours par un paragraphe relatif à la création d'un « indicateur territorial de l'offre de soins » (Itos). Cet article attribue aux ARS la responsabilité de l'élaboration de ce nouvel indicateur « *en lien avec les communautés professionnelles territoriales de santé* ».

Les objectifs attribués à cet indicateur sont nombreux. Ainsi, s'il doit en priorité « *évaluer la densité de l'offre de soins médicaux et paramédicaux, par spécialité, dans chaque commune et dans chaque territoire de santé* », il doit également servir de base à :

- la détermination par le directeur général de l'ARS des zones dites « sous-denses » mentionnées à l'article L. 1434-4 ;

- l'élaboration des documents d'orientation de la politique de soins et notamment du projet régional de santé ;

- la décision d'ouverture, de transfert ou de regroupement des cabinets de médecins libéraux.

Par ailleurs, cet indicateur doit aussi servir à la définition d'un niveau minimal d'offre de soins à atteindre pour chaque spécialité médicale et paramédicale.

Enfin, le texte prévoit que cet indicateur est révisé annuellement et mis à jour au plus tard le 31 mars de chaque année.

Le a du 2° de l'article 1<sup>er</sup> bis modifie quant à lui l'article L. 1434-4 du code de la santé publique relatif au zonage déterminé par l'ARS. Il précise que ce zonage doit être revu « *annuellement* » et non plus « *tous les deux ans* ». L'augmentation de la fréquence d'actualisation du zonage est un souhait régulier des acteurs afin d'améliorer l'adéquation de ce zonage avec la réalité de la démographie médicale dans les territoires.

Le b du 2° assure ensuite au 1° de l'article L. 1434-4 la coordination avec la création de l'Itos prévue à l'article L. 1411-11 en prévoyant que les « *zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins* » sont déterminées « *au regard de l'indicateur mentionné à l'article L. 1411-11* ».

Enfin, le c du 2° supprime le cadre conventionnel prévu au 2° de l'article L. 1434-4 pour la détermination des zones « sur-denses » applicable aux professions pour lesquelles des dispositifs de régulation démographique existent déjà<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Voir le commentaire de l'article 1<sup>er</sup> de la présente proposition de loi.

## II - La position de la commission

La commission souscrit à la nécessité de **définir des indicateurs précis et opérationnels permettant de déterminer la réalité de l'offre de soins réellement disponible sur les territoires** ainsi que de disposer de projections pertinentes de l'évolution de la démographie médicale.

Interrogé sur ce sujet, l'Intersyndicale nationale des internes (ISNI) a ainsi critiqué une « *gouvernance territoriale actuelle qui apparaît à la fois trop centralisée et insuffisamment réactive* », « *un décalage persistant entre les données administratives et les réalités de terrain* » ainsi qu'un « *déficit de concertation avec les professionnels de santé* ». Dans son rapport sur la proposition de loi visant à améliorer l'accès aux soins dans les territoires, adoptée par le Sénat le 13 mai 2025, la rapporteure exprimait déjà ses doutes quant à la capacité des ARS à apprécier les besoins en santé des territoires au regard de la diversité des situations au sein d'une même région. Elle appelait à revenir sur la centralisation régionale qui prévaut aujourd'hui en mettant en place un véritable processus ascendant de définition des besoins en professions de santé et d'analyse de la répartition de l'offre de soins<sup>1</sup>. Le Sénat s'était alors prononcé pour la mise en œuvre d'un cadre de concertation permettant aux élus et professionnels de santé au niveau départemental, de construire des indicateurs mesurant les évolutions en matière d'amélioration d'accès aux soins et de démographie médicale sur le territoire.

La commission constate que l'indicateur prévu par cet article est élaboré par les ARS seules « *en lien avec les communautés professionnelles territoriales de santé* » et reste ainsi prisonnier d'une logique descendante qui ne prend que trop peu en compte les remontées des territoires.

De plus, ce nouvel indicateur s'apparente en réalité à un **méta-indicateur qui permettrait à lui seul de conduire toute la politique d'offre de soins sur les territoires**. Au contraire, la commission estime qu'une politique publique ne peut se baser sur un seul indicateur qui serait utilisé et interprété seul, mais qu'elle doit nécessairement s'appuyer sur plusieurs indicateurs afin de pouvoir se compléter et se nuancer. Comme le souligne MG France dans sa réponse au questionnaire transmis par la rapporteure, « *un nouveau système d'évaluation pourrait être pertinent, mais son efficacité dépendra [...] de son adaptabilité, notamment pour prendre en compte des territoires où la population fluctue fortement (zones touristiques par exemple), de sa capacité à anticiper les départs en retraite et les projections démographiques effectives* ». C'est également la position soutenue par l'Isni qui précise que des indicateurs réellement pertinents devraient « *intégrer un ensemble de dimensions complémentaires : le temps médical disponible, l'activité effective, les délais d'accès aux soins, les flux de patients entre territoires, la démographie locale ainsi que les besoins épidémiologiques* ».

---

<sup>1</sup> Corinne Imbert, rapport fait au nom de la commission des affaires sociales sur la proposition de loi visant à améliorer l'accès aux soins dans les territoires (n° 576 (2024-2025)).

Enfin, la multiplication des objectifs qui sont assignés à ce nouvel indicateur et le niveau de précision souhaité (détermination au sein de chaque commune et pour chaque spécialité de la densité de l'offre de soins et de son évolution) lui enlèvent tout caractère opérationnel, tout en entraînant une charge de travail considérable pour les administrations. La commission considère qu'il existe un risque certain qu'un tel indicateur ne puisse que très difficilement être mis à jour et qu'il soit dès lors frappé d'obsolescence dès sa publication.

**La commission a adopté l'amendement de suppression (COM-2) présenté par la rapporteure.**

#### *Article 2*

### **Suppression de la majoration de ticket modérateur due au titre du non-respect du parcours de soins coordonnés en cas d'impossibilité de désigner un médecin traitant**

*Cet article propose de supprimer la majoration de ticket modérateur applicable à un assuré n'ayant pas respecté le parcours de soins coordonnés lorsque celui-ci ne parvient pas à faire désigner un médecin traitant.*

*La commission a adopté cet article modifié par quatre amendements de sa rapporteure, conférant notamment à ce dispositif une portée transitoire, dans l'attente des effets des mesures de renforcement de l'offre de soins.*

#### **I - Le dispositif proposé**

##### **A. Le législateur a introduit une majoration de ticket modérateur en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés comme gage d'efficience du système de santé**

**1. Le parcours de soins coordonnés, conférant un rôle pivot au médecin traitant, a été développé pour renforcer l'efficience du système de santé**

Afin de **concourir à l'efficience du système de santé**, la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie<sup>1</sup> a **institué la notion de parcours de soins coordonnés** et a substitué à cet effet au médecin référent, mis en place en 1997, **le médecin traitant**.

Celui-ci est **chargé de la coordination des soins et du suivi médical du patient**. Il fait office de **porte d'entrée dans le système de santé**, en premier recours, en **assurant l'orientation du patient vers des médecins spécialistes en second recours**.

---

<sup>1</sup> Article 7 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

### Les principales missions du médecin traitant

N'importe quel médecin généraliste ou spécialiste d'une autre spécialité, qu'il exerce en libéral, en centre de santé, en établissement de santé ou en établissement ou service médico-social, peut être **déclaré médecin traitant**. Il est **librement choisi par l'assuré**, mais peut **s'opposer à sa désignation**, notamment lorsqu'il estime que sa patientèle médecin traitant ne peut davantage être élargie.

Ses missions sont précisées par voie conventionnelle. L'article 18-1 de la convention<sup>1</sup> rappelle ainsi les principales d'entre elles :

- **contribuer à l'offre de soins ambulatoires ;**
- **assurer dans le cadre du parcours de soins coordonné l'orientation du patient ;**
- **contribuer à la participation des patients aux actions de prévention, de dépistage et de promotion de la santé.**

Le médecin traitant bénéficie, au titre de son activité et en sus de la rémunération tirée de son activité, d'une gratification spécifique : **le forfait médecin traitant**<sup>2</sup>, qui a pris effet au 1<sup>er</sup> janvier 2026 en remplacement de dispositifs préexistants. Celui-ci repose sur une **part fixe, tenant compte de la complexité du patient (âge, pathologies chroniques, précarité)**, et une **part variable directement liée au respect du parcours de prévention**.

Le médecin traitant est ainsi amené à **encourager un usage responsable et rationnel du système de soins par les assurés**, en ne prescrivant **que les consultations nécessaires** et en évitant ainsi un éparpillement des soins. Le **suivi régulier des patients** par le médecin traitant lui confère, en outre, une **connaissance approfondie sur leur situation médicale et personnelle**, au service d'une **prise en charge plus adaptée**.

Relèvent du parcours de soins coordonnés<sup>3</sup> les **consultations réalisées auprès du médecin traitant** ou, sur prescription du médecin traitant, **auprès d'un médecin dit « correspondant »**<sup>4</sup>, pour une demande d'avis ponctuel, la tenue de soins itératifs, ou la mise en œuvre d'une séquence de soins impliquant un ou plusieurs intervenants. Le médecin correspondant est alors tenu **d'informer le médecin traitant sur ses constatations et sur les éléments objectifs utiles** à la prise en charge du patient.

<sup>1</sup> Convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie, conclue le 4 juin 2024.

<sup>2</sup> Article 21 de la convention médicale précitée.

<sup>3</sup> Article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale.

<sup>4</sup> Article 19 de la convention médicale précitée.

Par dérogation<sup>1</sup>, sont réputées respecter les conditions du parcours de soins coordonnés les **consultations réalisées, même sans intervention préalable du médecin traitant**, auprès de **certaines spécialités médicales** dans le cadre de l'accès spécifique<sup>2</sup>. Celui-ci recouvre **certains soins gynécologiques<sup>3</sup>, ophtalmologiques<sup>4</sup>, dentaires<sup>5</sup>** et, pour les patients de moins de 26 ans, **psychiatriques et neuropsychiatriques**. Les médecins consultés dans le cadre d'un accès spécifique sont soumis aux **mêmes obligations de coordination et d'information du médecin traitant** que les médecins correspondants.

#### **Exemples de situations suivant ou non le parcours de soins coordonnés**

Suit le parcours de soins coordonnés l'assuré qui consulte son médecin traitant.

Suit le parcours de soins coordonnés l'assuré qui, après consultation de son médecin traitant, est orienté vers un gastro-entérologue.

Est réputée suivre le parcours de soins coordonnés l'assurée qui, sans orientation de son médecin traitant, consulte un gynécologue pour se faire prescrire une contraception.

Ne suit pas le parcours de soins coordonnés l'assuré qui, sans prescription de son médecin traitant, consulte directement un cardiologue.

Ne suit pas le parcours de soins coordonnés l'assuré qui, sans avoir déclaré de médecin traitant, consulte un médecin généraliste conventionné exerçant en secteur 1.

## **2. Une majoration de ticket modérateur s'applique aux patients ne respectant pas le parcours de soins coordonnés, à des fins incitatives**

Afin de **décourager les recours** au système de santé **ne s'inscrivant pas dans le cadre du parcours de soins coordonnés**, l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale crée, en pareille hypothèse, une **majoration du ticket modérateur à la charge de l'assuré**. Pour les assurés n'ayant pas désigné de médecin traitant, celle-ci s'applique à **l'ensemble des consultations**.

<sup>1</sup> Article D. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

<sup>2</sup> Article 20 de la convention médicale précitée.

<sup>3</sup> Examens périodiques dont dépistages, prescription et suivi de la contraception, suivi des grossesses, interruption volontaire de grossesse.

<sup>4</sup> Troubles de la réfraction oculaire, dépistage et suivi du glaucome et de la dégénérescence maculaire liée à l'âge.

<sup>5</sup> Soins de prévention bucco-dentaire, conservateurs, chirurgicaux, prothétiques et orthopédiques prodigués par des stomatologues ou des médecins spécialistes en chirurgie orale ou maxillo-faciale.

### **Ticket modérateur et reste à charge : deux notions à distinguer**

En règle générale, **l'assurance maladie n'assume pas la prise en charge intégrale des frais de santé** supportés par les assurés. L'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale prévoit ainsi, sauf exceptions<sup>1</sup>, une **participation de l'assuré aux tarifs servant de base au remboursement**.

**La part des frais de santé non prise en charge par l'assurance maladie** est dénommée ticket modérateur. Celui-ci équivaut, par exemple, à **30 % des tarifs opposables pour les honoraires médicaux**<sup>2</sup>.

Le ticket modérateur peut être **solvabilisé en tout ou en partie par une complémentaire santé**, et doit l'être intégralement, sauf rares exceptions<sup>3</sup>, dans le **cadre du contrat solidaire et responsable**<sup>4</sup>. Le ticket modérateur ne se traduit donc par un reste à charge **que pour les assurés n'ayant pas souscrit de contrat d'assurance maladie complémentaire** ou pour ceux dont le contrat ne répond pas à la **qualification de solidaire et responsable**, soit 3,5 % du marché.

S'applique, en outre, **en déduction du remboursement par l'assurance maladie obligatoire, une participation forfaitaire**<sup>5</sup> de deux euros<sup>6</sup> sur les actes et consultations médicaux réalisés hors le cadre d'une hospitalisation et sur les frais de biologie médicale, ainsi qu'une **franchise**<sup>7</sup> d'un euro<sup>8</sup> par boîte de médicament ou acte paramédical dispensé hors le cadre d'une hospitalisation ou de quatre euros par transport sanitaire non urgent.

Ces « forfaits de responsabilité » constituent, en revanche, un **reste à charge**, dans la mesure où ils **ne peuvent être solvabilisés dans le cadre d'un contrat solidaire et responsable**<sup>9</sup>.

Enfin, un reste à charge peut survenir de la **facturation de dépassements d'honoraires par le praticien** – la prise en charge de l'assurance maladie obligatoire s'effectuant sur une **base de remboursement qui peut être distincte des tarifs effectivement pratiqués**.

Le niveau auquel s'établit la **majoration de ticket modérateur** est déterminé par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam), au sein de bornes fixées, par voie réglementaire, **entre 37,5 % et 42,5 %**<sup>10</sup>. Par décision en date du 22 janvier 2009 toujours en vigueur à ce jour, l'Uncam a fixé à **40 points la majoration applicable**.

<sup>1</sup> Voir notamment l'article L. 160-14 du code de la sécurité sociale.

<sup>2</sup> Article R. 160-5 du code de la sécurité sociale.

<sup>3</sup> Il s'agit de l'homéopathie, des cures thermales et des médicaments à service médical rendu faible ou utilisés pour guérir des pathologies ne présentant pas de caractère habituel de gravité.

<sup>4</sup> Article L. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale.

<sup>5</sup> Il de l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale.

<sup>6</sup> Article R. 160-19 du code de la sécurité sociale.

<sup>7</sup> III de l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale.

<sup>8</sup> Article D. 160-9 du code de la sécurité sociale.

<sup>9</sup> Article L. 871-1 du code de la sécurité sociale.

<sup>10</sup> Article R. 322-1-1 du code de la sécurité sociale.

Les assurés ne suivant pas le parcours de soins coordonnés se voient donc, dans les faits, **infliger une diminution du taux de prise en charge par la sécurité sociale de 70 % à 30 %**. Pour une consultation chez un médecin généraliste pratiquant le tarif opposable de 30 euros, le **remboursement par l'assurance maladie**, après application de la participation forfaitaire, **n'est alors plus de 19 euros mais seulement de 7 euros**.

Il convient de noter que la majoration de ticket modérateur est **applicable y compris aux assurés qui n'en auraient pas supporté en vertu de leur situation**, par exemple parce qu'ils consultent dans le cadre d'une affection de longue durée<sup>1</sup>.

Contrairement au ticket modérateur de base, cette majoration est, en outre, **insusceptible d'être prise en charge par un contrat de complémentaire santé responsable**<sup>2</sup>, une condition qui prévaut **depuis l'instauration de cette catégorie de contrats à la fiscalité allégée**. Elle se traduit donc bien, dans les faits, par un **reste à charge pour les assurés**.

Outre la majoration de ticket modérateur, il convient de noter que les assurés ne respectant pas le parcours de soins coordonnés peuvent, de ce fait, **subir des dépassements d'honoraires chez certains spécialistes en ville**<sup>3</sup> ou une **majoration du tarif des médecins spécialistes hospitaliers**<sup>4</sup>.

**B. Progressivement, ce principe a été tempéré par des exceptions, qui ne recouvrent toutefois pas à date le cas d'impossibilité de désigner un médecin traitant**

**1. Des exceptions, enrichies au fil du temps, pour les publics les plus fragiles et les situations urgentes ou inhabituelles**

Le **respect du parcours de soins coordonnés**, pour vertueux qu'il soit, **ne saurait cependant être exigé de manière absolue** : certains publics fragiles ou certaines situations particulières réclament que la majoration de ticket modérateur, qui se répercute directement par une hausse du reste à charge pour l'assuré, ne soit pas appliquée.

Les cas dans lesquels la majoration du ticket modérateur n'est pas exigée malgré une atteinte au parcours de soins coordonnés, définis aussi bien par le législateur<sup>5</sup> que par le pouvoir réglementaire<sup>6</sup>, se sont **progressivement élargis** et recouvrent désormais :

- **certaines publics fragiles** :
- les assurés de **moins de seize ans** ;

---

<sup>1</sup> Article R. 322-1-1 du code de la sécurité sociale.

<sup>2</sup> Article L. 871-1 du code de la sécurité sociale.

<sup>3</sup> 18° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale.

<sup>4</sup> Article L. 162-26 du code de la sécurité sociale.

<sup>5</sup> Article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale.

<sup>6</sup> Articles R. 322-1-1 et D. 162-1-6 du code de la sécurité sociale.

- les assurés consultant dans une **structure de médecine humanitaire** ou dans un centre de planification ou d'éducation familiale ;
- les assurés consultant un médecin exerçant dans une **consultation hospitalière de tabacologie, d'alcoologie ou de lutte contre les toxicomanies** ;
- **certaines situations particulières rendant difficile ou impossible une consultation préalable du médecin traitant** :
  - **l'urgence médicale** ;
  - le recours à un médecin intervenant au titre de la **permanence des soins** ;
  - **l'éloignement du patient de son lieu de résidence habituelle** ;
  - la **consultation du médecin remplaçant** ou d'un autre médecin du centre de santé ou du cabinet du médecin traitant lorsque celui-ci est indisponible ;
  - le **déménagement ou la cessation d'activité** du médecin traitant **dans l'année précédant la consultation** ;
  - **la consultation sur prescription de certains professionnels autres que le médecin traitant** :
    - la consultation sur prescription d'un médecin du service de santé des armées pour un militaire ;
    - **l'adressage par une sage-femme** ;
    - la consultation **demandée par un infirmier en pratique avancée**<sup>1</sup> ;
    - **certaines actes de prévention ou de santé publique** :
      - les **examens obligatoires de prévention** à l'attention des mineurs ;
      - les actes et consultations assurés par un médecin exerçant dans les **services de médecine préventive et de promotion de la santé** ;
      - les actes et consultations effectués **consécutivement au diagnostic d'une anomalie génétique** chez un membre de la famille.

## **2. L'impossibilité de désigner un médecin traitant ne figure pas parmi les exceptions prévues**

Le code de la sécurité sociale **ne prévoit pas de supprimer la majoration de ticket modérateur** au titre du non-respect du parcours de soins coordonnés lorsque l'assuré se trouve **dans l'incapacité de désigner un médecin traitant**. Seuls bénéficient d'une telle exception, depuis la loi « Valletoux »<sup>2</sup>, les assurés dont le médecin traitant a cessé son activité ou a déménagé dans un autre département moins d'un an plus tôt.

---

<sup>1</sup> Article R. 4301-1 du code de la santé publique.

<sup>2</sup> 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.

**Une telle situation se justifiait pleinement en 2004**, à l'instauration du parcours de soins coordonnés, tant pour **inciter les assurés à y souscrire** que parce que **l'accessibilité médicale sur les territoires** permettait alors, en général, aux **assurés de bonne foi de désigner un médecin traitant**.

#### **Le téléservice de déclaration d'un médecin comme médecin traitant**

La déclaration d'un médecin comme médecin traitant s'effectuait, à l'origine, par voie postale, à l'initiative de l'assuré.

Pour limiter la charge administrative liée à cette déclaration, l'assurance maladie a mis en place, en plus de cette modalité, un téléservice de déclaration, à remplir par le médecin lors de la consultation au cours de laquelle le patient lui demande d'être son médecin traitant.

**La situation a, depuis, évolué** : selon les données de l'assurance maladie, **6,4 millions d'assurés n'auraient pas de médecin traitant déclaré en 2025**, soit près de 10 % de la population couverte.

#### **Les organisations coordonnées territoriales**

Les **organisations coordonnées territoriales** visent à répondre aux besoins de soins du territoire, notamment *via* des téléconsultations, **en permettant aux patients** d'être pris en charge rapidement lorsque c'est nécessaire, d'accéder à un médecin en cas d'éloignement des offreurs de soins et **de désigner un médecin traitant pour intégrer le parcours de soins coordonnés**.

Elles peuvent notamment prendre la forme d'une **maison de santé** pluriprofessionnelle, d'un **centre de santé**, d'une **équipe de soins primaires** ou d'une **communauté professionnelle territoriale de santé**.

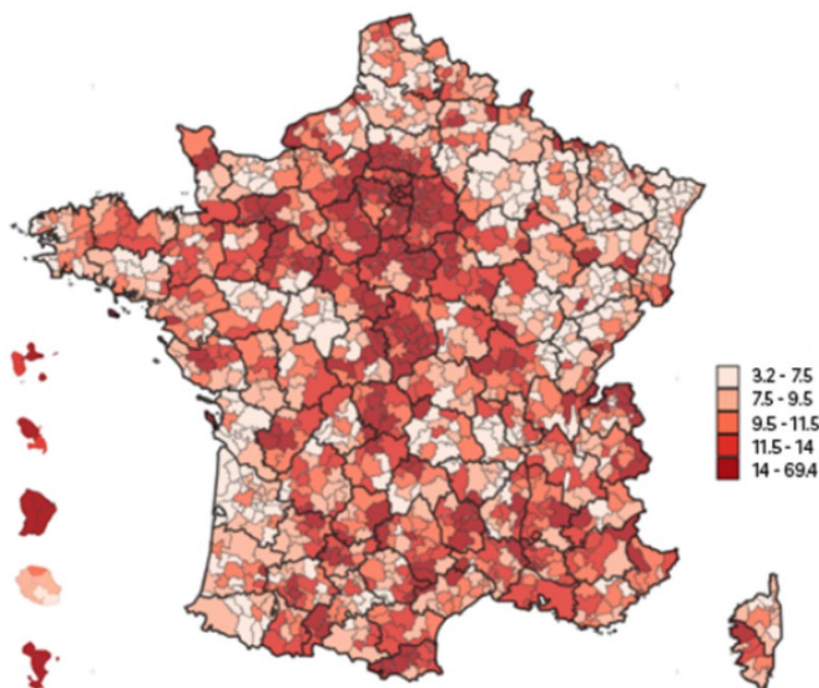
Les consultations réalisées **dans le cadre d'une organisation coordonnée territoriale** sont **prises en charge dans les mêmes conditions** que si elles relevaient du **parcours de soins coordonnés**.

S'il est légitime de penser que certains assurés font preuve d'une certaine carence dans l'accomplissement des démarches nécessaires dès lors que trois millions de ces assurés n'ont jamais déclaré de médecin traitant, il est indubitable que les difficultés d'accès aux soins complexifient la désignation pour des patients qui, pourtant, la rechercheraient proactivement. En atteste notamment **la part toujours élevée d'assurés pris en charge pour une affection de longue durée (ALD) sans médecin traitant : 4,3 % à fin 2024<sup>1</sup>**.

---

<sup>1</sup> Le plan « ALD sans médecin traitant », lancé en 2023, a toutefois permis à ce taux de diminuer ; il était de 5,6 % fin 2022.

### Part des assurés sans médecin traitant en 2024



Source : Sniiram - FNPS

Alors que **la demande de soins ne fait qu'augmenter** avec le vieillissement de la population, **l'offre n'a pas suivi dans les mêmes proportions**. Le nombre de médecins généralistes, majoritaires parmi les médecins traitants, a **même diminué de 1,4 % entre 2012 et 2025<sup>1</sup>**, alors que celui d'autres spécialistes a augmenté de 19,8 % sur la période.

De ce fait, la **patientèle « médecin traitant » atteint aujourd'hui un plafond chez de nombreux médecins**, en premier lieu chez ceux situés dans les zones sous-dotées. Les médecins généralistes déclaraient ainsi, en moyenne, **849 patients en patientèle « médecin traitant » en 2016, contre 1 033 en 2024**.

Les médecins **contraints de refuser des désignations** en tant que médecin traitant se trouvent ainsi toujours plus nombreux : selon une enquête de la Drees<sup>2</sup>, 65 % des médecins généralistes libéraux déclaraient « être amenés à refuser de nouveaux patients comme médecin traitant » en 2022, contre 53 % en 2019. La probabilité de refus est supérieure de douze points dans les zones sous-dotées par rapport à sa valeur dans les zones bien dotées.

<sup>1</sup> La Drees note que cette diminution doit aussi être lue à l'aune de la requalification des allergologues et des urgentistes comme des autres spécialistes du fait de la création de spécialités dédiées en 2017.

<sup>2</sup> Drees, Études et résultats n° 1267, « Les deux tiers des généralistes déclarent être amenés à refuser de nouveaux patients comme médecin traitant », mai 2023.

**C. Le dispositif proposé : la suppression de la majoration de ticket modérateur due au titre du non-respect du parcours de soins coordonnés lorsque le patient ne parvient pas à désigner un médecin traitant**

L'article 2 tend à **supprimer la majoration du ticket modérateur** encourue au titre du **non-respect du parcours de soins coordonnés** lorsque le patient **ne parvient pas à désigner un médecin traitant**. Il complète ainsi la liste des exceptions mentionnées à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale.

**La suppression de la majoration de ticket modérateur pour les patients n'ayant pas de médecin traitant : une proposition qui anime le débat public**

L'article 5 bis de la proposition de loi visant à améliorer l'accès aux soins dans les territoires, adopté par le Sénat à l'initiative d'un amendement de Mireille Jouve sous-amendé par la commission, présente **des dispositions très similaires à l'article 2 de cette proposition de loi**.

Toutefois, à l'initiative de la commission des affaires sociales, l'article 5 bis précité tel qu'adopté par le Sénat **limite cette mesure à une durée de cinq ans**, afin de **ne pas porter une atteinte excessive au parcours de soins coordonnés**.

## **II - Les modifications apportées par l'Assemblée nationale**

### **A. En commission**

La commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale a **adopté l'article 2**, modifié par un **amendement rédactionnel de son rapporteur**.

### **B. En séance publique**

L'Assemblée nationale a adopté un amendement de Christelle Petex et de certains de ses collègues du groupe Droite Républicaine, qui, tel que sous-amendé par le rapporteur :

- précise qu'il revient à l'assuré de déclarer à la caisse d'assurance maladie qu'aucun médecin n'accepte d'être désigné comme son médecin traitant ;

- fait obligation à l'assurance maladie d'orienter le patient vers les **organisations coordonnées territoriales** de son territoire, charge à ce dernier de prendre attache avec elles afin de trouver un médecin traitant.

Elle a, en outre, adopté un amendement de coordination juridique de son rapporteur, créant les 2° et 3° de l'article 2, les modifications de fond apportées par l'article devenant son 1°.

**L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.**

### III – La position de la commission

• La commission a **maintes fois** eu l’occasion de rappeler son **attachement au parcours de soins coordonnés**, qui garantit tout à la fois **l’efficacité de notre système de santé** en limitant les interventions inutiles et redondantes et **l’amélioration de la prise en charge des patients** grâce à la **vision globale** que confère au médecin traitant sa qualité de pivot.

Elle accueille donc avec **un regard critique** les initiatives ayant pour effet de le fragiliser, considérant que **seul un motif suffisant et proportionné peut justifier une telle atteinte**.

Lors de l’examen de la proposition de loi « Valletoux » précitée, la commission avait ainsi estimé que « *la prolifération des exceptions à la règle de la majoration du ticket modérateur en dehors du parcours de soins coordonnés, avec non moins de quatre extensions décrétales du champ d’exemption depuis 2016, limite à n’en point douter la portée réelle de l’incitation financière à déclarer un médecin traitant et à suivre le parcours de soins coordonnés, et fragilise ainsi les apports du parcours de soins pour une cohérence et une efficacité accrue du système de santé* »<sup>1</sup>.

• La commission estime qu’il n’est ni opportun, ni proportionné d’inscrire une dérogation pérenne au principe de majoration du ticket modérateur en cas de non-désignation d’un médecin traitant. Une telle évolution risquerait d’affaiblir durablement la portée incitative du parcours de soins coordonnés, voire de **dévitaliser cet élément essentiel** de la cohérence, de la qualité et de l’efficacité de notre système de santé.

En effet, la commission ne perçoit pas la désertification médicale comme une tendance irrémédiable. L’année 2025 a déjà marqué un tournant : pour la première fois depuis 2018, la **baisse du nombre de médecins généralistes a été enrayerée** avec 1 000 praticiens en exercice supplémentaires sur un an. Si cela reste bien sûr **insuffisant pour couvrir les besoins de la population**, la commission note que cette évolution s’inscrit dans un **mouvement de fond** : d’ici quelques années, les effets de la fin du *numerus clausus* devraient permettre de relancer durablement la démographie des médecins généralistes.

La commission rappelle également que **l’engagement résolu du législateur en faveur de l’accessibilité médicale sur les territoires** est susceptible d’apporter des solutions, dès les prochaines années, pour **résorber les inégalités territoriales** d’accès aux soins et **renforcer l’offre médicale**. La proposition de loi visant à améliorer l’accès aux soins dans les territoires, actuellement en navette, comporte à ce titre une **grande variété de mesures ambitieuses et prometteuses** en ce sens.

---

<sup>1</sup> Rapport n° 576 (2024-2025) de Mme Corinne Imbert, déposé le 6 mai 2025.

• Pour autant, la commission relève que, face aux **difficultés rencontrées par de nombreux assurés pour désigner un médecin traitant** du fait d'une démographie médicale défavorable sur la plus vaste partie du territoire national, **l'application d'une majoration de ticket modérateur pour non-respect du parcours de soins coordonnés apparaît aujourd'hui comme une double peine.**

Celle-ci touche **au premier chef les assurés résidant dans des zones sous-denses**, et peut produire des **effets contreproductifs et inégalitaires**, en **décourageant tout recours au système de soins**, et non seulement ceux d'entre eux qui ne seraient pas médicalement pertinents.

**La commission n'est donc pas fermée à aménager ces dispositions et à en écarter l'application pour les patients ne parvenant pas à désigner de médecin traitant, compte tenu des carences actuelles de l'offre de soins, sous réserve qu'une telle dérogation soit limitée dans le temps, dans l'attente des effets des mesures de renforcement de l'offre de soins.**

À cet égard, elle relève que la proposition de loi visant à améliorer l'accès aux soins dans les territoires, **comporte un dispositif plus équilibré répondant à cet objectif, à travers son article 5 bis.** Dans l'esprit de cet article, la commission a adopté l'amendement COM-5 de sa rapporteure, **limitant à cinq ans la durée de la dérogation.**

Elle a, en outre, adopté un amendement COM-4 **étendant la mise en relation avec les organisations coordonnées territoriales** par l'assurance maladie **aux cas de déménagement ou de retraite du médecin traitant.**

Elle a, enfin, adopté deux amendements COM-3 et COM-6 de coordination juridique et de clarification.

**La commission a adopté cet article ainsi modifié.**

### Article 3

## Territorialisation de la première année des études de santé

*Cet article vise à mieux répartir les formations en santé sur le territoire national en prévoyant que les unités de formation et de recherche (UFR) en santé doivent proposer 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.*

*La commission a adopté cet article avec modification.*

### I - Le dispositif proposé

#### A. L'organisation de la première année de médecine

##### 1. L'accès aux formations en santé : le dispositif Pass/LAS

Le système de recrutement et de formation des professionnels de santé en France a été profondément transformé par la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé de 2019<sup>1</sup>. Depuis la rentrée de 2020, l'accès au premier cycle des études de santé en France repose sur une double voie : le Parcours d'Accès Spécifique Santé (Pass), constitué d'une majeure en enseignements de santé et d'une mineure dans une autre discipline, et la Licence Accès Santé (LAS) proposant une majeure dans une autre discipline complétée par une mineure santé. Ce système, conçu pour remplacer le *numerus clausus* et diversifier les profils des étudiants, a été déployé dans un contexte marqué par une volonté de rendre les études de santé plus accessibles dès la première année et mieux répondre à l'augmentation des besoins de soins.

Cependant, ce dispositif présente une hétérogénéité importante dans son déploiement. Les universités ont adopté des modalités variées : parmi les 36 universités disposant d'un UFR santé, 29 d'entre elles proposent à la fois le Pass et la LAS, 7 ont opté pour un modèle « tout LAS », et certaines universités sans unité de formation et de recherche (UFR) santé collaborent avec d'autres pour offrir des LAS<sup>2</sup>. Par ailleurs, on ne dénombre pas moins de 230 Pass différents en France, avec des variations significatives dans l'articulation entre majeure et mineure, le nombre de crédits ECTS, les modalités d'enseignement (présentiel, distanciel ou hybride) ou encore les critères de candidature aux filières MMOP (médecine, maïeutique, odontologie, pharmacie). Si cette diversité permet une adaptation locale, elle génère également une forte illisibilité de l'offre de formation pour les lycéens, complexifiant leurs choix d'orientation.

---

<sup>1</sup> Article 1<sup>er</sup> de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

<sup>2</sup> M. Khalifé Khalifé et Mme Véronique Guillotin, Rapport n° 35 (2025-2026) sur la proposition de loi relative aux formations en santé, commission des affaires sociales du Sénat.

En octobre 2025, le Gouvernement a annoncé que le nombre « de places offertes a été significativement augmenté par rapport à la période antérieure », notamment en médecine (+ 25 % par rapport à avant 2017)<sup>1</sup>. Cependant, malgré ces intentions et un coût de mise en œuvre estimé à 125 millions d'euros sur quatre ans<sup>2</sup>, le déploiement territorial de cette réforme fait face à d'importantes contraintes et n'a pas permis une réelle diversification des profils des étudiants en santé.

## **2. Des objectifs non atteints notamment en matière de diversification des profils**

Les objectifs initiaux de la réforme de 2019 visaient notamment à améliorer la réussite étudiante et à diversifier les profils sociaux et géographiques des étudiants en santé.

Tout d'abord, la réussite des candidats et leur progression dans leur parcours d'études n'ont été que peu améliorées. Ainsi, selon la Cour des comptes, deux ans après leur première année d'accès aux études de santé, 63 % des étudiants ont perdu une année d'études contre 79 % auparavant. Par ailleurs, parmi ceux qui ne poursuivent pas en filières MMOP, une très grande majorité se réoriente vers une discipline différente de celle suivie en Pass ou en LAS. L'intégration de profils professionnels en reconversion demeure tout aussi marginale : en 2023, les professionnels paramédicaux ne représentaient que 25 % des effectifs admis dans le cadre des passerelles d'accès direct en deuxième année de médecine<sup>3</sup>.

Ensuite, sur le plan de la diversification sociale et géographique, les résultats sont tout aussi limités. Les profils des étudiants admis en MMOP restent très homogènes : seuls 21 % des étudiants admis sont issus de communes rurales (dont 6 % de communes rurales peu denses), et 19 % proviennent de milieux défavorisés ou assez défavorisés, des proportions au mieux identiques à celles observées avant la réforme<sup>4</sup>.

Par ailleurs, la réussite des étudiants issus d'universités ne disposant pas d'une unité de formation et de recherche en santé est plus faible. Les chiffres indiquent que sur les quelque 5 000 étudiants inscrits en première année de LAS en 2023 au sein d'universités ne disposant pas d'une UFR en santé, seuls 9 % sont parvenus à accéder aux filières MMOP. Au total, sur environ 12 000 étudiants admis en deuxième année de santé en France, moins de 500 proviennent de ces antennes délocalisées.

---

<sup>1</sup> Communiqué de presse de Stéphanie Rist, ministre de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées et Philippe Baptiste, ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'espace – 20 octobre 2025.

<sup>2</sup> Cour des comptes, L'accès aux études de santé : quatre ans après la réforme une simplification indispensable, décembre 2024.

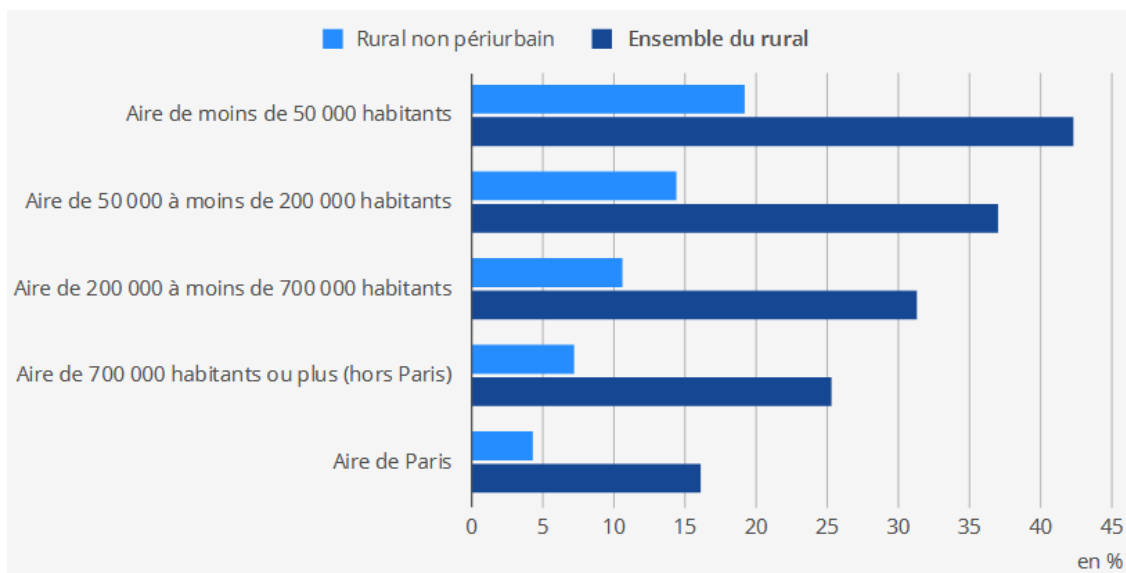
<sup>3</sup> Rapport de M. Khalifé Khalifé fait au nom de la commission des affaires sociales du Sénat sur la proposition de loi visant à améliorer l'accès aux soins par la territorialisation et la formation (n° 712, session ordinaire 2024-2025).

<sup>4</sup> Cour des comptes, L'accès aux études de santé : quatre ans après la réforme une simplification indispensable, décembre 2024.

Les étudiants issus de départements ne disposant pas de première année d'accès aux études de santé sont donc moins susceptibles d'accéder aux filières MMOP. Le suivi d'études hors de leur département engendre en effet des coûts financiers et des contraintes logistiques significatives, qui dissuadent les jeunes étudiants éloignés des grandes villes universitaires et/ou rendent la poursuite des études plus difficile. Or, comme l'indique le rapport précité sur la proposition de loi relative aux formations en santé, à la rentrée universitaire 2025, si les 38 universités permettant l'accès aux études de santé ont déployé près de 70 antennes dans des campus universitaires décentrés, 25 départements demeurent dépourvus de toute antenne universitaire permettant l'accès aux études de santé.

De fait, **cette absence de diversification géographique constitue un frein majeur à la lutte contre les inégalités territoriales d'accès aux soins.** En effet, les données de l'Insee montrent que la moitié des médecins généralistes formés dans les années 2000 exerce à moins de 85 kilomètres de leur commune de naissance et à moins de 43 kilomètres de leur lieu d'internat<sup>1</sup>, confirmant le lien entre origine géographique et lieu d'installation. Ainsi, l'absence de formations de proximité dans les territoires ruraux ou sous-dotés participe de la persistance, voire de l'aggravation, des déserts médicaux.

#### Proportion de médecins exerçant dans le rural selon le type d'aire où ils sont nés, en 2019

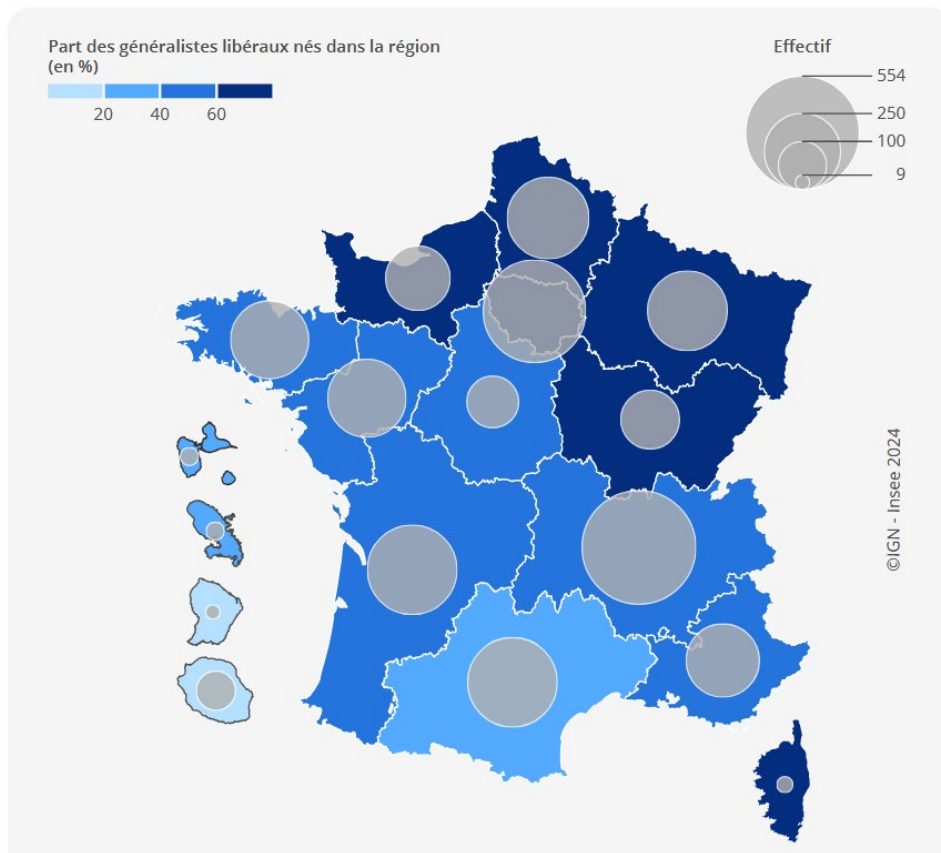


Lecture : 42,3 % des médecins généralistes libéraux nés dans une aire de moins de 50 000 habitants exercent dans une commune rurale

Source : Insee, « Les médecins généralistes libéraux s'installent souvent à proximité de leurs lieux de naissance ou d'internat », Insee Première n° 2024, novembre 2024

<sup>1</sup> Insee, « Les médecins généralistes libéraux s'installent souvent à proximité de leurs lieux de naissance ou d'internat », Insee Première n° 2024, novembre 2024.

## Proportion de médecins généralistes libéraux ayant commencé l'internat entre 2004 et 2007 nés dans la région où ils exercent, en 2019



Lecture : 78 % des 287 médecins généralistes libéraux installés dans les Hauts-de-France sont nés dans cette région

Source : Insee, « Les médecins généralistes libéraux s'installent souvent à proximité de leurs lieux de naissance ou d'internat », Insee Première n° 2024, novembre 2024

### **B. Le dispositif proposé : permettre un accès aux études de santé par des formations organisées à proximité**

#### **1. Le dispositif initial**

L'article 3 de la présente proposition de loi prévoit un dispositif de territorialisation de la première année des études de santé. Ce dernier s'inscrit dans une logique de renforcement de l'offre de formation dans les territoires sous-dotés, afin de favoriser l'émergence de professionnels de santé localement ancrés.

Ainsi, le texte déposé modifie l'article L. 632-1 du code de l'éducation afin d'attribuer, d'une part, un objectif général d' « accès démocratique, déconcentré et de proximité sur l'ensemble du territoire national » dans l'organisation des études médicales par les unités de formation et de recherche de médecine et, d'autre part, de prévoir, pour satisfaire à cet objectif, l'organisation, dans chaque département, des enseignements correspondants « au moins à la première année du premier cycle des formations de médecine, de pharmacie, d'odontologie et de maïeutique ».

Il s'agit d'un dispositif similaire à celui déjà adopté par le Sénat le 20 octobre 2025 dans le cadre de l'examen de la proposition relative aux formations en santé présentée par Mme Corinne Imbert (n° 868, 2024-2025).

Ce texte prévoyait également l'extension et le renforcement des options santé afin d'étendre à l'ensemble du territoire national l'expérimentation des options santé dans les lycées, en précisant leurs objectifs : mieux faire connaître les études de santé et favoriser l'orientation et la réussite d'un public plus diversifié.

Il modifie également l'article L. 6141-2 du code de la santé publique afin de prévoir l'installation dans chaque région d'« *au moins un centre hospitalier universitaire* ». Le texte prévoit une entrée en vigueur différée de cette obligation au 1<sup>er</sup> janvier 2030.

### **Les modifications apportées par l'Assemblée nationale**

Lors de l'examen en commission de la proposition de loi, les députés ont adopté un amendement du rapporteur visant à supprimer les mots « démocratique, déconcentré » afin de ne conserver que l'objectif de proximité dans l'organisation des formations en santé (amendement AS88).

En séance publique, l'Assemblée nationale a supprimé les dispositions relatives à la mise en place d'un centre hospitalier universitaire par région ainsi que des modalités spécifiques de mise en œuvre pour la collectivité de Corse considérant que ces dispositions devaient être examinées dans le cadre de la proposition de loi visant à la création d'un centre hospitalier universitaire en Corse<sup>1</sup>.

## **II - La position de la commission**

La commission estime que **les avantages de cette territorialisation et de l'ouverture d'une première année d'études de santé dans chaque département sont multiples.**

D'une part, elle favorise l'égalité des chances en supprimant les barrières géographiques et financières qui dissuadent les étudiants issus de milieux modestes ou de territoires ruraux de postuler aux filières MMOP.

D'autre part, elle renforce la lutte contre les déserts médicaux en augmentant la probabilité que les professionnels formés localement s'y installent durablement.

---

<sup>1</sup> Proposition de loi visant à la création d'un centre hospitalier universitaire en Corse présentée par M. Paul-André Colombani et plusieurs de ses collègues (n° 341, déposée le mardi 15 octobre 2024).

Cependant, cette réforme comporte également certaines limites et impose une action résolue de la part du Gouvernement pour soutenir le développement de ces formations dans les territoires. Le premier enjeu concerne la qualité des formations délocalisées. La commission souligne la nécessité de garantir que ces formations bénéficient des mêmes standards pédagogiques et des mêmes moyens que celles dispensées dans les universités traditionnelles afin d'éviter une hiérarchisation des formations entre territoires.

Le second enjeu réside dans la capacité d'accueil des structures locales. La mise en place de ces antennes exige des universités une logistique complexe et des coûts importants afin de garantir une stricte égalité des chances par rapport aux sites centraux, à l'instar de l'antenne de Metz pour laquelle la métropole a dû financer 100 000 euros de travaux audiovisuels<sup>1</sup>. Comme le relèvent les travaux menés lors de l'examen de la proposition de loi relative aux formations en santé, des associations représentatives des étudiants soulignent également la nécessité de disposer, *a minima*, de salles d'enseignement et d'espaces de travail et de révision ainsi que de pouvoir organiser des moments de regroupement présentiel hebdomadaire<sup>2</sup>.

Par ailleurs, la loi visant à améliorer l'accès aux soins par la territorialisation et la formation<sup>3</sup> a apporté certaines modifications aux modalités de répartition des formations sur le territoire. Ainsi, la loi prévoit désormais que les capacités d'accueil en deuxième et troisième années de premier cycle sont déterminées annuellement non plus seulement par les universités mais également par une commission dont la composition serait fixée par décret et comprendrait des représentants élus des collectivités territoriales ainsi que des parlementaires.

De plus, les objectifs pluriannuels d'admission en première année du deuxième cycle doivent désormais prendre prioritairement en compte les besoins de santé puis, à titre subsidiaire seulement, les capacités de formation. Ces objectifs ne peuvent être établis qu'après avis conforme de la commission précédemment créée. **La territorialisation des formations en santé, y compris en première année, ne peut donc se faire qu'en cohérence avec l'identification des besoins en santé des territoires.**

---

<sup>1</sup> <https://environnementsantepolitique.fr/2026/02/19/une-premiere-annee-detudes-de-sante-dans-tous-les-departements-lutter-contre-les-deserts-medicaux-fausse-ou-bonne-solution/>

<sup>2</sup> M. Khalifé Khalifé et Mme Véronique Guillotin, rapport n° 35 (2025-2026) sur la proposition de loi relative aux formations en santé, commission des affaires sociales du Sénat.

<sup>3</sup> Loi n° 2025-580 du 27 juin 2025 visant à améliorer l'accès aux soins par la territorialisation et la formation.

Enfin, la commission estime que **la territorialisation des études de santé ne doit pas se limiter à la première année**. En effet, l'impact sur les déserts médicaux reste incertain à court terme, car les choix d'installation des médecins dépendent souvent de dynamiques plus tardives liées aux stages hospitaliers de l'externat et de l'internat. En réalité, la corrélation entre lieu d'études et lieu d'installation professionnelle des étudiants en médecine se renforce avec l'avancement dans le cursus. Ainsi, une augmentation d'un point de pourcentage de la part des internes affectés à une université est associée, en moyenne, à une augmentation de 0,4 point de pourcentage de la part de généralistes libéraux issus de ces promotions installés douze ans plus tard dans la zone de l'université<sup>1</sup>. Par ailleurs, aujourd'hui, comme l'indique le rapport précité de la commission sur la proposition de loi relative aux formations en santé, environ la moitié des étudiants choisissent d'effectuer leur internat dans la même région que leur deuxième cycle, tandis que l'autre moitié l'effectue dans une autre région, soit par choix, soit par défaut, faute de places disponibles dans leur région d'origine.

Dans ce cadre, la commission appelle à **l'inscription rapide à l'ordre du jour de l'Assemblée nationale de la proposition de loi relative aux formations en santé** qui porte une réforme globale et intégrée du cursus en prévoyant des mesures de territorialisation tout au long de la formation.

À ce titre, le Gouvernement a annoncé, le 17 avril 2026, la mise en place à la rentrée 2027 d'une voie unique d'accès aux études de santé en remplacement du dispositif Pass/LAS<sup>2</sup>. La commission appelle le Gouvernement à poursuivre les concertations, notamment avec les doyens d'université, pour mettre en œuvre cette réforme dans les meilleures conditions et en dehors de toute précipitation.

Sous réserve de ces observations et afin de laisser aux universités un temps suffisant pour réunir les moyens humains, pédagogiques, immobiliers et matériels nécessaires à des enseignements de qualité, et s'assurer que ces enseignements fournissent aux étudiants des conditions d'études satisfaisantes et leur permettent effectivement de poursuivre leur cursus en santé, la commission a adopté un amendement COM-7 de la rapporteure prévoyant que la date d'entrée en vigueur de ces dispositions devra être précisée par décret en Conseil d'État et, au plus tard, fixée à la rentrée universitaire 2030.

**La commission a adopté cet article ainsi modifié.**

---

<sup>1</sup> Julien Silhol, « *Geographical Distribution of Interns in General Practice : A Tool for Regulating Place of Settlement ?* », Économie et Statistique, 2024.

<sup>2</sup> La réforme de la première « année », vers une simplification de l'accès aux études de santé, dossier de presse du Gouvernement, 17 avril 2026.

*Article 4*

**Permanence obligatoire de soins ambulatoires**

*Cet article vise à rétablir une obligation individuelle de participation à la permanence des soins pour les professionnels concernés : médecins exerçant à titre libéral ou salariés, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et infirmiers*

*La commission a adopté cet article sans modification.*

**I - Le dispositif proposé**

Prévue à l'article L. 1110-4-1 du code de la santé publique<sup>1</sup>, la permanence des soins est une mission de service public assurée par les établissements de santé en coopération avec les médecins exerçant à titre libéral afin de répondre à la demande en soins non programmés aux horaires de fermeture des cabinets libéraux (le soir, la nuit, le week-end et les jours fériés). Elle repose sur le principe d'une régulation médicale préalable. Ainsi, les patients sont invités à composer le numéro national d'aide médicale urgente (15 ou 112) ou le numéro national de permanence des soins (116 ou 117) avant tout déplacement.

L'article 20 de la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé dispose que désormais, « *l'ensemble des acteurs de santé d'un territoire est responsable de l'amélioration de la santé de la population de ce territoire ainsi que de la prise en charge optimale des patients de ce territoire* ». Selon une approche dite de « *responsabilité populationnelle* », tous les acteurs du système de santé exercent une partie de la mission de service public de permanence des soins et de couverture des besoins de soins du territoire.

Pour mettre en œuvre cet objectif de permanence des soins, on distingue la permanence des soins en établissement (PDSES), qui donne lieu à des engagements formalisés de chaque établissement avec l'ARS, de la permanence des soins ambulatoires (PDSA), fondée, depuis 2003, sur le volontariat des praticiens libéraux.

---

<sup>1</sup> « Les établissements de santé et les autres titulaires de l'autorisation mentionnée à l'article L. 6122-1 ainsi que les médecins, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes et les infirmiers diplômés d'État sont responsables collectivement de la permanence des soins mentionnée aux articles L. 6111-1-3 et L. 6314-1. »

### **La permanence des soins en établissement de santé (PDSES)**

La permanence des soins en établissement de santé (PDSES) garantit l'accueil et la prise en charge non programmée des patients nouvellement hospitalisés, dans le champ de la médecine-chirurgie-obstétrique (MCO), la nuit, le week-end à partir du samedi après-midi et les jours fériés.

Elle se concrétise par l'existence de lignes de garde et d'astreintes identifiées dans les schémas régionaux de la PDSES arrêtés par les agences régionales de santé (ARS). La mise en œuvre de ces lignes de garde et d'astreinte par les établissements de santé et la mobilisation des ressources humaines médicales afférentes constituent le dispositif de PDSES. Il peut être assuré par un établissement seul ou, de manière partagée, par des lignes réparties sur plusieurs structures ou une mutualisation de ressources avec des praticiens intervenant hors de leur établissement. La PDSES donna lieu à la mobilisation de 6 775 professionnels de santé en 2022<sup>1</sup>.

Le principal problème identifié concernant la permanence des soins en établissement porte sur la répartition de la charge entre les établissements. Pour rappel, l'article L. 6111-1-3 du code de la santé publique prévoit que les « établissements de santé sont responsables collectivement de la permanence des soins en établissement dans le cadre de la mise en œuvre du schéma régional de santé et de l'organisation territoriale de la permanence des soins ».

Cependant, dans son rapport de 2023 sur la permanence des soins<sup>2</sup>, l'Igas indiquait que les gardes sont très majoritairement assurées par le secteur public, à plus de 80 %. Parmi le secteur public, les centres hospitaliers universitaires (CHU) assurent à eux seuls 40 % de celles-ci, quand la moitié des gardes des établissements non universitaires est assurée par un établissement support du groupement hospitalier de territoire (GHT) non CHU. Les GHT assurent ainsi 70 % des gardes.

#### **A. La permanence des soins ambulatoires**

##### **1. Une activité en forte évolution depuis quinze ans**

La mission de service public de permanence des soins a donc pour objet, en ambulatoire, de répondre aux besoins de soins non programmés correspondant à des urgences non vitales et ne nécessitant pas de prise en charge en service d'urgence hospitalier, durant les heures de fermeture des cabinets. Aux termes de l'article L. 6314-1 du code de la santé publique, la mission de service public de permanence des soins ambulatoires (PDSA) est assurée, en collaboration avec les hôpitaux, par les médecins libéraux, conventionnés ou non, et les médecins salariés en centre de santé. Elle est également ouverte aux médecins des armées comme à tout médecin, même retraité, ayant conservé une pratique clinique.

---

<sup>1</sup> Frédéric Valletoux, 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 de santé, juin 2023, Assemblée nationale.

<sup>2</sup> Igas, La permanence des soins en établissements de santé, juin 2023.

En garantissant la continuité de l'accès à un avis ou à un acte médical aux heures de fermeture des structures traditionnelles, la PDSA permet d'assurer la couverture en santé du territoire à tout moment tout en jouant un rôle de désengorgement indispensable pour les services d'urgence hospitaliers, en évitant les déplacements spontanés des usagers.

### **La permanence des soins ambulatoires**

Aux termes de l'article R. 6315-1 et suivants du code de la santé publique, la mission de permanence des soins « *a pour objet de répondre aux besoins de soins non programmés* :

1° *tous les jours de 20 heures à 8 heures ;*

2° *les dimanches et jours fériés de 8 heures à 20 heures ;*

3° *en fonction des besoins de la population évalués à partir de l'activité médicale constatée et de l'offre de soins existante : le samedi à partir de midi, le lundi lorsqu'il précède un jour férié, le vendredi et le samedi lorsqu'ils suivent un jour férié.*

*À cette fin, la région est divisée en territoires de permanence des soins dont les limites sont arrêtées par le directeur général de l'agence régionale de santé, selon les principes d'organisation définis dans le cahier des charges régional ».*

L'accès aux soins non programmés repose donc sur un triptyque :

- un volet non régulé assuré en dehors de toute organisation spécifique du parcours du patient. Ce dernier se présente spontanément, sans appel préalable, dans une structure de garde (comme SOS Médecins ou une maison médicale de garde ouverte au public) ou contacte une plateforme de téléconsultation ;

- un volet régulé reposant sur le service d'accès aux soins (SAS) en journée ;

- un volet régulé aux horaires de PDSA, reposant sur une régulation médicale préalable et inscrite dans une organisation territoriale structurée par les agences régionales de santé (ARS).

L'activité non régulée connaît une forte hausse depuis la pandémie de Covid, portée par les téléconsultations, notamment via l'essor des plateformes, et par la multiplication récente de centres de soins non programmés (en moyenne + 25 % par an en dépenses et + 27 % par an en volume entre 2020 et 2024)<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Florence Garry Pierson, Judith Gendreau (Cnam), « La participation des médecins au dispositif de permanence des soins ambulatoires », Points de repère n° 58, avril 2026.

### **Le service d'accès aux soins (SAS)**

Prévu à l'article L. 6311-3 du code de la santé publique, le SAS est un dispositif mis en œuvre depuis 2021 et qui couvrirait, en 2024, 95 % des départements. Il facilite l'accès aux soins urgents et non programmés en dehors des horaires de PDSA ou en l'absence du médecin traitant.

Accessible *via* le 15, il oriente les appels non vitaux vers un médecin régulateur libéral. Celui-ci évalue les besoins du patient et propose soit un conseil médical, soit un rendez-vous avec un généraliste sous 48 heures, grâce à un opérateur utilisant la plateforme nationale SAS. Cette dernière recense les créneaux disponibles mis à disposition par les médecins volontaires du dispositif.

Le dispositif repose sur une collaboration étroite de l'ensemble des professionnels de santé d'un même territoire et se traduit par la signature d'une convention entre l'établissement de santé autorisé pour exercer l'activité de régulation des appels adressés au service d'aide médicale urgente (Samu) et une association représentative de la médecine ambulatoire. Cette collaboration permet la mise en place d'une régulation commune au sein du centre de réception et de régulation des appels, à laquelle participent les médecins généralistes et urgentistes.

Le recours de la population aux soins non programmés durant les horaires de permanence des soins est croissant, passant de 4,6 millions d'actes en 2010 à plus de 10 millions d'actes en 2024, et des dépenses de plus de 600 millions d'euros<sup>1</sup>. Au total, sur 15 ans, les dépenses augmentent d'environ 72 %, soit un taux de croissance annuel moyen proche de 3,7 %.

La même année, 6,3 % de la population française a eu recours au dispositif de PDSA régulée. Ce recours est en augmentation depuis 2015 dans toutes les tranches d'âge. Toutefois, on constate une baisse du recours à la PDSA après 80 ans, liée à la raréfaction des visites à domicile qui constituent le principal mode d'accès en population gériatrique. La baisse des visites à domicile constitue une évolution majeure dans la structuration de l'activité de PDSA. Selon les chiffres de la Cnam, les visites à domicile représentent une part de plus en plus réduite dans l'activité clinique de PDSA en raison de l'essor des points fixes de consultation (13 % de l'activité régulée et 5 % de l'activité non régulée en 2024 contre respectivement 55 % et 31 % en 2010)<sup>2</sup>. Cette évolution constitue un enjeu majeur d'accès aux soins, notamment pour les personnes les plus âgées et les plus isolées.

---

<sup>1</sup> Florence Garry Pierson, Judith Gendreau (Cnam), « La participation des médecins au dispositif de permanence des soins ambulatoires », Points de repère n° 58, avril 2026.

<sup>2</sup> *Ibid.*

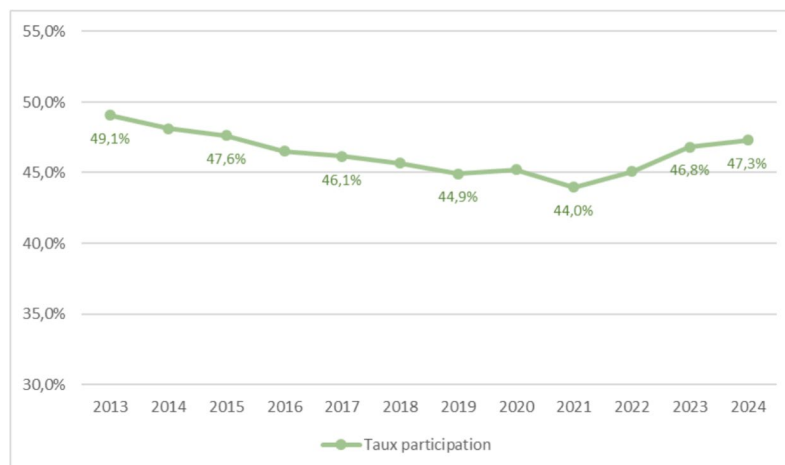
## 2. Les conditions de participation des médecins au dispositif de permanence des soins ambulatoires

Pour les médecins, depuis 2003, la PDSA repose sur le volontariat<sup>1</sup> et comporte une forme d'injonction contradictoire entre un devoir déontologique de participation à la permanence des soins fixé à l'article R. 4127-77 du code de la santé publique et à l'article 77 du code de déontologie<sup>2</sup> et une participation à l'organisation territoriale de la permanence des soins en ambulatoire fondée sur le volontariat, tel que prévu à l'article R. 6315-4 du code de la santé publique<sup>3</sup>. Des réquisitions préfectorales sont toutefois possibles.

Les régions sont divisées en territoires de permanence dont les limites sont arrêtées par le directeur général de l'ARS. Dans chacun d'entre eux, les médecins établissent le tableau de garde pour une durée minimale de trois mois. Une permanence de soins dentaire existe également sur le même modèle pour les chirurgiens-dentistes libéraux.

Après une baisse quasi-continue de la participation 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 (effectation et/ou régulation), soit plus de 26 000 médecins<sup>4</sup>.

### Évolution du taux de participation au dispositif de permanence des soins ambulatoires (PDSA) régulée parmi les médecins généralistes libéraux



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

<sup>1</sup> Décret n° 2003-880 du 15 septembre 2003 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence et modifiant le code de la santé publique.

<sup>2</sup> « Art. R. 4127-77. - Il est du devoir du médecin de participer à la permanence des soins dans le cadre des lois et des règlements qui l'organisent. »

<sup>3</sup> « Art. R. 6315-4. - Les médecins participent à la permanence des soins et à l'activité de régulation sur la base du volontariat. [...] »

<sup>4</sup> Florence Garry Pierson, Judith Gendreau (Cnam), « La participation des médecins au dispositif de permanence des soins ambulatoires », Points de repère n° 58, avril 2026.

Toutefois, l'analyse de la répartition de l'activité met en évidence une forte concentration sur un nombre limité de médecins : en 2023, 25 % des médecins participants cumulent 81 % des honoraires de PDSA, et 5 % (1 300 médecins) d'entre eux concentrent près de la moitié des honoraires de PDSA (46 %)¹.

Ainsi, à l'échelle territoriale, deux modèles d'organisation semblent se dégager. D'une part, des territoires plus souvent ruraux, où il n'y a pas ou très peu de médecins professionnalisés dans la PDSA, et où celle-ci repose entièrement sur une participation importante des médecins libéraux effectuant des gardes. D'autre part, des territoires urbains, plus favorisés, et mieux dotés en médecins, avec une forme de spécialisation où les médecins professionnalisés dans la PDSA ont un poids significatif dans l'activité régulée de PDSA et où ils sont souvent quasiment les seuls effecteurs mobiles.

#### **SOS Médecins ou d'autres associations spécialisées dans la médecine d'urgence et les soins non programmés**

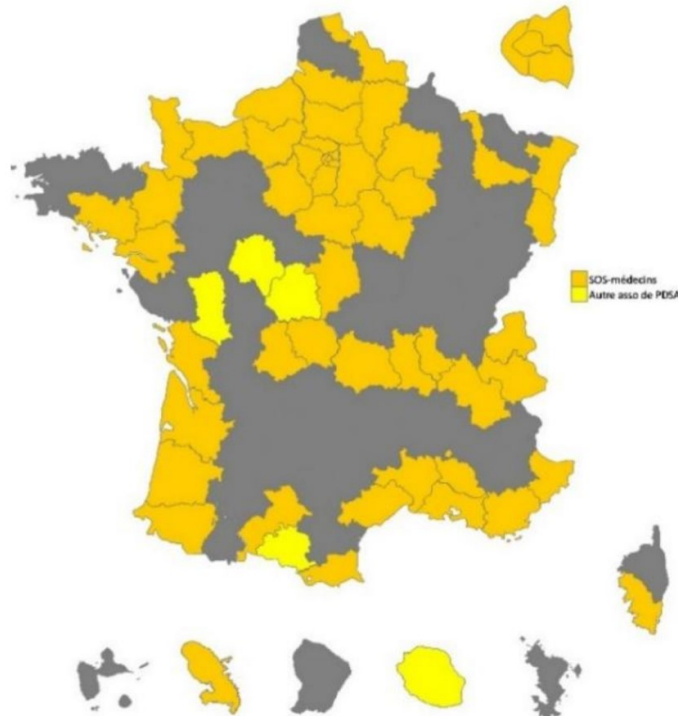
Certains médecins généralistes se spécialisent dans une activité de soins non programmés, notamment dans la PDSA. Ils exercent généralement au sein d'organisations dédiées telles que SOS Médecins ou d'autres associations spécialisées dans la médecine d'urgence et les soins non programmés. La Cnam identifiait 2 272 médecins professionnalisés dans la PDSA régulée en 2023 (régulation ou effectation). Ces médecins professionnalisés dans la PDSA ont réalisé **plus de la moitié des actes cliniques régulés en 2023 et réalisent la quasi-totalité de l'effectation mobile** (85 % des visites à domicile régulées en 2023). Ces associations peuvent également réaliser de la régulation pour l'accès au médecin de permanence des soins dans le cadre d'une convention avec le Samu-centre 15 autorisée par l'ARS.

Elles couvrent principalement les zones urbaines et semi-urbaines. Les médecins professionnalisés dans la PDSA sont concentrés dans les communes les plus densément peuplées et exercent moins fréquemment dans les zones sous-dotées en médecins (seuls 14 % d'entre eux exercent en ZIP contre 21 % des médecins participants à la PDSA). Dans un tiers des départements, ces médecins professionnalisés dans la PDSA réalisent moins de 4 % des actes de PDSA régulés, dont un quart des départements où aucune activité de médecin professionnalisé n'est détectée, c'est-à-dire que la PDSA repose entièrement sur les médecins généralistes libéraux.

---

¹ Ibid.

### Présence départementale de l'association SOS Médecins ou d'une autre association de permanence des soins en 2023



*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*

### 3. La participation des autres professions à la permanence des soins ambulatoires

Historiquement dévolue aux seuls médecins généralistes libéraux et aux chirurgiens-dentistes, la mission de PDSA a connu une transformation importante par l'adoption de l'article 7 de la loi portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé (n° 2023-379 du 19 mai 2023) qui étend la PDSA aux sages-femmes et aux infirmiers diplômés d'État.

Le décret n° 2025-152 du 19 février 2025, pris en application de l'article 7 de la loi précitée dispose que, sur la base du volontariat et selon les besoins identifiés par les directeurs généraux des ARS, les infirmiers libéraux et les sages-femmes libérales peuvent désormais concourir à la mission de permanence des soins. Cette réforme s'est concrétisée par l'approbation en mai 2026 de l'avenant n° 11 à la convention nationale des infirmiers libéraux<sup>1</sup> qui précise que la participation aux soins non programmés s'exerce en marge de l'activité principale et définit les modalités de leur rémunération forfaitaire. Tout comme pour les médecins, l'accès à ces professionnels passe par une régulation téléphonique préalable.

<sup>1</sup> Arrêté du 5 mai 2026 portant approbation de l'avenant n° 11 à la convention nationale organisant les rapports entre les infirmiers libéraux et l'assurance maladie signée le 22 juin 2007.

### **B. Le dispositif proposé : rétablir une obligation de participation individuelle à la permanence des soins ambulatoires**

L'article 3 modifie l'article L. 1110-4-1 du code de la santé publique afin de préciser que les médecins, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes et les infirmiers diplômés d'État « *participent et* » sont responsables collectivement de la permanence des soins.

Selon le rapport en première lecture de M. Guillaume Garot sur la présente proposition de loi, cette précision permet de créer « *une obligation positive de participation de chaque type d'établissement et de professionnel* » à la permanence des soins. Il s'agit d'une rédaction analogue à celle qui avait déjà été adoptée par l'Assemblée nationale lors de l'examen de la proposition de loi visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels en 2023<sup>1</sup>. Le Gouvernement avait alors noté l'effet juridique incertain d'une telle disposition qu'il avait soutenu « *dès lors que l'amendement [insérant l'article additionnel] ne fixe pas l'obligation* ».

La rapporteure note à ce titre que les précédentes rédactions des articles relatifs à la permanence des soins ambulatoires, et notamment des articles L. 6325-1, L. 6315-1 et L. 6314-1, intégraient toutes, jusqu'en 2009, la notion de « *participation* » des médecins à cette mission de service public, et ce, y compris après la publication du décret du 15 septembre 2003 mentionné précédemment qui mettait en place le cadre du volontariat.

Ainsi, l'article L. 6314-1 du code de la santé publique dans sa version applicable jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2010 et l'entrée en vigueur des dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi « HPST, précisait que « *les médecins mentionnés à l'article L. 162-5, dans le cadre de leur activité libérale, [...] participent à la mission de service public de permanence des soins dans des conditions et selon des modalités d'organisation définies par un décret en Conseil d'État* ».

## **II. – Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale**

### **A. En commission**

En commission, les députés ont adopté un amendement de M. Cyrille Isaac-Sibille afin de préciser que **l'obligation de permanence des soins s'applique à l'ensemble des médecins généralistes, libéraux ou salariés des centres de santé.**

### **B. En séance**

Les députés ont adopté un amendement rédactionnel présenté par le rapporteur visant à mieux préciser d'une part, que **l'ensemble des médecins libéraux et salariés** est bien concerné par l'obligation et, d'autre part, à préciser la formulation de l'obligation de permanence des soins.

---

<sup>1</sup> Article 4 bis de la proposition de loi adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture.

### III – La position de la commission

La commission souscrit à **l'objectif d'amélioration de la couverture du territoire et des besoins en santé dans le cadre de la permanence des soins ambulatoires.**

Lors de l'examen de la proposition de loi portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé en 2023, elle s'était ainsi prononcée en faveur d'une extension de la PDSA aux sages-femmes et infirmiers, susceptible de contribuer à désengorger les services d'urgence hospitaliers et à améliorer la prise en charge en ville des soins non programmés.

Quelques mois plus tard, dans le cadre de la proposition de loi visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels, elle avait supprimé l'article 4 *bis* qui contenait des dispositions similaires à celles figurant dans le présent article. La commission avait alors jugé que l'effet imprécis des dispositions et le caractère précipité de la réforme après celle survenue en mai 2023 ne justifiaient pas l'adoption de cet article.

Toutefois, la commission constate que la question de l'accès aux soins non programmés aux horaires de PDSA constitue encore une problématique essentielle de santé publique dans de trop nombreux territoires et est un facteur de trop nombreuses inégalités dans l'accès aux soins.

Ainsi, comme l'indique le rapporteur Guillaume Garot dans son rapport en première lecture à l'Assemblée nationale, le taux de participation des médecins libéraux varie de 8 % à Paris à 82 % dans les Vosges<sup>1</sup>. De plus, d'après une étude du Fonds du Commonwealth et citée par la Cour des comptes dans son rapport sur l'organisation des soins de premier recours publié en 2024, seuls 42 % personnes interrogées en France estime « *qu'il était très facile ou assez facile d'obtenir un rendez-vous médical, le soir, le week-end ou un jour férié sans se rendre aux urgences* », soit 2 points en-deçà de la moyenne des pays étudiés<sup>2</sup>, pour les soins non programmés en journée, et 5 points en-deçà, pour les soins aux horaires de PDSA<sup>3</sup>.

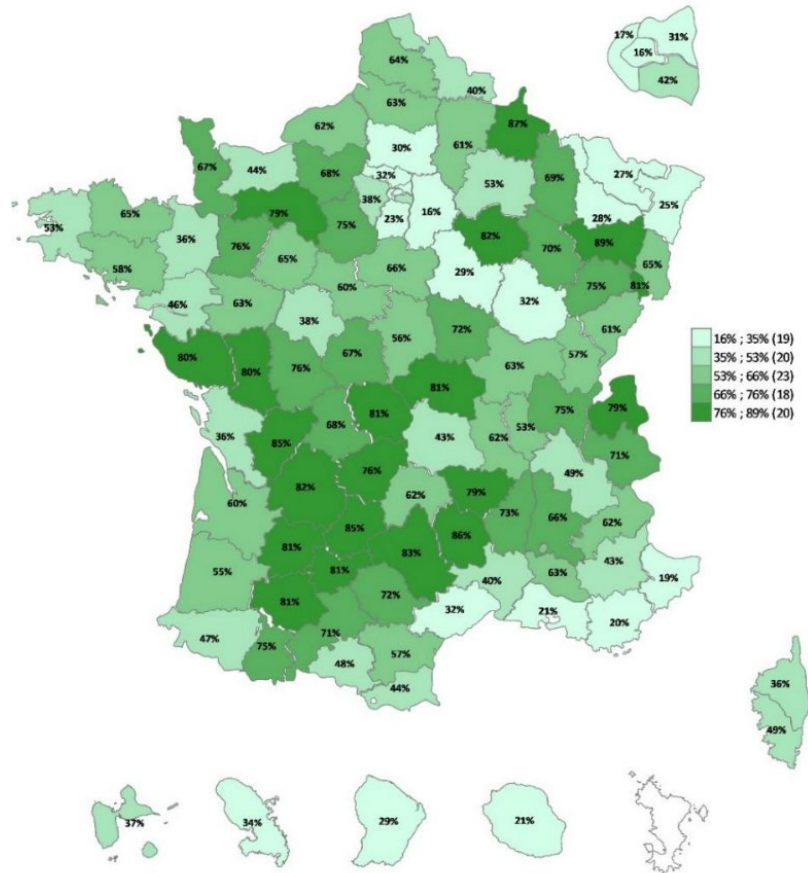
---

<sup>1</sup> Cour des comptes, *L'accueil et le traitement des urgences à l'hôpital : des services saturés, une transformation indispensable du parcours des patients*, novembre 2024

<sup>2</sup> Étude du Fonds du Commonwealth portant sur 100 000 patients dans onze pays différents : Norvège, Nouvelle-Zélande, Pays-Bas, Australie, Allemagne, Etats-Unis, Suisse, Canada, Royaume-Uni, Suède et France

<sup>3</sup> Cour des comptes, *L'organisation territoriale des soins de premier recours*, mai 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*

La rapporteure estime que cet article, sans rétablir en tant que tel le caractère obligatoire de la permanence des soins ambulatoires pour les médecins libéraux permet de renforcer son effectivité sur l'ensemble du territoire, notamment en étendant la participation à la PDSA aux médecins salariés des centres de santé. Par ailleurs, les chiffres publiés par le Conseil national de l'ordre des médecins font état d'un taux de couverture territoriale par la permanence des soins ambulatoires très élevé : 98 % en 2025<sup>1</sup>. De nombreuses disparités territoriales subsistent et seul environ un médecin sur deux participe aujourd'hui à la permanence des soins. Surtout, comme le montre l'étude de la Cnam précitée, ce sont davantage les jeunes médecins exerçant en zones sous-dotées, rurales ou défavorisées qui participent à la permanence des soins. Il n'est pas acceptable de continuer à faire peser sur une moitié de médecins volontaires la charge de la permanence des soins qui doit constituer réellement l'affaire de tous.

**Sous réserve de ces observations, la commission a adopté cet article sans modification.**

<sup>1</sup> Ordre national des médecins, Enquête sur l'état des lieux de la permanence des soins ambulatoire en médecine générale au 31 décembre 2025, avril 2026.

*Article 5*

**Gage financier de la proposition de loi**

*Cet article gage, par une majoration de l'accise sur les tabacs, les conséquences financières résultant, pour les organismes de sécurité sociale et l'État, de l'adoption de la présente proposition de loi.*

*La commission a adopté cet article sans modification.*

**I - Le dispositif proposé**

L'article 5 gage, en son I, l'incidence financière de la proposition de loi sur l'État, par majoration à due concurrence de **l'accise sur les tabacs** prévue au chapitre IV du titre I<sup>er</sup> du livre III du code des impositions sur les biens et services.

Il gage, en son II, l'incidence financière de la proposition de loi sur les finances des organismes de sécurité sociale, par majoration à due concurrence de l'accise sur les tabacs prévue au chapitre IV du titre I<sup>er</sup> du livre III du code des impositions sur les biens et services.

**II - Les modifications apportées par l'Assemblée nationale**

L'Assemblée nationale a adopté l'article 5 sans modification.

**III - La position de la commission**

Limitée dans son initiative par les règles de recevabilité financière découlant de l'application de l'article 40 de la Constitution du 4 octobre 1958, la commission n'est pas en mesure de lever d'elle-même ce gage. Elle appelle toutefois le Gouvernement à procéder à la suppression du gage financier au cours de la séance publique.

**La commission a adopté cet article sans modification.**



## EXAMEN EN COMMISSION

---

*Réunie le mercredi 27 mai 2026, sous la présidence de M. Philippe Mouiller, président, la commission examine le rapport de Mme Corinne Imbert, rapporteure, sur la proposition de loi (n° 605, 2024-2025) visant à lutter contre les déserts médicaux, d'initiative transpartisane.*

**M. Philippe Mouiller, président.** – Nous en venons à l'examen du rapport de Corinne Imbert et à l'élaboration du texte de la commission sur la proposition de loi visant à lutter contre les déserts médicaux, d'initiative transpartisane, dont le député Guillaume Garot est le premier signataire. Ce texte est inscrit à l'ordre du jour des travaux du Sénat le jeudi 11 juin, au sein de la niche du groupe socialiste, écologiste et républicain.

**Mme Corinne Imbert, rapporteure.** – Selon le dernier zonage publié par le Gouvernement, 75,7 % de nos concitoyens vivent dans des territoires caractérisés par un accès aux soins médicaux insuffisant. La conjonction d'une démographie médicale défavorable et d'une hausse de la demande de soins due à l'évolution et au vieillissement de la population obère gravement l'accès aux soins dans nos territoires. La densité de médecins généralistes libéraux a diminué de 18 % entre 2000 et 2021 et celle des spécialistes de 9 %.

Derrière ces statistiques, il y a des réalités tangibles, telles que des renoncements aux soins et 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. Dans ces circonstances, il n'y a rien de surprenant à ce que la santé constitue, derrière le pouvoir d'achat, la principale préoccupation des Français.

La commission s'est montrée force de proposition pour répondre à cette inquiétude, avec deux textes ambitieux et prometteurs : la proposition de loi relative aux formations en santé, qui propose d'en renforcer la territorialisation au service d'une meilleure répartition des professionnels, et la proposition de loi visant à améliorer l'accès aux soins dans les territoires, dite « Mouiller », qui présente plus de 25 mesures répondant de manière holistique à la désertification médicale, en renforçant l'offre de soins et en améliorant son maillage territorial. Alors que le Gouvernement a activé la procédure accélérée sur cette dernière, son inscription à l'ordre du jour des travaux de l'Assemblée nationale se fait toujours attendre, plus d'un an après le vote du Sénat. L'absence de tout projet de loi en santé depuis plus de sept ans et l'inertie du Gouvernement pour faire prospérer notre initiative témoignent, une fois de plus, de son alarmante inaction sur le sujet.

À défaut d'impulsion gouvernementale, les propositions de loi relatives à l'amélioration de l'accès aux soins sont pléthore. Ainsi, nous sommes régulièrement amenés à examiner des dispositions similaires entre elles : lois Rist 1, Rist 2, Valletoux, ou encore Neuder. Cette multiplication de textes nous amène à deux écueils. Le premier est la dispersion et la dévitalisation de la parole politique, avec un foisonnement d'initiatives incompatibles entre elles - et dont peu aboutissent. Le second est la multiplication et la modification des normes dans un temps très court alors même que, nous le savons tous, il faut souvent plusieurs années pour que l'impact des réformes en santé puisse être réellement mesuré. Dès lors, nous changeons les règles du jeu avant même de savoir si celles en vigueur sont efficaces ou non. Il en résulte une illisibilité de l'action du Parlement sur ces sujets vis-à-vis de nos concitoyens et une fatigue des professionnels, soumis à des modifications constantes des règles qui leur sont applicables.

Le texte que nous examinons ce matin, déposé par le député Guillaume Garot, est un autre exemple de proposition de loi visant à répondre, par touches impressionnistes, au problème de l'accès aux soins. Fruit du groupe de travail transpartisan sur les déserts médicaux, ce texte vise à rééquilibrer l'offre de soins dans les territoires sous-dotés, notamment par la régulation de l'installation des médecins et le rétablissement de l'obligation de participer à la permanence des soins ambulatoires.

Ce texte sera examiné le 11 juin en séance publique, en deuxième place de l'espace réservé au groupe Socialiste, Écologiste et Républicain. Cela laissera fort peu de temps pour en débattre, hélas, au vu de l'ampleur du sujet. Puisqu'il s'agit d'une proposition de loi issue de l'Assemblée nationale, elle n'est pas soumise au *gentlemen's agreement* et peut donc faire l'objet de modifications au stade de la commission.

L'article 1<sup>er</sup>, qui constitue le cœur de la proposition de loi et qui sera au centre des débats, vise à mettre en œuvre une régulation coercitive de l'installation des médecins. L'installation de tout médecin libéral ou salarié serait, ainsi, subordonnée à une autorisation préalable de l'agence régionale de santé (ARS), qui ne peut être accordée que dans les zones sous-denses ou, dans les autres zones, en cas de cessation concomitante d'activité d'un confrère exerçant dans la même spécialité.

Ce faisant, cet article revient sur la liberté d'installation, consacrée par la loi comme un principe fondamental de l'exercice de la médecine libérale depuis 1971. Progressivement, cette liberté a été aménagée chez d'autres professionnels libéraux : les infirmiers ont ouvert le bal dès 2008, rejoints par les sages-femmes, les masseurs-kinésithérapeutes et, plus récemment, les chirurgiens-dentistes. Il est donc légitime, dans un contexte de tensions inédites sur l'offre de soins médicaux, de réfléchir à faire évoluer les conditions d'exercice de cette liberté pour les médecins. Toutefois, pour médiatique qu'elle soit, la solution retenue par l'article 1<sup>er</sup> n'est, je le crains, ni la plus appropriée ni la plus efficace.

Gardons-nous de voir en la régulation coercitive de l'installation un remède miracle. Les mécanismes de conventionnement sélectif ont certes permis, pour les sages-femmes et les infirmiers, de limiter les inégalités de répartition sur le territoire, mais leur efficacité intrinsèque reste modérée, voire modeste. Ainsi, plus de dix ans après l'instauration de la régulation du conventionnement, les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes restent 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. Une étude plus poussée, menée sur les masseurs-kinésithérapeutes, a pu démontrer que le conventionnement sélectif avait provoqué un appel d'air vers des zones déjà bien dotées, sans susciter un afflux du même ordre dans les zones sous-denses.

Il y a fort à craindre qu'un tel phénomène ne se reproduise si l'article 1<sup>er</sup> était adopté, avec une concentration du nombre d'installations de médecins dans les territoires les plus attractifs parmi ceux classés comme sous-denses, c'est-à-dire certaines métropoles. Même là-bas, les effets seraient ténus, la mesure ne concernant que le flux de nouvelles installations et non le stock de médecins installés.

Du reste, la situation de la démographie médicale sur le territoire est telle que les résultats observés chez les autres professions ne sont pas transposables aux médecins : même une répartition optimale des praticiens sur le territoire ne saurait suffire. Par conséquent, accroître le temps médical disponible apparaît comme un préalable nécessaire à l'efficacité de toute mesure restrictive sur l'installation.

La solution retenue par l'article 1<sup>er</sup> n'est, en outre, pas la plus adaptée. Elle porte une atteinte disproportionnée à la liberté d'installation en l'assortissant des limites les plus strictes jamais appliquées à des professionnels de santé, alors même que la répartition des médecins généralistes est près de deux fois plus égalitaire que celle des infirmiers.

De plus, elle le fait par la loi, alors même que la valeur symbolique forte accordée à ce principe devrait plutôt inviter le législateur à faire preuve d'une particulière prudence. L'ensemble des aménagements introduits chez les autres professionnels se sont d'ailleurs inscrits dans un cadre conventionnel.

Ce faisant, cet article suscite une opposition virulente et unanime des représentants des médecins, quand bien même le maintien de relations partenariales avec la profession est primordial pour parvenir collectivement à répondre au défi de l'accès aux soins.

Pour autant, la liberté d'installation n'est pas un principe intangible et nous avons défendu, lors de l'examen de la proposition de loi Mouiller, des aménagements à son exercice. À rebours d'une logique de contrainte, notre approche s'est fondée sur la responsabilisation et la solidarité territoriale, en permettant l'installation en zones surdenses à condition d'un exercice partiel dans les territoires sous-dotés. Je la crois vertueuse, plus acceptable pour les professionnels et à même de favoriser une répartition plus équitable de la ressource médicale sur le territoire. Aussi vous proposerai-je de réécrire l'article 1<sup>er</sup> pour lui substituer l'essentiel du contenu des articles 3 et 4 de la proposition de loi Mouiller, qui portent ces dispositions.

L'article 1<sup>er</sup> *bis* crée, quant à lui, un indicateur territorial de l'offre de soins (Itos), élaboré par les services de l'État en lien avec les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) afin de dresser une cartographie précise, par bassin de vie, de la répartition de l'offre de soins. Si je souscris bien sûr à l'intention, l'indicateur proposé par le texte souffre de plusieurs défauts.

Tout d'abord, il s'agit plutôt d'un méta-indicateur qui permettrait de piloter toute la politique de l'offre de soins. Voici quelques-uns des objectifs qui lui sont assignés : déterminer annuellement au sein de chaque commune et pour chaque spécialité la densité de l'offre de soins et son évolution ; permettre la délimitation des zones sous-denses ; servir à la définition d'un niveau minimal d'offre de soins à atteindre pour chaque spécialité médicale et paramédicale.

Ensuite, l'indicateur prévu par cet article est élaboré par les ARS seules, en lien avec les CPTS, et reste donc prisonnier d'une logique descendante.

J'estime qu'une politique publique ne peut se baser sur un seul indicateur, qui présente inévitablement des biais. Elle doit nécessairement s'appuyer sur plusieurs indicateurs qui se complètent.

Notre assemblée s'était prononcée, lors de l'examen de la proposition de loi Mouiller, pour la création d'un cadre de concertation véritablement ascendant associant l'ensemble des acteurs au niveau départemental pour définir des indicateurs pertinents mesurant la réalité de l'offre de soins et l'évolution des besoins en professions de santé. Il me semble que nous devons privilégier la voie de la coconstruction depuis les territoires.

C'est pourquoi je vous proposerai de supprimer la création de cet indicateur qui, en l'état, est dépourvu de tout caractère opérationnel, impossible à actualiser et qui ne fera qu'entraîner une charge de travail considérable pour les administrations, sans pouvoir réellement améliorer le pilotage de l'offre de soins.

Ensuite, 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. Il s'inscrit dans la lignée de l'article 10 de la loi Valletoux, qui avait supprimé cette pénalité pour les patients dont le médecin traitant avait déménagé ou pris sa retraite dans les douze mois précédents.

Face aux difficultés rencontrées par de nombreux concitoyens pour désigner un médecin traitant, l'application d'une pénalité pour non-respect du parcours de soins coordonnés apparaît, il faut le dire, comme une double peine, qui décourage tout recours au système de soins. Rappelons que 6,4 millions de nos concitoyens vivent actuellement sans médecin traitant et que cette majoration se traduit par un reste à charge puisqu'elle ne peut pas être prise en charge par les complémentaires santé dans le cadre d'un contrat responsable.

Pour autant, prévoir une exception pérenne, comme le fait l'article 2, affaiblirait durablement la portée incitative du parcours de soins coordonnés, voire dévitaliserait cet élément essentiel de l'efficacité de notre système de santé, auquel la commission est historiquement attachée. Comme lors de l'examen de la proposition de loi Mouiller, je vous inviterai donc à limiter à cinq ans la durée de la dérogation, dans l'attente des effets espérés des différentes mesures de renforcement de l'accès aux soins.

L'article 3 porte sur l'organisation de la formation des étudiants en santé. Il 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). Nous ne pouvons, il me semble, que soutenir cette disposition. Les étudiants issus de départements ne disposant pas de première année d'accès aux études de santé sont moins susceptibles d'accéder aux filières MMOP. En effet, le suivi d'études hors de leur département engendre en effet des coûts financiers et des contraintes logistiques importantes. Or, à la rentrée 2025, 25 départements demeuraient dépourvus de toute antenne universitaire permettant l'accès aux études de santé. De plus, cette absence de diversification géographique constitue un frein majeur à la lutte contre les inégalités territoriales d'accès aux soins. En effet, les données de l'Insee montrent 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, confirmant le lien entre origine géographique et lieu d'installation.

Cependant, j'estime que la territorialisation des études de santé ne doit pas se limiter à la première année. En effet, l'impact sur les déserts médicaux reste incertain à court terme, car les choix d'installation des médecins dépendent souvent de dynamiques plus tardives liées aux stages hospitaliers de l'externat et de l'internat.

Nous avons adopté un dispositif en ce sens lors de l'examen en octobre dernier de la proposition de loi relative aux formations en santé que j'ai eu l'honneur de présenter et qui porte une réforme plus globale et intégrée des études en santé.

Sous réserve de ces observations, je vous proposerai donc d'adopter cet article, tout en reportant son entrée en vigueur au plus tard au 1<sup>er</sup> septembre 2030. Il s'agit là d'une mesure de bon sens : ouvrir des formations en santé dans tous les départements implique des investissements majeurs et une organisation complexe. Il faut permettre aux universités de mettre en œuvre les projets, et ce, sans précipitation – ce qui se ferait mécaniquement au détriment des étudiants et de la qualité de leur enseignement.

Enfin, l'article 4 est relatif à la permanence des soins ambulatoires (PDSA). Cet article, qui vise à rétablir une obligation individuelle de participation à la PDSA pour les médecins exerçant à titre libéral ou salarié, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et infirmiers, ne manquera pas également de faire réagir. La permanence des soins est, je le rappelle, une mission de service public assurée par les établissements de santé en collaboration avec les médecins exerçant à titre libéral afin de répondre à la demande en soins non programmés aux horaires de fermeture des cabinets. Les professions précitées sont responsables collectivement de la permanence des soins. Depuis 2003, la participation à la permanence des soins se fait sur la base du volontariat et est, aujourd'hui, organisée par les ARS.

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, et représentant une dépense de plus de 600 millions d'euros.

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 % très exactement – a participé au dispositif régulé de PDSA, soit plus de 26 000 médecins. La loi Rist de 2023 a étendu la PDSA aux sages-femmes et aux infirmiers diplômés d'État. L'impact de cette réforme, réellement entrée en vigueur en 2025, doit donc encore être mesuré.

Dans ce cadre, l'article 4 prévoit de préciser que les médecins libéraux ou salariés, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes et les infirmiers participent à la permanence des soins. Le caractère normatif de cet ajout peut interroger.

Même si 98 % du territoire est couvert selon les dernières données du Conseil national de l'ordre des médecins (Cnom), ce chiffre cache des disparités et la question de la PDSA constitue encore un facteur de trop nombreuses inégalités dans l'accès aux soins, notamment pour les personnes les plus âgées et isolées. Par ailleurs, malgré l'amélioration de la participation,

la charge pèse principalement sur une minorité de médecins, souvent jeunes et exerçant en zone peu dotée. Ainsi, selon une étude internationale publiée en 2021, seuls 42 % des Français estiment très facile ou assez facile d'obtenir un rendez-vous médical le soir, le week-end ou un jour férié sans se rendre aux urgences, soit 5 points en deçà de la moyenne des pays interrogés.

Dans ce cadre, cet article, sans rétablir en tant que tel le caractère obligatoire de la PDSA pour les médecins, permet de renforcer son effectivité sur l'ensemble du territoire, notamment en étendant explicitement la participation à la PDSA aux médecins salariés. C'est pourquoi je vous proposerai de l'adopter sans modification.

Face à la désertification médicale, cette proposition de loi apporte une réponse centrée sur l'amélioration de l'équité de la répartition des professionnels sur le territoire, faisant l'impasse sur la stimulation de l'offre de soins. En cela, elle ne saurait être véritablement efficace : dans un contexte de sous-densité médicale quasi généralisée, répartir la pénurie ne revient pas à la résorber. C'est tout le contraire de la proposition de loi Mouiller, qui a fait du développement de l'offre de soins médicaux l'un de ses axes structurants, et qui me semble donc présenter, parce qu'elle est plus complète et plus équilibrée, un potentiel d'efficacité bien supérieur.

Nous sommes en désaccord avec la proposition de loi de M. Garot, s'agissant des moyens, mais nous ne pouvons plus avoir d'hésitation sur le caractère urgent de la lutte contre la désertification médicale. Aussi, face à l'inaction du Gouvernement et à sa lenteur à inscrire la proposition de loi Mouiller à l'ordre du jour des travaux de l'Assemblée nationale, il nous faut faire le choix de la responsabilité. Dans l'attente de la reprise de la navette parlementaire sur la proposition de loi Mouiller, je vous invite à adopter la présente proposition de loi modifiée par mes amendements.

En tant que rapporteure, il me revient de vous proposer un périmètre au titre de l'article 45 de la Constitution. Je vous propose de considérer que ce périmètre inclut des dispositions relatives : aux conditions d'installation, de conventionnement et d'exercice des professionnels de santé ; aux compétences des agences et opérateurs sanitaires en matière d'accès aux soins ; au pilotage des politiques publiques d'accès aux soins et à la définition d'indicateurs associés ; aux conditions de prise en charge des assurés s'inscrivant hors du parcours de soins coordonnés ; à l'organisation de la formation initiale des professions de santé. En revanche, je considère que ne présentent pas de lien, même indirect, avec le texte, des amendements relatifs : au statut et à l'organisation des établissements de santé, sociaux et médico-sociaux ; aux produits de santé ; aux conditions de représentation des professionnels de santé.

*Il en est ainsi décidé.*

**Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale.** - Je remercie chaleureusement la rapporteure pour son travail considérable. J'ai déjà exprimé mon opposition totale à toutes ces propositions de loi de régulation - certains emploieraient plutôt le terme de redistribution. Sur le terrain, j'observe la baisse très préoccupante du nombre de médecins libéraux. Elle s'accompagne d'une forte baisse de l'appétence des étudiants pour la médecine générale. Je ne suis pas opposée au salariat, nouvelle forme d'emploi souvent appréciée des jeunes médecins, mais ces propositions de loi l'encouragent ; or, un médecin salarié réalise 30 % de temps médical de moins qu'un médecin libéral. Ayons-en conscience alors que nous cherchons au contraire à accroître le temps médical.

Ces propositions de loi stigmatisent les médecins, en particulier les jeunes. En audition, on nous a dit que certains redoublaient la dernière année, ne sachant à quelle sauce ils seraient mangés. C'est excessif, mais ces textes finissent par excéder la profession.

Cette proposition de loi est souvent annoncée comme favorable à l'aménagement du territoire. C'est tout le contraire ! L'article 1<sup>er</sup> dispose qu'un médecin pourra s'installer dans une zone où un confrère part à la retraite. Or, on sait qu'un jeune ne réalise pas le même volume d'heures qu'un ancien médecin. En réalité, on dépeuplera des villes moyennes. Le remplacement d'un pour un entraînera en réalité une baisse de temps médical. C'est pourquoi l'Association des maires ruraux de France (AMRF) et l'Association des maires de France et des présidents d'intercommunalité (AMF) sont contre cet article.

Cette proposition de loi est dépassée. Entre-temps, on a connu, tout de même, une évolution. Je vous renvoie à la carte de 2026 de la Fondation Jean-Jaurès, qui montre que ce qui importe, c'est l'organisation territoriale de l'accès aux soins, qui passe par les assistants médicaux, les infirmières en pratique avancée, les maisons de santé pluridisciplinaires, les pôles de santé, l'accès primaire, les CPTS et d'autres mesures.

La rapporteure a évoqué des « touches impressionnistes ». En effet, ces dernières années, de petites touches se sont additionnées les unes aux autres, faute d'un véritable projet de système de santé d'avenir. Il faut dix années pour former un médecin : c'est long. Or, on manque de médecins partout dans le monde. La France en accueille même de l'étranger, ce qui dépeuple certains pays de leurs médecins de façon indigne.

Dans un tableau impressionniste, on reconnaît le sujet de loin, mais pas de près. On ne peut pas apporter une réponse simple à une question complexe. Or, cette proposition de loi est trop simple.

Je voudrais enfin rappeler que la PDSA couvre désormais 98 % du territoire.

Je m'opposerai totalement à cette proposition de loi.

**Mme Annie Le Houerou.** – Merci à la rapporteure, dont le rapport fixe au moins deux points d'accord : le diagnostic et l'urgence à agir. J'entends une certaine opposition à cette proposition de loi. Elle résulte d'un cheminement transpartisan débuté en 2022 par des députés de différents territoires. Ce texte de Guillaume Garot compte 250 cosignataires.

La rapporteure dresse un parallèle avec d'autres textes proposés par le passé. Cela témoigne de notre souci face à une réalité : 8 millions de personnes habitent dans des déserts médicaux ; 6 millions de nos concitoyens n'ont pas de médecin traitant ; 50 % des Français ont déjà été confrontés à l'errance médicale ; 76 % des sondés sont inquiets de ne pas pouvoir accéder à des soins de qualité en cas de besoin urgent. Cela témoigne d'une angoisse de la population face à cette difficulté d'accéder à un premier recours aux soins. Nous devons dire aussi que, dans nos territoires, lorsque nous sommes pris en charge, la qualité des soins est exceptionnelle.

Ce texte est présenté en urgence, certes, mais cela fait longtemps que ses quatre articles ont été vus, revus et discutés. Ils répondent vraiment à un besoin.

La rapporteure évoque des mesures coercitives à l'article 1<sup>er</sup>, qui attenteraient à la liberté d'installation à laquelle de nombreux médecins sont attachés. La rédaction démontre le contraire : certes, les ARS doivent donner leur autorisation, mais celle-ci résulte d'un travail qui émerge du territoire. La question de l'offre de soins diffère d'une zone à l'autre. Les CPTS sont pertinentes pour intervenir en infradépartemental et définir, comme l'article 2 le prévoit, un indicateur simplifié s'appuyant sur de nombreux autres indicateurs existants. Cela nourrira la réflexion sur l'autorisation d'installation, dans les territoires où l'offre de soins est plus abondante.

Vous dites que l'opposition à ce texte est virulente et unanime : je ne suis pas du tout d'accord. Dans mon département des Côtes-d'Armor, la population est excédée de ne pouvoir accéder aux médecins, mais ces derniers sont eux-mêmes excédés d'être submergés de sollicitations. La permanence des soins est très sollicitée, justement parce que les urgences sont dégradées par la difficulté d'accéder aux soins de premier recours. Actuellement, seulement 40 % des médecins environ participent à la PDSA : je suis tout à fait favorable à l'élargir aux médecins salariés.

L'article 3 sur les études de santé est une nécessité : la première motivation du choix de l'installation est liée à l'origine géographique des futurs médecins. Dans mon département, de plus en plus d'étudiants ne passent même plus le concours de médecine dans notre pays et vont directement à l'étranger. Nous devons garder les étudiants passionnés par la santé sur notre territoire.

Nous sommes favorables à cette proposition de loi.

Si la proposition de loi Mouiller n'est toujours pas inscrite à l'ordre du jour des travaux de l'Assemblée nationale, c'est peut-être pour certaines raisons. En tout cas, nous sommes déterminés à améliorer l'accès aux soins partout et pour toutes et tous.

**Mme Brigitte Devésa.** – Ma première question porte sur l'efficacité réelle du dispositif. L'article 1<sup>er</sup> instaure une autorisation préalable d'installation des médecins, avec un refus automatique hors zone sous-dotée ou remplacement à l'identique. Cette mesure remet profondément en cause la liberté d'installation. Disposez-vous d'une étude d'impact démontrant que cette régulation améliorera effectivement l'accès aux soins, sans décourager les jeunes médecins de s'installer en libéral ni aggraver les difficultés de recrutement dans certaines spécialités ?

Le texte repose sur une logique de contrainte administrative forte. Quelle garantie avez-vous que cette régulation ne conduira pas certains médecins à privilégier l'exercice salarié, l'intérim ou même une installation à l'étranger, plutôt qu'une installation libérale contrainte ?

Enfin, l'article 1<sup>er bis</sup> crée un indicateur territorial de l'offre de soins, servant de base aux décisions d'installation. Quels critères objectifs seront retenus pour mesurer le temps médical disponible par patient ? Comment garantir une actualisation suffisamment réactive pour tenir compte de l'évolution des besoins locaux ?

**M. Jean-Luc Fichet.** – Je mesure le ridicule de nos discussions, face à l'urgence de la désertification médicale. Tout a débuté avec la loi HPST.

**M. Alain Milon.** – Ce n'est pas vrai.

**M. Jean-Luc Fichet.** – Si, je m'en souviens très bien. Avec Hervé Maurey, nous avons publié un rapport d'information en 2013 dans lequel, déjà, nous préconisons la coercition, c'est-à-dire imposer aux jeunes médecins ayant bénéficié d'études payées par la puissance publique de s'installer là où l'on a besoin d'eux, pendant au moins une année.

L'espérance de vie en bonne santé des habitants de Centre Bretagne est inférieure de deux ans à celle des autres, notamment des urbains. C'est un véritable scandale ! Une émission de télévision sur le sujet, diffusée hier, le soulignait.

On a inventé les docteurs juniors. J'attends le résultat, mais il me semble qu'ils peinent à trouver des maîtres de stage. Cette mesure ne réduit pas les déserts médicaux. Ensuite, on a inventé les aides. Des départements donnent 50 000 euros sur cinq ans aux médecins qui veulent bien s'y installer. Depuis des années, pléthore de solutions ont été préconisées dans différents rapports. L'idée essentielle est, surtout, de ne pas remettre en cause la liberté d'installation, même si des territoires entiers sont à découvert. C'est un scandale !

Cette proposition de loi a pour avantage de réaliser une petite avancée vers la régulation. Je prédis une explosion radicale à venir dans la population. Une enquête montre que la première préoccupation des élus locaux est la santé des populations. Certains médecins font désormais du chantage auprès des maires pour monnayer leur installation : secrétariat gratuit, terrain gratuit, voiture gratuite... L'Ordre des médecins n'en est pas du tout gêné, au contraire.

J'encourage les initiatives en faveur du salariat des médecins. Je veux dénoncer toutes les initiatives prises depuis quinze ans contre les déserts médicaux sans aucun résultat. Les déserts s'agrandissent. La situation est totalement anormale. Cette proposition de loi est insuffisante, mais elle a le mérite d'exister. Nous devrions la voter conforme, unanimement.

Parlons des patients, des gens qui souffrent. On ne parle jamais d'eux ! C'est un scandale.

**M. Daniel Chasseing.** – Je félicite la rapporteure pour son travail clair, qui réduit la coercition, mais peut néanmoins améliorer la pérennisation des soins. Elle l'a dit : 75 % de la population pâtit d'un accès aux soins médicaux ; on dénombre 18 % de médecins libéraux en moins. Il faut néanmoins rappeler que des docteurs juniors vont s'installer, notamment en Corrèze.

Il ne faut pas avoir d'hésitation face à l'urgence de la lutte contre la désertification médicale. Il nous faut des résultats.

Guillaume Garot propose une régulation coercitive de l'ARS, empêchant toute installation en zone surdense. Les médecins y sont violemment opposés, mais il faut aussi comprendre les élus et citoyens qui veulent une amélioration de l'accès aux soins.

Il est nécessaire que les CPTS participent efficacement à la PDSA et s'organisent avec les médecins salariés. Les propositions de la rapporteure, s'appuyant sur la proposition de loi Mouiller, doivent prévoir des aménagements coercitifs pour la prise en charge de la PDSA. La participation à la PDSA des médecins libéraux et salariés est très importante. La convention de participation du professionnel de santé en zone sous-dotée doit être appliquée. Sinon, il faut des sanctions.

Le texte proposé par la rapporteure prévoit l'exercice en zone surdense à condition d'exercer un temps partiel en zone sous-dotée. Mais celui-ci doit être significatif. Tout médecin généraliste qui s'installe en zone surdense devrait s'engager, pour un temps défini, à exercer en zone sous-dense, même s'il remplace un médecin installé.

Les indicateurs par département sont pertinents.

**Mme Anne-Sophie Romagny.** – Je remercie la rapporteure pour ses propositions. La situation actuelle est le résultat du mépris total de la profession de médecin depuis de nombreuses années, ainsi que de la démographie. Il ne faut pas confondre vitesse et précipitation ; l'urgence ne justifie pas tout. Certains collègues disent qu'il n'y a aucun résultat et que la situation se dégrade. Je ne suis pas tout à fait d'accord : on a mis en place de nombreuses initiatives, notamment la création des docteurs juniors. Certes, les résultats mettent du temps à arriver.

La coercition sur l'installation est contre-productive. C'est même le meilleur moyen de nous priver de nos jeunes médecins. Que se passera-t-il dans les communes frontalières ? Ils iront s'installer dans les pays voisins, faute de pouvoir s'installer en France.

J'entends dire que la France paie les études des médecins. Mais elle paie toutes les études universitaires, quelles qu'elles soient ! L'État m'a payé mes études d'administration et de gestion des entreprises. Heureusement qu'il ne m'a pas obligée à installer ma société à tel ou tel endroit. Pourquoi stigmatiser les médecins ? Nous en avons besoin. Nous sommes contents que des jeunes choisissent ces études, extrêmement difficiles, et nous leur dirions où s'installer... On irait à rebours de tout ce que l'on tente de mettre en place depuis plusieurs années.

Ce texte serait « transpartisan » : je ne me sens pas concernée ! Si la proposition de loi Garot est issue d'un long cheminement, c'est parce qu'elle ne tient pas debout.

Quant à la solution qui consiste quelque peu à transformer la proposition de loi Garot en proposition de loi Mouiller, je l'approuve, mais il est dommage d'en arriver là.

**M. Bernard Jomier.** – Je remercie mon groupe d'avoir inscrit ce texte à l'ordre du jour de nos travaux. Il nous donne l'occasion de refaire le point sur cette question importante. Merci à la rapporteure pour son analyse intelligente. Merci aussi à Élisabeth Doineau, qui a très bien exposé la philosophie avec laquelle on doit aborder cette question.

La situation de l'offre de soins change. Dans la filière visuelle, les délais d'obtention d'un premier rendez-vous raccourcissent de façon spectaculaire. Dans les Hauts-de-France, ils sont passés de 9 ou 10 mois à 4 mois. Là où ils étaient de 3 mois, ils sont passés à 1 mois. Cette réduction est liée, pour une part, à une délégation de tâches, avec la montée en compétence des orthoptistes qui a considérablement réduit le temps de consultation de l'ophtalmologiste. Cela a amélioré l'accès de nos concitoyens aux soins visuels. Et ce n'est pas du tout la seule filière dans ce cas.

Le part de Français en affection de longue durée sans médecin traitant baisse de façon importante. Cela montre l'efficacité d'un certain nombre d'actions entreprises, notamment *via* les CPTS, qui en ont fait une priorité.

Il est faux de dire que rien ne produit d'effets. La réponse n'est pas seulement quantitative, mais aussi qualitative.

Je suis défavorable à l'article 1<sup>er</sup>, non par philosophie – les obligations ne me gênent pas – mais parce que la solution proposée ne fonctionnera pas. Je me méfie des mesures dont les effets attendus potentiels sont largement annulés par leurs effets secondaires.

Nous rediscuterons, en séance publique, du parti pris de la rapporteure de réintroduire certaines dispositions de la proposition de loi Mouiller en lieu et place de celles de la proposition de loi Garot.

Anne-Sophie Romagny a évoqué les étudiants à l'instant. Comme Pierre Ouzoulias l'a dit dans l'hémicycle l'an dernier : les étudiants en médecine rapportent de l'argent à l'État ! (*Plusieurs sénateurs le nient.*) Leur travail doit être valorisé. À gauche, nous reconnaissons la valeur du travail. Ces étudiants produisent un travail pour lequel ils sont sous-payés. L'État fait tourner les hôpitaux grâce à eux.

**Mme Brigitte Bourguignon.** – Je rejoins les propos de Bernard Jomier. On peut reconnaître la constance de Guillaume Garot, qui dépose des propositions de loi sur ce sujet depuis 2014. J'ai même cosigné la première, relative au conventionnement. Toutefois, élue d'un territoire rural pendant dix ans, j'ai beaucoup travaillé sur ce sujet avec les étudiants, les médecins et les élus. Au fil du temps, je me suis aperçue que les solutions de M. Garot n'étaient pas les bonnes.

Il fallait modifier le nombre de médecins en formation : c'est fait ! Néanmoins, il faut attendre dix ans pour que cela produise ses effets. Il fallait aussi modifier le cursus, qui n'incluait plus de stage en médecine générale : c'est fait ! Il fallait que des médecins acceptent de devenir maîtres de stage : c'est en cours. Il fallait une offre de soins réunissant tous les partenaires de santé sur les territoires : c'est aussi en cours.

De grâce, arrêtons de parler de déserts médicaux. Cela n'incite pas les jeunes à s'y installer. Évitions le misérabilisme. Parlons plutôt de ces zones comme des terrains innovants, où ces jeunes médecins travailleront avec d'autres professionnels. Dans le Pas-de-Calais, j'ai vu naître des maisons innovantes et performantes. Oui, l'offre de santé commence à s'améliorer.

**M. Martin Lévrier.** – Mon groupe a voté la proposition de loi Mouiller – combien de fois l'a-t-on citée ce matin ? Je regrette amèrement que son parcours se soit interrompu, on ne sait où. Je remercie la rapporteure pour son travail de transformation de cette proposition de loi Garot en proposition de loi Mouiller *bis* même s'il est gênant de devoir emprunter ce chemin.

Je rejoins les propos de Bernard Jomier et de Brigitte Bourguignon.

Les responsables des déserts médicaux sont les politiques.

**Mme Cathy Apourceau-Poly.** – On demande la fin du *numerus clausus* depuis 30 ans.

**M. Martin Lévrier.** – Il a fallu attendre 2020 pour y mettre fin !

Reporter la culpabilité sur les jeunes médecins qui ne veulent pas se voir imposer leur lieu d'installation, c'est déplacer le problème. Arrêtons la démagogie. Dans mon département des Yvelines, je dis tous les jours aux maires qui participent au concours Lépine des subventions à l'installation que ce n'est pas du bon travail ! N'allons pas dans le sens des grands électeurs sur ce point.

Élisabeth Doineau l'a dit : il n'y a pas assez de médecins dans le monde entier. Si l'on impose une coercition, de jeunes médecins français iront à l'étranger. Il y a quelques années, l'Arabie Saoudite proposait 100 000 euros aux jeunes médecins français pour qu'ils s'y installent.

**Mme Cathy Apourceau-Poly.** – Nous l'avons rappelé : le *numerus clausus* a été une catastrophe. Je suis inquiète de la tournure du parcours accès spécifique santé (Pass)/licence accès santé (LAS). Les retours des étudiants dont on me fait part sont négatifs. Je me souviens d'un ministre qui avait reconnu devant nous qu'il fallait améliorer le Pass/LAS. J'espère que nous ne retomberons pas dans les travers du *numerus clausus*. Il y a un peu plus de médecins diplômés qu'avant, mais pas autant que nous le souhaitons.

Nous devons réfléchir collectivement à une réforme profonde de la formation des médecins.

Bernard Jomier l'a dit, les délais d'attente de rendez-vous en ophtalmologie ont baissé dans les Hauts-de-France, de 9 mois à 4 mois. Mais l'on ne peut pas s'en satisfaire. En outre, la réalité n'est pas la même à Lille et dans le bassin minier où les délais demeurent compris entre 7 et 8 mois.

À Lille, il y a un centre hospitalier universitaire (CHU). Ce n'est pas le cas dans le Pas-de-Calais, seul département de 1,5 million d'habitants à ne pas en être doté. Lens ne dispose que d'un centre hospitalier (CH).

**Mme Corinne Imbert, rapporteure.** – Merci pour vos interventions nombreuses. Le débat est passionnant et passionné.

Je suis opposée à la rédaction de l'article 1<sup>er</sup> de la proposition de loi. J'ai fait le choix responsable de le réécrire pour favoriser l'adoption d'un texte par le Sénat, en le rapprochant de la rédaction de la proposition de loi Mouiller.

Je sais Jean-Luc Fichet très impliqué sur le sujet depuis longtemps. Depuis 2013, c'est peut-être la politique des petits pas, mais il y a eu des avancées, confrontées à une modification du rapport au travail. Auparavant, les professionnels libéraux ne mesuraient pas leur temps de travail. À l'occasion de la réforme des 35 heures, ils se sont mis à compter leurs heures. S'ajoute à ce phénomène l'importance croissante accordée à la qualité de vie.

J'espère que le débat en séance sera riche.

#### EXAMEN DES ARTICLES

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

**Mme Corinne Imbert, rapporteure.** – Mon amendement **COM-1** introduit dans ce texte les dispositions des articles 3 et 4 de la proposition de loi Mouiller.

*L'amendement COM-1 est adopté.*

*L'article 1<sup>er</sup> est ainsi rédigé.*

##### *Article 1<sup>er</sup> bis (nouveau)*

**Mme Corinne Imbert, rapporteure.** – Mon amendement **COM-2** vise à supprimer cet article.

*L'amendement COM-2 est adopté. En conséquence, les amendements **COM-8** et **COM-9** deviennent sans objet.*

*L'article 1<sup>er</sup> bis est supprimé.*

##### *Article 2*

*L'amendement rédactionnel **COM-3** est adopté.*

**Mme Corinne Imbert, rapporteure.** – Mon amendement **COM-4** vise à étendre aux patients dont le médecin traitant cesse son activité ou déménage l'obligation pour les caisses d'assurance maladie de fournir des informations sur les organisations coordonnées territoriales actives dans leur ressort, lorsqu'elles existent. Il s'agit d'accompagner ces patients dans la recherche d'un nouveau praticien susceptible d'assumer cette fonction.

*L'amendement COM-4 est adopté.*

**Mme Corinne Imbert, rapporteure.** – Mon amendement **COM-5** porte sur le caractère transitoire de la suppression de la majoration de ticket modérateur pour les patients sans médecin traitant.

*L'amendement COM-5 est adopté.*

*L'amendement de coordination **COM-6** est adopté.*

*L'article 2 est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.*

##### *Article 3*

**Mme Corinne Imbert, rapporteure.** – Mon amendement **COM-7** tend à reporter au 1<sup>er</sup> septembre 2030 l'obligation d'ouvrir une première année d'études de santé dans chaque département.

*L'amendement COM-7 est adopté.*

*L'article 3 est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.*

#### **Article 4**

L'article 4 est adopté sans modification.

#### **Article 5**

*L'article 5 est adopté sans modification.*

*La proposition de loi est adoptée dans la rédaction issue des travaux de la commission.*

### **TABLEAU DES SORTS**

<b>Auteur</b>	<b>N°</b>	<b>Objet</b>	<b>Sort de l'amendement</b>
<b>Article 1<sup>er</sup> : Soumission de l'installation des médecins de ville hors zones sous-denses à une cessation concomitante d'activité d'un confrère</b>			
<b>Mme IMBERT, rapporteure</b>	1	Réintroduction des dispositions des articles 3 et 4 de la proposition de loi visant à améliorer l'accès aux soins dans les territoires	<b>Adopté</b>
<b>Article 1<sup>er bis</sup> (nouveau) : Mise en place d'un indicateur territorial de l'offre de soins</b>			
<b>Mme IMBERT, rapporteure</b>	2	Suppression de l'article	<b>Adopté</b>
M. DAUBET	8	Ajout de nouveaux critères dans la construction de l'indicateur territorial de l'offre de soins	<b>Satisfait ou sans objet</b>
M. DAUBET	9	Actualisation de l'indicateur territorial de l'offre de soins en cours d'année	<b>Satisfait ou sans objet</b>
<b>Article 2 : Suppression de la majoration de ticket modérateur due au titre du non-respect du parcours de soins coordonnés en cas d'impossibilité de désigner un médecin traitant</b>			
<b>Mme IMBERT, rapporteure</b>	3	Clarification rédactionnelle	<b>Adopté</b>
<b>Mme IMBERT, rapporteure</b>	4	Extension de l'accompagnement à la recherche d'un nouveau médecin traitant aux patients dont le médecin traitant déménage ou part à la retraite	<b>Adopté</b>
<b>Mme IMBERT, rapporteure</b>	5	Caractère transitoire de la suppression de la majoration de ticket modérateur pour les patients ne parvenant pas à désigner de médecin traitant	<b>Adopté</b>
<b>Mme IMBERT, rapporteure</b>	6	Coordination juridique et clarification rédactionnelle	<b>Adopté</b>
<b>Article 3 : Territorialisation de la première année des études de santé</b>			
<b>Mme IMBERT, rapporteure</b>	7	Report au 1 <sup>er</sup> septembre 2030 de l'obligation d'ouvrir une première année d'études de santé dans chaque département	<b>Adopté</b>

**RÈGLES RELATIVES À L'APPLICATION DE L'ARTICLE 45  
DE LA CONSTITUTION ET DE L'ARTICLE 44 BIS, ALINÉA 3,  
DU RÈGLEMENT DU SÉNAT (« CAVALIERS »)**

---

Si le premier alinéa de l'article 45 de la Constitution, depuis la révision du 23 juillet 2008, dispose que « *tout amendement est recevable en première lecture dès lors qu'il présente un lien, même indirect, avec le texte déposé ou transmis* », le Conseil constitutionnel estime que cette mention a eu pour effet de consolider, dans la Constitution, sa jurisprudence antérieure, reposant en particulier sur « *la nécessité pour un amendement de ne pas être dépourvu de tout lien avec l'objet du texte déposé sur le bureau de la première assemblée saisie* »<sup>1</sup>.

De jurisprudence constante et en dépit de la mention du texte « transmis » dans la Constitution, le Conseil constitutionnel apprécie ainsi l'existence du lien par rapport au contenu précis des dispositions du texte initial, déposé sur le bureau de la première assemblée saisie<sup>2</sup>.

Pour les lois ordinaires, le seul critère d'analyse est le lien matériel entre le texte initial et l'amendement, la modification de l'intitulé au cours de la navette restant sans effet sur la présence de « cavaliers » dans le texte<sup>3</sup>. Pour les lois organiques, le Conseil constitutionnel ajoute un second critère : il considère comme un « cavalier » toute disposition organique prise sur un fondement constitutionnel différent de celui sur lequel a été pris le texte initial<sup>4</sup>.

En application des articles 17 *bis* et 44 *bis* du Règlement du Sénat, il revient à la commission saisie au fond de se prononcer sur les irrecevabilités résultant de l'article 45 de la Constitution, étant précisé que le Conseil constitutionnel les soulève d'office lorsqu'il est saisi d'un texte de loi avant sa promulgation.

---

<sup>1</sup> Cf. *commentaire de la décision n° 2010-617 DC du 9 novembre 2010 – Loi portant réforme des retraites.*

<sup>2</sup> Cf. *par exemple les décisions n° 2015-719 DC du 13 août 2015 – Loi portant adaptation de la procédure pénale au droit de l'Union européenne et n° 2016-738 DC du 10 novembre 2016 – Loi visant à renforcer la liberté, l'indépendance et le pluralisme des médias.*

<sup>3</sup> *Décision n° 2007-546 DC du 25 janvier 2007 – Loi ratifiant l'ordonnance n° 2005-1040 du 26 août 2005 relative à l'organisation de certaines professions de santé et à la répression de l'usurpation de titres et de l'exercice illégal de ces professions et modifiant le code de la santé publique.*

<sup>4</sup> *Décision n° 2020-802 DC du 30 juillet 2020 – Loi organique portant report de l'élection de six sénateurs représentant les Français établis hors de France et des élections partielles pour les députés et les sénateurs représentant les Français établis hors de France.*

En application du *vade-mecum* sur l'application des irrecevabilités au titre de l'article 45 de la Constitution, adopté par la Conférence des Présidents, la commission des affaires sociales a **arrêté**, lors de sa réunion du mercredi 27 mai 2026, **le périmètre indicatif de la proposition de loi n° 605 (2024-2025) visant à lutter contre les déserts médicaux, d'initiative transpartisane.**

Elle a considéré que **ce périmètre incluait** des dispositions relatives :

- aux conditions d'installation, de conventionnement et d'exercice des professionnels de santé ;

- aux compétences des agences et opérateurs sanitaires en matière d'accès aux soins ;

- au pilotage des politiques publiques d'accès aux soins et à la définition d'indicateurs associés ;

- aux conditions de prise en charge des assurés s'inscrivant hors du parcours de soins coordonnés ;

- à l'organisation de la formation initiale des professions de santé.

En revanche, la commission a estimé que ne présentaient **pas de lien, même indirect, avec le texte déposé**, des amendements relatifs :

- au statut et à l'organisation des établissements de santé, sociaux et médico-sociaux ;

- aux produits de santé ;

- aux conditions de représentation des professionnels de santé.

## LISTE DES PERSONNES ENTENDUES ET DES CONTRIBUTIONS ÉCRITES

---

### Auditions

- **Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam)**
  - Thomas Fatôme, directeur général
  - Emmanuel Frère-Lecoutre, directeur de l'offre de soins
  - Veronika Levendof, responsable de la mission relations avec le parlement et veille législative
- **Conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom)**
  - Pr Stéphane Oustric, président
  - Dr René-Pierre Labarrière, président de la section exercice professionnel
  - Julie Laubard, directrice des services juridiques
  - Caroline Nicet-Blanc, conseillère juridique responsable de la section exercice professionnel
  - Frédérique Darmon, directrice de cabinet
- **Avenir Spé - Le Bloc**
  - Dr Vincent Pradeau, co-président
  - Dr Philippe Cuq, co-président
- **Confédération des syndicats médicaux français (CSMF)**
  - Dr Franck Devulder, président
  - Dr Luc Duquesnel, président Les Généralistes CSMF
- **Fédération des médecins de France (FMF)**
  - Dr Patricia Lefébure, présidente
  - Dr Claude Bronner, président URPS Grand Est

- **Syndicat des médecins généralistes (MG France)**  
Dr Jean-Christophe Nogrette, secrétaire général  
Dr Fabienne Yvon, vice-présidente
- **Syndicat des médecins libéraux (SML)**  
Dr Sophie Bauer, présidente
- **Union française pour une médecine libre (UFML)**  
Dr Jérôme Marty, président  
Dr Valérie Briole, vice-présidente UFMLS
- **Direction de la sécurité sociale (DSS)**  
Clélia Delpech, sous-directrice du financement du système de soins  
Annabelle Arcadias, cheffe de bureau relations avec les professions de santé
- **Direction générale de l'offre de soins (DGOS)**  
Mickaël Benzaqui, sous-directeur chargé de l'accès aux soins et du premier recours

#### Contributions écrites

- **Association nationale des étudiants en médecine de France (Anemf)**
- **Intersyndicale nationale des internes (Isni)**
- **Intersyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale (Isnar-IMG)**

## LA LOI EN CONSTRUCTION

---

Pour naviguer dans les rédactions successives du texte, visualiser les apports de chaque assemblée, comprendre les impacts sur le droit en vigueur, le tableau synoptique de la loi en construction est disponible sur le site du Sénat à l'adresse suivante :

<https://www.senat.fr/dossier-legislatif/pp124-605.html>