

N° 589

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2021-2022

Enregistré à la Présidence du Sénat le 29 mars 2022

RAPPORT D'INFORMATION

FAIT

*au nom de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable (1) par la mission d'information sur les **perspectives de la politique d'aménagement du territoire et de cohésion territoriale (2)**, sur le volet « **renforcer l'accès territorial aux soins** »,*

Par M. Bruno ROJOUAN,

Sénateur

(1) Cette commission est composée de : M. Jean-François Longeot, *président* ; M. Didier Mandelli, Mmes Nicole Bonnefoy, Marta de Cidrac, MM. Joël Bigot, Rémy Pointereau, Frédéric Marchand, Guillaume Chevrollier, Mme Marie-Claude Varailles, MM. Jean-Pierre Corbisez, Pierre Médevielle, Ronan Dantec, *vice-présidents* ; M. Cyril Pellevat, Mme Angèle Préville, MM. Pascal Martin, Bruno Belin, *secrétaires* ; MM. Jean-Claude Anglars, Jean Bacci, Étienne Blanc, François Calvet, Michel Dagbert, Mme Patricia Demas, MM. Stéphane Demilly, Michel Dennemont, Gilbert-Luc Devinaz, Mme Nassimah Dindar, MM. Gilbert Favreau, Jacques Fernique, Mme Martine Filleul, MM. Fabien Genet, Hervé Gillé, Éric Gold, Daniel Gueret, Mmes Nadège Havet, Christine Herzog, MM. Jean-Michel Houllegatte, Olivier Jacquin, Gérard Lahellec, Mme Laurence Muller-Bronn, MM. Louis-Jean de Nicolay, Philippe Pemezec, Mmes Évelyne Perrot, Marie-Laure Phinera-Horth, Kristina Pluchet, MM. Jean-Paul Prince, Bruno Rojouan, Mme Denise Saint-Pé, MM. Philippe Tabarot, Pierre-Jean Verzelen.

(2) Cette mission d'information est composée de : M. Bruno Belin, Mmes Patricia Demas, Martine Filleul, Christine Herzog et M. Bruno Rojouan, *rapporteurs*, MM. Jean-Claude Anglars, Joël Bigot, Jean-Pierre Corbisez, Gilbert-Luc Devinaz, Jacques Fernique, Fabien Genet, Daniel Gueret, Jean-François Longeot, Frédéric Marchand, Pierre Médevielle, Mme Laurence Muller-Bronn, M. Jean-Pierre Prince, Mme Marie-Claude Varailles.

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
L'ESSENTIEL.....	5
LISTE DES PROPOSITIONS ADOPTÉES PAR LA COMMISSION.....	15
RAPPORT	19
I. FAIRE FACE À L'URGENCE EN OPTIMISANT LE TEMPS MÉDICAL DISPONIBLE AU BÉNÉFICE DES PATIENTS	23
A. DÉCHARGER LE MÉDECIN DU TEMPS ADMINISTRATIF EN FAISANT DE LUI LE COORDONNATEUR AU SERVICE DU PARCOURS DE SOINS DES PATIENTS	24
B. RENFORCER L'OFFRE DE SOINS DE PROXIMITÉ EN FLUIDIFIANT LA RÉPARTITION DES TÂCHES ENTRE PROFESSIONS DE SANTÉ ET PROFESSIONS PARAMÉDICALES.....	27
C. RENDRE PLUS AVANTAGEUX LE CUMUL EMPLOI-RETRAITE POUR CONFORTER LE TEMPS MÉDICAL DANS UN CONTEXTE MARQUÉ PAR UNE DÉMOGRAPHIE DÉFAVORABLE.....	30
D. GARANTIR L'ATTRACTIVITÉ DES PROFESSIONS MÉDICALES ET SOUTENIR LES PROFESSIONNELS EN EXERCICE	31
E. SOUTENIR LE DÉPLOIEMENT DE LA TÉLÉMÉDECINE QUI FACILITE L'ACCÈS AUX SOINS DES POPULATIONS RÉSIDANT DANS LES TERRITOIRES SOUS-DOTÉS	33
II. PROMOUVOIR ET FACILITER L'EXERCICE DANS LES ZONES SOUS- DENSES	38
A. CORRIGER LES DÉSÉQUILIBRES MÉDICAUX TERRITORIAUX LES PLUS FLAGRANTS EN AGISSANT SUR L'INSTALLATION DES MÉDECINS.....	44
B. INCITER LES COLLECTIVITÉS TERRITORIALES À INSTAURER DES GUICHETS UNIQUES À DESTINATION DES PROFESSIONS MÉDICALES.....	46
C. AUGMENTER LE NOMBRE DE TERRAINS DE STAGE DANS LES ZONES SOUS- DENSES ET LEVER LES FREINS À LEUR ATTRACTIVITÉ	52
1. <i>Accompagner la progression du nombre de terrains de stage dans les zones sous-denses</i>	52
2. <i>Lever les obstacles matériels qui pèsent sur l'attractivité des stages en zones sous-denses pour les étudiants et les internes</i>	53
D. RENFORCER L'ATTRACTIVITÉ DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE EN CRÉANT UNE 4 ^E ANNÉE DE MÉDECINE GÉNÉRALE PROFESSIONNALISANTE	56
E. ACCROÎTRE LES INCITATIONS À EXERCER DANS LES ZONES SOUS-DENSES ET CONFORTER LA BONNE DESSERTÉ PHARMACEUTIQUE DU TERRITOIRE ...	58

F. ACCOMPAGNER LE REGROUPEMENT DES MÉDECINS ET L'EXERCICE EN PLUSIEURS LIEUX	61
III. ACCROÎTRE LES CAPACITÉS DE FORMATION UNIVERSITAIRE ET DÉCONCENTRER UNE PARTIE DES DÉCISIONS EN MATIÈRE D'OFFRE MÉDICALE.....	62
A. ACCROÎTRE DE MANIÈRE SUBSTANTIELLE LES CAPACITÉS DE FORMATION DES FACULTÉS ET DES INSTITUTS DE FORMATION	63
B. DIVERSIFIER L'ORIGINE DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE POUR FAVORISER DES INSTALLATIONS TERRITORIALES MIEUX RÉPARTIES	67
C. DÉCONCENTRER LES PROCESSUS DE DÉCISION EN MATIÈRE D'OFFRE DE SOINS LIBÉRALE	70
EXAMEN EN COMMISSION.....	73
LISTE DES PERSONNES ENTENDUES	89

L'ESSENTIEL

Garantir à chacun, quel que soit son lieu de résidence, l'accès aux soins nécessités par son état de santé : telle est la ligne directrice que s'est fixée la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable dans cette nouvelle **contribution à la résorption des « déserts médicaux »**, après deux précédents rapports d'information, en 2013 et en 2020.

Malgré les mises en garde et faute d'avoir mis en œuvre les recommandations anciennes et récurrentes de la commission, les **inégalités territoriales d'accès aux soins continuent de se creuser** et une partie croissante de la population éprouve de grandes difficultés à organiser son parcours de soins dans de bonnes conditions : **renoncements aux soins, délais d'attente et nombre de Français sans médecin traitant** obligent, en effet, à envisager des solutions innovantes pour **réduire de toute urgence les fractures médicales entre les territoires**.

Sur proposition du rapporteur Bruno Rojouan, la commission recommande, à l'unanimité, une combinaison ambitieuse et pragmatique de mesures d'équilibrage territorial de l'offre de soins, libératrices de temps médical et d'accroissement du nombre de professionnels de santé formés, en associant les collectivités territoriales qui sont en première ligne.

Le temps médical est une ressource rare et la situation médicale va encore se dégrader au cours de la décennie à venir. Forte de ce constat, la commission propose d'agir pour faire face à l'urgence, favoriser l'exercice médical dans les zones sous-denses et renforcer les capacités de formation de l'Université, afin de garantir l'équité territoriale en matière d'accès aux soins.

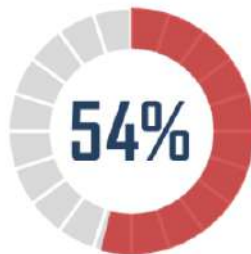
Les chiffres accablants de la désertification médicale



I. FAIRE FACE À L'URGENCE EN OPTIMISANT LE TEMPS MÉDICAL DISPONIBLE AU BÉNÉFICE DES PATIENTS



des médecins estiment que la répartition entre temps médical et temps administratif s'est détériorée depuis 2016



seulement des médecins encourageraient un jeune à devenir médecin aujourd'hui

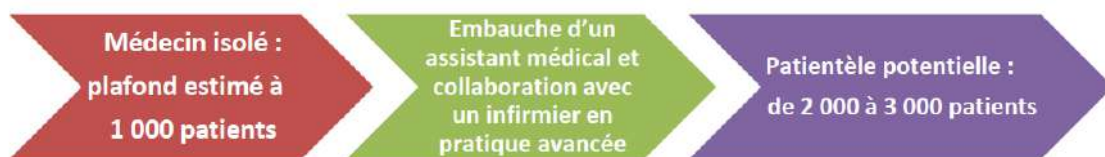


des médecins jugent prioritaire et important de lutter contre les inégalités territoriales d'accès aux soins

Source : Enquête « Soigner demain » du Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM).

A. DÉCHARGER LE MÉDECIN DU TEMPS ADMINISTRATIF ET FLUIDIFIER LA RÉPARTITION DES TÂCHES ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ

« Le temps médical, sous toutes ses facettes, est cannibalisé par le poids du temps administratif ». La formule utilisée par le CNOM illustre bien l'impérieuse nécessité d'**augmenter le temps médical** en déchargeant le médecin de la gestion de la complexité administrative. Cette exigence est d'autant plus cruciale que les attentes sociales envers le médecin sont fortes, particulièrement dans les zones sous-denses. **45 % des médecins** sont en situation de *burnout*.



- ⇒ Accompagner de manière plus volontariste la **montée en puissance des assistants médicaux** et permettre le **recrutement d'un assistant médical pour un ou plusieurs médecins** dans les territoires sous-dotés.
- ⇒ Créer le **statut d'infirmier en pratique avancée praticien**, permettre aux pharmaciens de renouveler les prescriptions médicales, élargir la dispensation sous protocole, expérimenter l'accès direct à certaines professions médicales et **accroître les gestes médicaux prodigués par d'autres professionnels** avec des protocoles sécurisés.

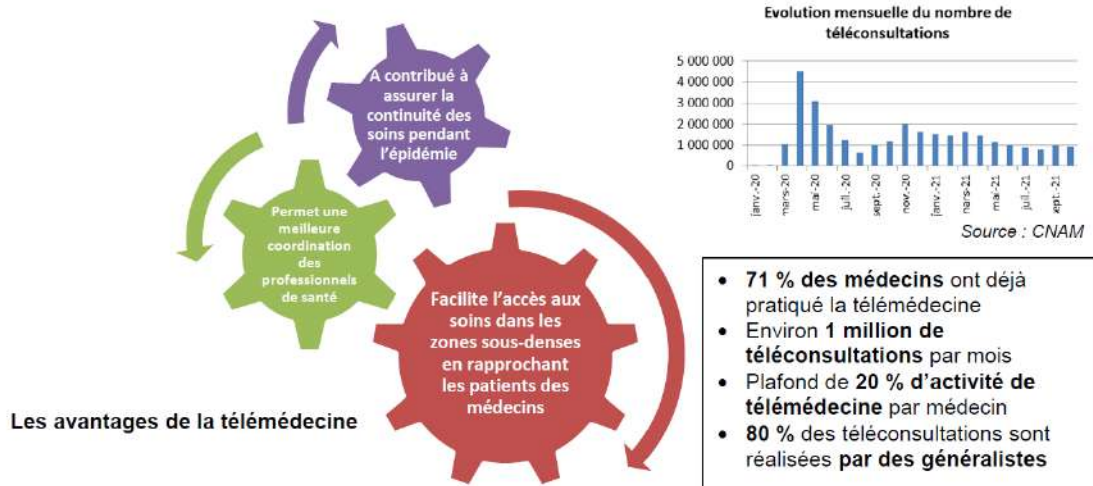
B. GARANTIR L'ATTRACTIVITÉ DES PROFESSIONS MÉDICALES ET RENDRE PLUS INCITATIF LE CUMUL EMPLOI-RETRAITE

« Le métier de médecin, une vocation de plus en plus lourde à porter » : après des études longues et éprouvantes, un exercice exigeant et une vaste amplitude horaire, les jeunes praticiens éprouvent de plus en plus une **peur à l'installation**. En outre, la valeur de l'acte médical en France est l'une des plus faibles d'Europe et le sentiment d'une perte d'attractivité du métier de médecin se fait jour. Il faut donc **soutenir l'exercice libéral**, essentiel au bon maillage territorial des soins de ville et garant de l'équité territoriale en matière de santé.

Par ailleurs, aujourd'hui 12 422 médecins sont en situation de cumul emploi-retraite, ce qui contribue à **lisser, de manière artificielle, les baisses de temps médical consécutives aux départs à la retraite**, plus importants que les arrivées de jeunes médecins formés. Même s'il s'agit d'une situation transitoire, ce temps médical est précieux et doit être mieux valorisé.

- ⇒ **Relever les honoraires de consultation** des médecins généralistes de secteur 1 à **30 €**, sans augmentation du reste à charge pour les patients.
- ⇒ Rendre plus **attractive la poursuite de l'activité médicale par les médecins retraités** dans les zones sous-denses par l'exonération des cotisations retraite.

C. SOUTENIR LE DÉPLOIEMENT DE LA TÉLÉMÉDECINE



Depuis le début de la crise sanitaire, la **télémédecine est progressivement entrée dans le quotidien des Français** : son recours s'est banalisé et sa contribution à l'accès aux soins est apparue avec évidence. Même si cette modalité ne doit pas constituer l'unique voie d'entrée dans le parcours de soins, il convient de **faciliter son usage**, en accompagnant

prioritairement les patients résidant dans les territoires sous-denses éloignés du numérique.

- ⇒ Garantir le **remboursement sans condition** par l'Assurance Maladie des **téléconsultations pour les patients résidant en zone d'intervention prioritaire**.
- ⇒ Encourager le **déploiement de bornes de téléconsultation** dans les territoires sous-denses en instaurant un accompagnement par un professionnel de santé.

II. PROMOUVOIR ET FACILITER L'EXERCICE DANS LES ZONES SOUS-DENSES

Les zones d'intervention prioritaire (ZIP)

- **Zones les plus fragiles** en termes d'offre de soins : 30,2 % des Français
- Médecins éligibles aux **aides conventionnelles** et aux **exonérations fiscales**

Les zones d'action complémentaire (ZAC)

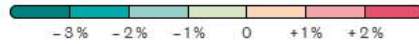
- Zones fragiles, mais à un niveau moins préoccupant : 42 % des Français
- Médecins éligibles aux **aides des ARS** et des **collectivités territoriales**

A. CORRIGER LES DÉSÉQUILIBRES MÉDICAUX LES PLUS FLAGRANTS EN AGISSANT SUR L'INSTALLATION DES MÉDECINS

Les écarts de densité médicale sont particulièrement marqués entre départements et l'accessibilité aux soins des Français continue de se détériorer : **près d'un tiers des Français résident aujourd'hui dans un « désert médical »**. Le nombre de médecins généralistes par rapport à la population a diminué en moyenne d'1 % par an entre 2017 et 2021 et les **trois quarts des départements subissent une érosion de leur densité médicale**.

Densité médicale

Evolution moyenne annuelle de la densité de médecins généralistes



2017-2021



Carte publiée dans *Le Monde* du 15 mars 2022.

Sources : Recensements de la population, Insee ; ASIP-Santé RPPS - Drees, ministère de la santé.

Données au 1^{er} janvier du millésime.

Conception et calculs : Emmanuel Vigneron, professeur honoraire des universités, *Infographie Le Monde*.

En considérant la pyramide des âges des médecins et la restriction du nombre d'étudiants du fait du *numerus clausus*, **si rien n'est fait, le pire est devant nous**. La perspective d'une **décennie noire** en termes de démographie médicale est une réalité. Ces constats accablants imposent des **mesures fortes** et des **solutions innovantes** pour garantir une meilleure répartition territoriale des professionnels de santé. Il en va de l'**équité territoriale** et du **respect du pacte républicain**.

- ⇒ Instaurer un **Conseil national d'orientation de l'accès territorial aux soins** et des commissions départementales de la démographie médicale.
- ⇒ **Conditionner**, dans les zones sur-dotées, **l'installation à la cessation d'activité** d'un médecin exerçant la même spécialité pour une meilleure répartition territoriale.

- ⇒ Instaurer un **conventionnement sélectif temporaire** pour rééquilibrer les installations dans les territoires sous-dotés et rompre avec les fractures médicales inacceptables.

B. INCITER LES COLLECTIVITÉS TERRITORIALES À INSTAURER DES GUICHETS UNIQUES

Après une décennie d'aides à l'installation qui n'ont pas produit les résultats escomptés, les élus locaux éprouvent une forme de **lassitude** devant les **difficultés à attirer et retenir les professions de santé**. Il ne saurait être question de **fonder une politique d'attractivité médicale sur les seules aides financières**, dont les effets n'ont pas été mesurés à ce jour.

Il faut mobiliser d'autres leviers d'aménagement du territoire : pour les jeunes praticiens, le **bien-être et la qualité de vie priment sur le salaire**. L'accompagnement humain est également fondamental : les collectivités territoriales seraient particulièrement indiquées pour **donner de la lisibilité territoriale à un projet d'installation** et apporter une **aide individualisée aux professionnels de santé ainsi qu'aux étudiants**.

- ⇒ **Évaluer les dispositifs incitatifs à l'installation** des professionnels de santé pour en finir avec les aides inopérantes.
- ⇒ **Favoriser la création de guichets uniques**, instruments de l'attractivité médicale des territoires et points d'entrée des professions de santé et des étudiants.

C. AUGMENTER LE NOMBRE DE TERRAINS DE STAGE DANS LES ZONES SOUS-DENSES ET LEVER LES FREINS À LEUR ATTRACTIVITÉ



La **connaissance et l'attachement à un territoire** facilitent la décision d'installation des professions de santé. C'est pourquoi les terrains de stage constituent des opportunités pour favoriser la découverte des territoires sous-denses : les **incitations au choix d'un stage** sont donc stratégiques.

Pourtant, ce n'est pas le cas aujourd'hui. Le **système indemnitaire désincite les étudiants à choisir des terrains de stage éloignés** de leurs lieux de formation : l'indemnité de transport n'a par exemple pas été revalorisée depuis 2014. Il convient de **corriger au plus vite cette distorsion** qui pénalise les territoires sous-dotés.

- ⇒ Renforcer l'attractivité du statut de **maître de stage des universités (MSU) dans les zones sous-denses** en majorant les honoraires pédagogiques de **30 %**.

- ⇒ Revaloriser et procéder à la **barémisation des indemnités de transport** pour un meilleur déploiement des internes de médecine générale dans les zones sous-denses.
- ⇒ **Favoriser l'accueil des étudiants en santé dans tous les territoires** et expérimenter des internats ruraux dans les zones d'intervention prioritaire.

D. RENFORCER L'ATTRACTIVITÉ DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE EN CRÉANT UNE QUATRIÈME ANNÉE PROFESSIONNALISANTE

À la différence des internes des autres spécialités médicales, le troisième cycle de médecine générale ne dure que trois ans. Son harmonisation à 4 ans permettrait de valoriser cette spécialité tout en favorisant l'exercice dans les zones sous-denses, grâce à une meilleure couverture territoriale des **docteurs junior**, qui exercent des fonctions de prévention, de diagnostic et de soins sous le régime de l'autonomie supervisée.

Cette proposition se justifie par la **démographie médicale particulièrement fragile des médecins généralistes** et le **caractère stratégique de la médecine de premier recours**.

- ⇒ Créer une **4^e année de troisième cycle pour la médecine générale** qui permettrait l'arrivée de 3 900 médecins junior, prioritairement dans les zones sous-denses.
- ⇒ **Accroître le nombre d'étudiants en médecine générale** en élevant de 40 à 50 % le nombre de places dédiées lors des épreuves de fin de deuxième cycle.

E. RENFORCER LES INCITATIONS À EXERCER DANS LES ZONES SOUS-DENSES, ACCOMPAGNER LE REGROUPEMENT DES MÉDECINS ET L'EXERCICE EN PLUSIEURS LIEUX

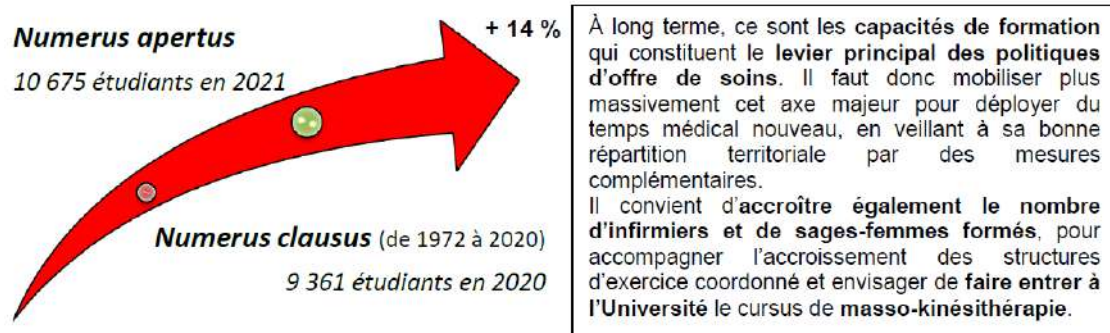
L'**exercice multisite** des médecines est une **solution alternative à l'installation** qui permet d'accroître le temps médical sur un territoire donné et de **libérer du temps médical supplémentaire dans les zones sous-denses**. Sur cet aspect, les collectivités territoriales pourraient mettre à disposition des lieux d'exercice adaptés à la pratique ponctuelle de la médecine ; pour les y aider, une **dotation spécifique** pourrait être créée, afin de **ne pas faire peser sur elles la charge d'une politique publique dont la responsabilité incombe à l'État**.

- ⇒ Créer une **dotation de lutte contre la désertification médicale** pour aider les collectivités territoriales dans leurs actions en faveur de l'accès aux soins.
- ⇒ Développer une **offre de soins itinérante** dans les territoires les plus ruraux.

- ⇒ Majorer l'aide au bénéfice des médecins exerçant dans les zones sous-denses, **défisicaliser les permanences de soins** dans ces mêmes zones et **majorer les droits à retraite** au terme de 3 ou 5 ans d'exercice dans une zone d'intervention prioritaire.

III. ACCROÎTRE LES CAPACITÉS DE FORMATION UNIVERSITAIRE ET DÉCONCENTRER UNE PARTIE DES DÉCISIONS EN MATIÈRE D'OFFRE MÉDICALE

A. REHAUSSER DE MANIÈRE SUBSTANTIELLE LES CAPACITÉS DE FORMATION DES FACULTÉS ET DES INSTITUTS DE FORMATION



- ⇒ **Accroître significativement les capacités de formation des facultés de médecine** et recruter des enseignants supplémentaires en médecine générale, trop peu nombreux.
- ⇒ **Rehausser le nombre de places à l'internat dans les spécialités les plus attractives** au sein des régions ayant des difficultés à attirer de nouveaux internes.

B. DIVERSIFIER L'ORIGINE DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE POUR FAVORISER DES INSTALLATIONS TERRITORIALES MIEUX RÉPARTIES

Avec à peine 8 % de fils ou filles d'ouvriers et une majorité d'enfants de cadres et de professions intellectuelles supérieures, les **étudiants en médecine sont majoritairement issus de classes sociales favorisées**. Leur réussite est, de plus, étroitement corrélée aux origines socio-économiques. Il convient d'être bien plus ambitieux pour **favoriser la diversité**, afin de former de nouveaux profils d'étudiants répondant mieux aux besoins des zones sous-denses.

- ⇒ **Diversifier l'origine sociale et géographique des étudiants en santé** par un système d'accompagnement et de bourses pour les étudiants issus de zones sous-denses.

C. DÉCONCENTRER LES PROCESSUS DE DÉCISION EN MATIÈRE D'OFFRE DE SOINS LIBÉRALE

La politique de santé relève aujourd'hui de la seule responsabilité de l'État, qui doit garantir « *la continuité, l'accessibilité, la qualité, la sécurité et l'efficacité de la prise en charge de la population, en tenant compte des spécificités géographiques, démographiques et saisonnières de chaque territoire, afin de concourir à l'équité territoriale* » (code de la santé publique). **Ni l'engagement du législateur ni la parole de l'État ne sont à cet égard respectés.** Cet échec est d'autant plus cuisant qu'il n'existe pas de mécanismes correctifs ni d'instance responsable des inégalités territoriales d'accès aux soins. Il faut donc y remédier au plus vite.

Par ailleurs, les collectivités territoriales, face aux carences de l'État, n'ont pas ménagé leurs efforts pour apporter des réponses aux attentes médicales de leurs habitants. Mais elles sont démunies : il convient donc de **renforcer leurs moyens juridiques et financiers**, dans la continuité des avancées de la loi « 3DS » du 21 février 2022, afin que l'échelon territorial puisse contribuer à la vision stratégique et à l'élaboration des mesures pour répondre aux inégalités d'accès aux soins.

- ⇒ Réaffirmer la mission de service public du système de santé et développer la notion de **responsabilité populationnelle territoriale**.
- ⇒ **Mieux associer les élus dans l'organisation de proximité des soins**, dans une logique de subsidiarité, renforcer les moyens alloués aux délégations départementales des ARS et leur octroyer des compétences décisionnelles.

LISTE DES PROPOSITIONS ADOPTÉES PAR LA COMMISSION

AXE 1 : Face à l'urgence, libérer du temps médical, mieux coordonner le parcours de santé des patients et valoriser l'expertise des médecins

Proposition 1 : Pour réduire le temps administratif qui gaspille du temps médical, accompagner de manière bien plus volontariste la montée en puissance des assistants médicaux, prioritairement dans les territoires sous-dotés, afin d'accroître le temps-médecin consacré aux soins.

Proposition 2 : Dans les zones sous-denses, permettre le recrutement d'un assistant médical pour un ou plusieurs médecins en levant la condition d'exercice regroupée pour le versement de l'aide au recrutement par la CNAM et accompagner financièrement l'aménagement du cabinet pour accueillir l'assistant médical dans de bonnes conditions.

Proposition 3 : Pour assurer la pérennité, le développement et l'attractivité de l'exercice en pratique avancée, créer le statut d'infirmier en pratique avancée praticien, en prévoyant des mesures adéquates de revalorisation et de financement.

Proposition 4 : Permettre aux pharmaciens de renouveler toute prescription, dès lors qu'il existe une prescription d'origine faisant état d'un diagnostic avéré et élargir l'accès à la dispensation sous protocole, qui permet au pharmacien de délivrer au patient un ou des médicaments à prescription médicale obligatoire sans disposer d'ordonnance, dans le cadre de protocoles simplifiés.

Proposition 5 : Expérimenter l'accès direct aux masseurs-kinésithérapeutes et orthophonistes afin d'économiser une partie du temps médical consacré à l'orientation du parcours de soins des patients.

Proposition 6 : Rendre plus avantageuse la poursuite de l'activité médicale par les médecins retraités dans les zones sous-denses, en les exonérant du paiement des cotisations retraite, afin de lisser les baisses de temps médical occasionnées par les départs à la retraite.

Proposition 7 : Intégrer la formation à l'entreprise médicale libérale et au management d'une équipe pendant les études de deuxième et troisième cycles et renforcer l'accompagnement à la gestion administrative du contrat de début d'exercice.

Proposition 8 : Afin d'accompagner les responsabilités nouvelles du médecin dans la prise en charge des patients, relever les honoraires de consultation d'un médecin généraliste de secteur 1 à 30 €, sans augmentation du reste à charge pour les patients.

Proposition 9 : Encourager le déploiement de bornes de téléconsultation en zones sous-denses dans des lieux identifiés et faciles d'accès, avec un accompagnement par un infirmier libéral ou un professionnel de santé.

Proposition 10 : Garantir le remboursement sans condition par l'Assurance Maladie des téléconsultations pour les patients résidant en zones sous-denses.

AXE 2 : Rééquilibrer le maillage territorial des professionnels de santé grâce à des leviers nouveaux pour rompre avec une démographie médicale inacceptable

Proposition 11 : Afin de mieux cerner les difficultés territoriales d'accès aux soins et décliner des objectifs pertinents d'accessibilité dans chaque territoire, instaurer un Conseil national d'orientation de l'accès territorial aux soins et des commissions départementales de la démographie médicale.

Proposition 12 : Conditionner, dans les zones sur-dotées, l'installation à la cessation d'activité d'un médecin exerçant la même spécialité afin de favoriser une meilleure répartition territoriale des médecins.

Proposition 13 : Instaurer un conventionnement sélectif temporaire pour rééquilibrer les installations dans les territoires sous-dotés.

Proposition 14 : Évaluer les dispositifs incitatifs à l'installation des professionnels de santé, en particulier les médecins, pour en finir avec les aides inopérantes, en affectant, le cas échéant, les crédits ainsi libérés à l'augmentation des aides les plus efficaces ou à d'autres leviers d'amélioration de la démographie médicale.

Proposition 15 : Favoriser la création par les collectivités territoriales de guichets uniques, points d'entrée des professionnels de santé ainsi que des étudiants et instruments de l'attractivité médicale des territoires.

Proposition 16 : Accroître l'incitation financière à devenir maître de stage des universités, en particulier dans les zones sous-denses, simplifier les modalités d'accès de formation à la maîtrise de stage et viser un objectif de 20 000 maîtres de stage des universités d'ici 3 ans.

Proposition 17 : Procéder à la barémisation des indemnités de transport et prévoir une revalorisation annuelle prenant en compte l'évolution du coût de la mobilité, pour un meilleur déploiement territorial des internes de médecine générale, en particulier dans les zones sous-denses, et organiser une concertation sur l'opportunité de verser les indemnités de transport aux étudiants en maïeutique, pharmacie et masso-kinésithérapie.

Proposition 18 : Favoriser l'accueil des étudiants en santé dans les zones d'intervention prioritaire, en concertation avec les collectivités territoriales et expérimenter des internats ruraux dans les zones sous-denses.

Proposition 19 : Créer une quatrième année de troisième cycle pour la médecine générale qui permettrait l'envoi annuel de 3 900 médecins junior, prioritairement dans les zones sous-denses.

Proposition 20 : Accroître le nombre d'étudiants en médecine générale en passant de 40 % à 50 % le nombre de places dédiées à cette spécialité lors des épreuves de fin du deuxième cycle des études de médecine.

Proposition 21 : Créer une dotation de lutte contre la désertification médicale afin de permettre notamment aux collectivités territoriales d'accueillir des permanences médicales de professionnels de santé exerçant hors de leur cabinet principal.

Proposition 22 : Développer une offre de soins itinérante dans les territoires ruraux, avec des bus équipés et financés par les agences régionales de santé et mis à disposition des professionnels.

Proposition 23 : Afin d'accroître l'incitation à exercer dans les territoires à la démographie médicale en tension, majorer l'aide en faveur des médecins exerçant en zone sous-dense de 10 % à 20 % des honoraires de leur activité conventionnée, assouplir les conditions pour en bénéficier, défiscaliser les permanences de soins dans les zones sous-dotées et majorer les droits à retraite au terme de 3 ou 5 ans d'exercice dans une zone d'intervention prioritaire.

Proposition 24 : Mettre en place un moratoire sur les fermetures de pharmacies quand elles ne sont pas reprises immédiatement et permettre la prolongation des gérances après décès pour éviter l'apparition de « déserts pharmaceutiques ».

Proposition 25 : Simplifier les modalités de création des structures de coopération médicale pour améliorer la prise en charge et les parcours de santé des patients en allégeant les contraintes administratives pesant sur la rédaction et la validation des projets de santé.

AXE 3 : Se donner les moyens d'une santé accessible à tous par des capacités de formation renforcées et une association plus étroite de l'échelon territorial

Proposition 26 : Accroître significativement les capacités de formation des facultés de médecine pour tirer pleinement parti de la levée du *numerus clausus* et recruter des enseignants en médecine générale, trop peu nombreux.

Proposition 27 : Rehausser le nombre de places à l'internat dans les spécialités les plus attractives au sein des régions ayant davantage de difficultés à attirer de nouveaux internes.

Proposition 28 : Envisager la possibilité que le cursus de masso-kinésithérapie soit universitaire pour lever les contraintes financières pesant sur le choix de cette spécialité.

Proposition 29 : Diversifier l'origine sociale et géographique des étudiants en santé et instaurer des bourses pour les étudiants issus de zones sous-dotées.

Proposition 30 : Réaffirmer la mission de service public du système de santé en rappelant la nécessité de mécanismes correctifs en faveur de l'équité territoriale et développer la notion de responsabilité populationnelle territoriale.

Proposition 31 : Mieux associer les élus locaux dans l'organisation de proximité des soins, dans une logique de subsidiarité et de connaissance territoriale plus fine et renforcer la place des maires au sein de la gouvernance des hôpitaux, réduite depuis la suppression des conseils d'administration.

Proposition 32 : Renforcer les moyens alloués aux délégations départementales des agences régionales de santé et leur octroyer des compétences décisionnelles au niveau territorial.

RAPPORT

La notion de « désert médical » fait florès depuis une dizaine d'années. Abondamment utilisé dans le débat public, ce vocable traduit de manière éloquente, bien que réductrice, les **inégalités territoriales croissantes en matière médicale** et les **difficultés d'accès aux soins primaires dans certains bassins de vie**. L'accessibilité des professionnels de santé et la crainte d'une désertification médicale de leur territoire figurent au premier rang des préoccupations exprimées par les habitants à leurs élus locaux, à telle enseigne que la présence d'un médecin dans une commune est aujourd'hui devenue un marqueur de l'attractivité d'un territoire.

La complexité que rencontrent certains de nos concitoyens à organiser leurs parcours de soins est corroborée par un ensemble de données convergentes. Parmi les nombreux indicateurs disponibles, ces difficultés peuvent être notamment objectivées en ayant recours au taux de **renoncement aux soins** et aux **délais d'attente** avant un rendez-vous, phénomènes entraînant des retards dans la prise en charge des patients et de leurs pathologies et susceptibles d'occasionner, dans les cas les plus graves, des pertes de chance.

Une étude de la Drees¹ a montré que **3,1 % des personnes de 16 ans ou plus** vivant en France métropolitaine (soit 1,6 million de personnes) **ont renoncé à des soins médicaux en 2017**. Ce phénomène est amplifié pour les personnes pauvres en conditions de vie, qui ont trois fois plus de risques de renoncer à des soins que les autres. Quand ils résident dans une zone très sous-dotée en médecins généralistes, leur **risque est plus de huit fois supérieur à celui du reste de la population**. Par ailleurs, un sondage de 2019² a révélé que 51 % des personnes interrogées ayant affirmé avoir renoncé à des soins l'ont fait pour des raisons liées aux insuffisances de la démographie médicale (24 % du fait d'un délai d'attente trop important, 19 % par impossibilité d'obtenir un rendez-vous dans les horaires souhaités et 8 % par éloignement géographique).

¹ *Renoncement aux soins : la faible densité médicale est un facteur aggravant pour les personnes pauvres*, Aude Lapinte et Blandine Legendre (Drees), *Études et résultats* n° 1200, paru le 28 juillet 2021.

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) est une direction de l'administration centrale des ministères sanitaires et sociaux qui existe depuis 1998.

² Sondage « Les Français et le renoncement aux soins », réalisé par OpinionWay pour « Les Échos » et Harmonie Mutuelle.

Sur l'aspect des délais d'attente, une étude de la Drees de 2018¹ a montré que « *les temps d'attente sont plus longs dans les communes où l'accessibilité géographique aux professionnels de santé est faible, notamment dans les petits et moyens pôles et dans les communes hors influence des pôles* ». Le tableau ci-dessous illustre la **grande variabilité des délais d'attente selon les professionnels**.

TABLEAU 1
Délai d'attente selon le professionnel contacté

En nombre de jours

	Moyenne	Premier décile	Premier quartile	Médiane	Troisième quartile	Dernier décile
Médecins généralistes	6	0	0	2	5	11
Médecins spécialistes						
Cardiologue	50	7	17	37	66	104
Dermatologue	61	6	20	50	92	126
Gynécologue	44	5	14	32	58	93
Ophthalmologiste	80	4	20	52	112	189
Pédiatre	22	0	0	8	34	64
Radiologue	21	1	4	11	27	48
Rhumatologue	45	3	13	31	59	96
Autre professionnel de santé						
Chirurgien-dentiste	28	2	7	17	37	67

Note • Les effectifs sont pondérés.
Lecture • En moyenne, chez les médecins généralistes, il s'écoule 6 jours entre la prise de contact et le rendez-vous. 25 % des prises de contact aboutissent à un rendez-vous dans la journée, 50 % en 2 jours ou moins et 50 % en plus de 2 jours ; 10 % des demandes se concluent par un rendez-vous dans un délai d'au moins 11 jours.
Champ • Personnes âgées de 20 à 71 ans en 2016, affiliées au régime général de la Sécurité sociale ou à une section locale mutualiste, France métropolitaine.
Source • DREES, enquête sur les délais d'attente en matière d'accès aux soins 2016-2017, résultats provisoires.

Dans la continuité de ses précédents travaux sur le sujet², la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable a décidé de se saisir à nouveau du sujet, partant du constat que **l'accès des Français aux professionnels de santé se détériore**. Le présent rapport n'entend pas dresser un panorama exhaustif et détaillé de l'offre insuffisante de médecins et des autres professionnels de santé dans certains territoires. Les lecteurs intéressés par les aspects statistiques et historiques de la problématique se référeront avec profit aux rapports susmentionnés de la commission, aux nombreuses études de la Drees ou au récent rapport de la délégation aux collectivités territoriales du Sénat³, qui présentent de façon plus étayée les difficultés croissantes d'accès aux soins dans notre pays et proposent de surcroît une analyse des facteurs qui expliquent la situation actuelle.

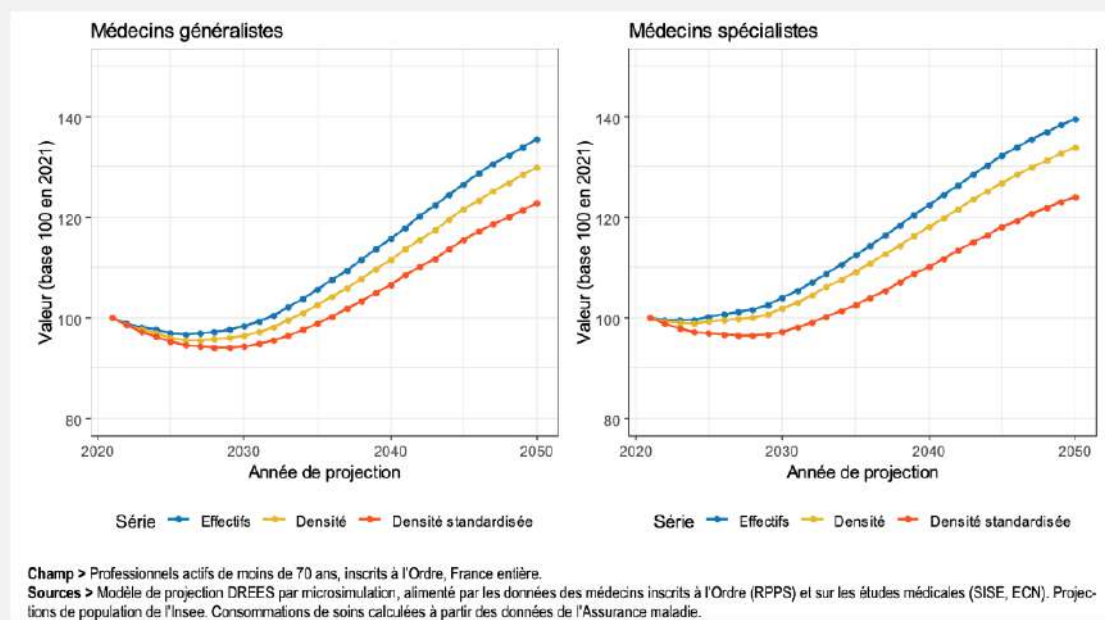
¹ La moitié des rendez-vous sont obtenus en 2 jours chez le généraliste, en 52 jours chez l'ophthalmologiste, Christelle Millien, Hélène Chaput (Drees), Marie Cavillon (K. Stat Consulting), *Études et résultat n° 1085, octobre 2018*.

² Déserts médicaux : l'État doit enfin prendre des mesures courageuses ! rapport d'information n° 282 (2019-2020) du 29 janvier 2020 d'Hervé Maurey et Jean-François Longeot.
 Déserts médicaux : agir vraiment, rapport d'information n° 335 (2012-2013) du 5 février 2013 d'Hervé Maurey.

³ Les collectivités à l'épreuve des déserts médicaux : l'innovation territoriale en action, rapport d'information n° 63 (2021-2022) du 14 octobre 2021 de Philippe Mouiller et Patricia Schillinger.

En dépit des mesures prises pendant ce quinquennat, notamment le Plan pour l'égal accès aux soins dans les territoires et la stratégie « Ma Santé 2022 », la **démographie médicale est toujours sous tension** et le nombre de Français éloignés des professionnels de santé bien trop élevé. Ce constat est d'autant plus préoccupant que les projections des effectifs de médecins établies par la Drees font état, à *législation constante*, d'une **diminution des effectifs jusqu'en 2024** - avec un point bas de 209 000 médecins en activité, soit 2,7 % de moins qu'en 2020 - et un retour au niveau actuel seulement à l'horizon 2030, ainsi que l'illustrent les courbes ci-dessous¹.

Graphique 1 • Effectifs, densité et densité standardisée pour les médecins généralistes et les médecins spécialistes, projetés entre 2021 et 2050 (Anguis, et al., 2021)



Source : Drees.

Un double phénomène accentue la gravité de la situation : l'augmentation et le vieillissement de la population. Si rien n'est fait, compte tenu des dynamiques démographiques, la **densité médicale continuera à décroître en France dans les prochaines années**. Cette baisse est d'autant plus préoccupante si l'on considère la hausse des besoins de soins induite par le vieillissement et la dépendance. D'après les projections de la Drees, « la densité médicale standardisée retrouverait son niveau actuel seulement au milieu des années 2030 » : en d'autres termes, **en matière de difficulté d'accès aux soins, le pire est devant nous**.

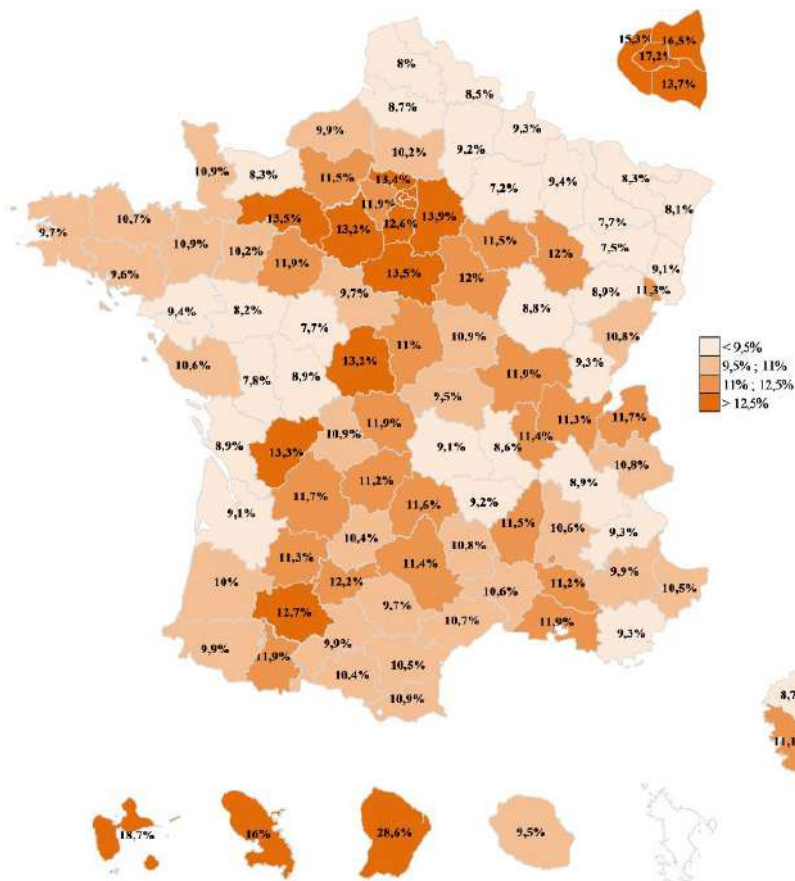
¹ *Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutiques ? Constat et projections démographiques*, Marie Anguis, Maxime Bergeat, Jacques Pisarik, Noémie Vergier, Hélène Chaput, mars 2021, accessible au lien ci-après : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-03/DD76_0.pdf

Par ailleurs, le nombre de **Français sans médecin traitant au 30 juin 2021 représente 11 % de la population** des patients consommant de 17 ans et plus, ainsi que l'illustre le tableau ci-après. Ce taux progresse d'ailleurs de 1,2 point depuis 2017.

	Effectif de patients sans MT	Taux de patients sans MT
PATIENTS TOUS REGIMES	5 959 000	11,0%
Hommes	3 409 000	13,3%
Femmes	2 551 000	9,0%
Sans ALD	5 339 000	12,9%
En ALD	620 000	4,9%
17-29 ans	2 136 000	20,8%
30-39 ans	1 055 000	12,5%
40-49 ans	904 000	10,6%
50-59 ans	754 000	8,5%
60-69 ans	546 000	6,9%
70-79 ans	335 000	5,6%
80 ans et plus	228 000	5,7%

Source : données fournies par la CNAM au questionnaire du rapporteur.

Cartographie des patients sans médecin traitant par département (données au 30 juin 2021)



Source : CNAM.

Ces constats accablants **nous obligent à envisager un ensemble de mesures pour corriger les effets à long terme du *numerus clausus*** – malgré sa levée à la rentrée universitaire 2020-2021 – et **de la liberté d’installation sur la répartition des médecins**, tout en **libérant du temps médical**, ressource trop précieuse pour être gaspillée. Il convient de tirer dès à présent les leçons de la crise sanitaire qui a montré la fragilité d’un système de santé hospitalo-dépendant et l’importance vitale de la médecine de ville pour la prise en charge des patients.

C’est animé par cet esprit que le présent rapport entend proposer des solutions, en articulant différents horizons temporels pour répondre en premier lieu à l’urgence, mais aussi consolider dans la durée les ressources médicales afin de réduire les fractures médicales et sanitaires. Celles-ci sont d’autant plus inadmissibles que **la protection de la santé s’est progressivement affirmée comme un objectif de valeur constitutionnelle¹** et que le chapitre liminaire du code de la santé publique² consacre le « *droit fondamental à la protection de la santé* » et garantit « *l’égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé* ». Il ne s’agit rien moins ici que de tenir la promesse républicaine affirmée par le législateur et rappelée par le juge constitutionnel.

I. FAIRE FACE À L’URGENCE EN OPTIMISANT LE TEMPS MÉDICAL DISPONIBLE AU BÉNÉFICE DES PATIENTS

Le présent rapport repose sur la conviction qu’il n’existe pas de solution miracle et qu’aucune mesure prise isolément ne saurait être suffisante ou efficace. En raison du caractère multifactoriel de la démographie médicale et du creusement des inégalités territoriales, le rapporteur s’est forgé la conviction, au cours des auditions, que **seul un ensemble de mesures coordonnées permettra d’améliorer, durablement et de manière pérenne, l’accès aux soins**.

Un certain nombre de solutions ne produiront leurs effets qu’au terme d’une période assez longue, notamment l’augmentation du nombre d’étudiants en santé, dont la durée de la formation peut excéder dix ans. Ainsi, la levée du *numerus clausus*³, nécessaire pour permettre l’accroissement du nombre de professionnels de santé, a été une réponse trop tardive pour répondre aux besoins actuels de la population, sachant que **trois quarts des bassins de vie français font face à un taux d’évolution**

¹ *Décision n° 2012-248 QPC du 16 mai 2012, M. Mathieu E. [Accès aux origines personnelles], cons. 6. Aux termes du préambule de la Constitution de 1946, la Nation « garantit à tous, notamment à l’enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs ».*

² *En son article L. 1110-1.*

³ *Par la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l’organisation et à la transformation du système de santé.*

annuel de la densité des médecins généralistes négatif depuis 2006 et que plus de 30 % de la population nationale est située en zone d'intervention prioritaire, c'est-à-dire les zones les plus fragiles en termes d'offre de soins. Autrement dit, il est de plus en plus difficile de conserver un maillage médical sur l'ensemble du territoire et d'assurer la linéarité et la cohérence du parcours de soins de chaque patient.

Les efforts de formation et l'installation de nouveaux professionnels ne sont pas les seules actions à envisager, dans la mesure où elles ne permettront pas de relever les défis de la décennie difficile qui s'annonce : il faut mobiliser des leviers à court terme pour **libérer et accroître le temps médical dans les zones sous tension**. Améliorer l'offre de soins et sa répartition territoriale passe à la fois par des politiques d'installation et des politiques de soutien aux professionnels de santé exerçant dans ces zones. Afin de réduire autant que possible les effets pervers et désincitatifs des mesures proposées, **le rapporteur a souhaité que la liberté reste la règle et les solutions de régulation l'exception**, quand aucun autre moyen n'est opératoire pour répondre aux nécessités pressantes induites par les inégalités de démographie médicale. La mission d'information part du principe que le meilleur moyen de favoriser l'attractivité médicale consiste à agir sur les conditions de travail des médecins en exercice : c'est d'ailleurs un présupposé qui s'appuie sur l'analyse scientifique.

A. DÉCHARGER LE MÉDECIN DU TEMPS ADMINISTRATIF EN FAISANT DE LUI LE COORDONNATEUR AU SERVICE DU PARCOURS DE SOINS DES PATIENTS

Selon l'enquête « Soigner demain » du CNOM¹, « les médecins considèrent que le temps médical, sous toutes ses facettes, est cannibalisé par le poids du temps administratif ». Plus de 8 médecins sur 10 estiment que la répartition entre temps médical et temps administratif s'est détériorée ces dernières années et 2 médecins sur 3 jugent ne pas avoir assez de temps dans leur exercice professionnel pour suivre des actions de formation continue. 82 % des médecins estiment qu'il faut de manière prioritaire augmenter le temps médical en réduisant la complexité administrative.

L'étude menée en 2021 par l'institut BVA pour l'Assurance Maladie² parvient aux mêmes constats : les médecins interrogés déplorent un « sentiment de surmenage », des « missions administratives omniprésentes » et le « sentiment de faire de la médecine au rabais ». La littérature

¹ Conseil national de l'ordre des médecins, « Soigner demain, la parole aux médecins », février 2022, enquête en ligne ayant recueilli les réponses de 16 800 médecins, dont 1 355 étudiants internes en médecine.

² Le dispositif d'aide à l'embauche des assistants médicaux, étude réalisée par BVA pour l'Assurance maladie, mars 2021, transmise au rapporteur par la Caisse nationale d'assurance maladie.

scientifique corrobore les ressentis des médecins : d'après une étude récente de chercheurs et médecins du CHU de Clermont-Ferrand, près de 45 % des médecins généralistes sont en situation de *burnout* et près de 5 % en *burnout* sévère (principalement les praticiens hommes entre 50 et 60 ans) ; le principal facteur de risque est la forte charge de travail, avec plus de 28 rendez-vous par jour ou plus de 50 heures par semaine¹.

Proposition 1 : Pour réduire le temps administratif qui gaspille du temps médical, accompagner de manière bien plus volontariste la montée en puissance des assistants médicaux, prioritairement dans les territoires sous-dotés, afin d'accroître le temps-médecin consacré aux soins.

Les **assistants médicaux** procurent une aide précieuse aux médecins, tout en libérant du temps médical au profit des patients. Ils **secondent et appuient les professionnels de santé** dans un ensemble de tâches administratives et soignantes : ils favorisent l'accès aux soins des patients, assurent de meilleures conditions d'exercice en permettant au médecin de se recentrer sur les soins tout en améliorant la prise en charge et le suivi des patients.

L'éventail de leurs missions est varié, avec une prédominance de tâches administratives : accueil des patients, gestion des contacts téléphoniques, mise à jour du dossier du patient, facturation, protocoles, scan des résultats des bilans. Selon l'étude BVA précitée, les assistants médicaux perçoivent leurs missions comme stimulantes et attrayantes, du fait de la proximité des patients.

Malgré l'augmentation du nombre de patients pris en charge par médecin traitant, de 907 patients en 2017 à 941 en 2021, un médecin libéral exerçant seul ne peut accroître sa patientèle au-delà d'un certain seuil, avec un plafond empirique estimé à 1 000 patients. Les assistants médicaux sont une solution pour accroître la capacité de prise en charge des patients, d'autant que les mentalités des professionnels de la santé évoluent, avec de jeunes médecins qui se détournent de l'exercice solitaire. Nous assistons progressivement à la fin du modèle du médecin isolé et l'émergence d'une multiplicité de modèles d'installation. La médecine de ville évolue vers une médecine d'équipe et de parcours de soins coordonnés.

¹ Burnout in French General Practitioners: A Nationwide Prospective Study, *Dutheil F, Parreira LM, Eismann J, Lesage FX, Balayssac D, Lambert C, Clinchamps M, Pezet D, Pereira B, Le Roy B. Int. J. Environ. Res. Public Health. 2021 Nov 16;18(22):12044.*

Le financement des assistants médicaux par la CNAM

Dans le cadre de l'avenant 7 à la convention médicale du 20 juin 2019, l'aide au recrutement d'un assistant médical concerne les médecins exerçant (sauf exception) de manière regroupée, dans un cabinet d'au moins 2 médecins ou exerçant déjà de manière coordonnée (maisons de santé pluriprofessionnelles, équipes de soins primaires, équipes de soins spécialisés ou communautés professionnelles territoriales de santé).

Le montant de l'aide varie de 12 000 à 36 000 euros la première année, décroît la deuxième et se stabilise la troisième année et les suivantes, de 7 000 à 21 000 €. Pour être éligibles à cette aide, les médecins généralistes doivent avoir un nombre de patients les ayant choisis pour médecin traitant de plus de 640, ce qui exclut de facto les 30 % de médecins ayant les plus faibles patientèles. Le dispositif prévoit que le médecin s'engage à augmenter sa patientèle proportionnellement au niveau de financement qu'il reçoit de l'Assurance Maladie : en contrepartie du financement, un objectif individuel de progression de la patientèle est fixé, déterminé en fonction de la taille de la patientèle du médecin traitant ou de sa file active telle qu'observée en fonction des données disponibles au moment de la signature de l'accord. Les engagements ne sont pas vérifiés les deux premières années : ce n'est qu'à compter de la troisième année que l'aide versée est modulée en fonction de l'atteinte des engagements prévus en termes de patientèle.

Au 1^{er} février 2022, on dénombre **2 809 contrats d'assistants médicaux** (pour 1 486 ETP) signés avec les caisses d'assurance maladie par 2 150 généralistes et 560 spécialistes, dont 1 406 contrats signés en zone sous-dense. D'après la CNAM, les assistants médicaux ont permis d'augmenter de 1 077 156 patients la file active, qui correspond au total des patients vus au moins une fois dans l'année soit en hospitalisation, soit en consultation, soit en visite à domicile.

Ce chiffre reste cependant bien inférieur aux objectifs fixés par le Gouvernement de 4 000 assistants en 2022 : il est nécessaire d'accroître les efforts de formation et de financement pour l'atteinte de cette cible et de faire désormais preuve de plus d'ambition.

Le recours aux assistants médicaux permet de **repositionner le médecin au centre de la relation avec sa patientèle** et augmente significativement la file active de patients : le binôme médecin-assistant médical favorise l'accès aux soins d'un plus grand nombre de patients, en organisant le temps médical d'une façon plus efficiente, avec un accompagnement humain en amont et en aval de la consultation pour le patient.

Étant donné les bénéfices avérés du déploiement des assistants médicaux - réduction des délais de rendez-vous et accueil de nouveaux patients, satisfaction exprimée par les médecins qui y ont recours, formation rapide de ces personnels -, il importe d'accompagner massivement le déploiement des assistants médicaux exerçant auprès des médecins libéraux, en assouplissant notamment la prise en charge de leur financement dans les

zones sous-denses, là où leur effet levier sur la patientèle est le plus fort. Un **objectif de 10 000 assistants médicaux d'ici 2024 pourrait être fixé**, pour surmonter le cap difficile du point le plus bas en termes de médecins en exercice et éviter que les difficultés d'accès aux soins ne s'aggravent encore.

Proposition 2 : Dans les zones sous-denses, permettre le recrutement d'un assistant médical pour un ou plusieurs médecins en levant la condition d'exercice regroupée pour le versement de l'aide au recrutement par la CNAM et accompagner financièrement l'aménagement du cabinet pour accueillir l'assistant médical dans de bonnes conditions.

B. RENFORCER L'OFFRE DE SOINS DE PROXIMITÉ EN FLUIDIFIANT LA RÉPARTITION DES TÂCHES ENTRE PROFESSIONS DE SANTÉ ET PROFESSIONS PARAMÉDICALES

Libérateurs de temps médical, les partages de compétence sont envisagés depuis près d'une décennie comme une réponse aux difficultés d'accès aux soins : ils permettent en effet de rapprocher les soins des territoires en étendant les compétences de professions globalement mieux réparties sur le territoire. Les zones sous-denses souffrent en effet bien souvent d'un déficit chronique d'organisation des tâches, avec des médecins qui se retrouvent seuls, sans confrère, pour organiser les parcours de soins et assurer la continuité des soins.

La loi de modernisation de notre système de santé de 2016 a créé en droit national un régime général¹ définissant les **pratiques avancées**, permettant à des professionnels paramédicaux d'exercer des missions et des compétences plus étendues, jusque-là dévolues aux seuls médecins. Un décret de juillet 2018 a décliné ce régime aux infirmiers de pratiques avancées².

Les infirmiers en pratique avancée (IPA) disposent de compétences élargies, à l'interface de l'exercice infirmier et de l'exercice médical. Dans le cadre d'un protocole d'expérimentation, les IPA responsables du suivi régulier des patients pour leurs pathologies ont la possibilité de prescrire des examens complémentaires, demander des actes de suivi et de prévention, mais également renouveler ou adapter, si nécessaire, certaines prescriptions médicales. Principale profession concernée par la pratique avancée, le nombre total d'IPA devrait être de l'ordre de 1 700 en juillet 2022. Au rythme actuel des inscriptions, le seuil des 5 000 infirmiers en pratique avancée

¹ Inscrit à l'article L. 4301-1 du code de la santé publique.

² Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée.

risque de n'être pas atteint avant 2026 ou 2027. Et lorsque les 5 000 IPA seront formés, ils ne représenteront que 0,7 % de l'ensemble des 764 000 infirmiers.

Le rapporteur recommande donc d'**accroître l'attractivité économique de cette modalité d'exercice** pour les étudiants infirmiers qui choisissent cette voie, qui nécessite deux années de formation complémentaire et débouche sur des responsabilités accrues. Un doublement du nombre d'IPA formés chaque année (moins de 800 à ce jour) serait souhaitable pour une meilleure projection territoriale du temps médical.

Les réflexions autour de la pratique avancée ont fait l'objet d'une actualité renouvelée, avec la publication en janvier 2022 du rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), « *Trajectoire pour de nouveaux partages des compétences entre professionnels de santé* », qui a évalué les protocoles de coopérations entre professionnels de santé et la mise en place des infirmiers en pratique avancée, examiné la question de l'ouverture de la pratique avancée aux infirmiers spécialisés ainsi que l'opportunité de créer une profession de santé intermédiaire. La mission préconise de différencier deux types de pratiques avancées : celle des infirmiers en pratique avancée « spécialisés » et celle des infirmiers en pratique avancée « praticiens ». Selon les auteurs du rapport, la **création d'IPA praticiens** permettrait l'intervention de ces **professionnels de santé en soins primaires et en population générale sur des pathologies courantes et bénignes** pour améliorer l'offre de soins dans les territoires en libérant du temps médical.

Proposition 3 : Pour assurer la pérennité, le développement et l'attractivité de l'exercice en pratique avancée, créer le statut d'infirmier en pratique avancée praticien, en prévoyant des mesures adéquates de revalorisation et de financement.

De plus, cette **montée en compétence favorise l'attractivité médicale du territoire** où exercent les infirmiers en pratique avancée. Une équipe de professionnels paramédicaux impliqués est le gage de bonnes conditions d'installation pour les jeunes médecins, qui portent une attention croissante à la qualité de l'écosystème de santé et des soins. Pour le patient, ces coopérations renforcées permettent notamment le partage du suivi des malades chroniques et la réduction des délais d'accès aux soins non programmés. C'est la raison pour laquelle le rapporteur estime nécessaire d'**améliorer la connaissance et la collaboration des professionnels de santé dès leur formation initiale**, dans le but d'améliorer et de fluidifier les parcours de soins.

Dans cette optique, le **dispositif des infirmiers Asalée** (Actions de SAnté Libérale En Équipe) créé en 2004 **démontre toute l'utilité de la délégation de tâches et le gain de temps médical induit**. Il permet l'accompagnement individuel, par un infirmier spécifiquement formé, de patients atteints de maladies chroniques au sein du cabinet médical, dans une logique de coopération, de valorisation de compétences paramédicales et de satisfaction des besoins médicaux du patient, tout en libérant du temps médical. En 2019, ce dispositif concernait environ 700 infirmières et 3 000 médecins. Une étude de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes) de 2019¹ a montré que « *l'entrée dans le dispositif Asalée a un impact positif et significatif sur la taille de la patientèle du médecin* » et que « *la délégation d'une partie de l'activité des médecins généralistes aux infirmières semblerait libérer du temps médical que les médecins allouent à l'accroissement de la taille de leur patientèle* ». Le rapporteur plaide pour une meilleure connaissance de ce dispositif et la montée en puissance de cette solution qui améliore à la fois l'accompagnement de patients atteints de maladies chroniques, dont le nombre ne fait que croître, et la capacité de prise en charge des médecins.

Par ailleurs, les professionnels de santé que sont les **pharmaciens ont également un rôle à jouer dans la réduction des difficultés d'accès aux soins**. En 2019, 488 communes disposaient sur leur territoire d'une pharmacie, mais pas de médecin², constituant ainsi les seuls points d'accès aux soins de proximité du territoire. Les nouvelles compétences des pharmaciens contribuent à l'amélioration de l'accès aux soins dans les territoires, par exemple en matière de vaccination ou de renouvellement périodique des traitements par le pharmacien correspondant.

Proposition 4 : Permettre aux pharmaciens de renouveler toute prescription, dès lors qu'il existe une prescription d'origine faisant état d'un diagnostic avéré et élargir l'accès à la dispensation sous protocole, qui permet au pharmacien de délivrer au patient un médicament à prescription médicale obligatoire sans disposer d'ordonnance, dans le cadre de protocoles simplifiés.

Si la centralité du médecin dans le parcours de soins est incontestable, il apparaît cependant nécessaire, dans le contexte de raréfaction préoccupante du temps médical, d'évoluer vers un **accroissement des gestes médicaux prodigués par d'autres professionnels de santé**, tels

¹ *La coopération avec une infirmière modifie-t-elle l'activité du médecin généraliste ? L'impact du dispositif Asalée, Questions d'économie de la santé n° 241 - avril 2019.*

² *Donnée issue des réponses du Conseil national de l'ordre des pharmaciens au questionnaire du rapporteur.*

que les pharmaciens ou les infirmiers de pratique avancée. De même, l'accès direct à certaines professions de santé pourrait être envisagé pour une plus grande fluidité des parcours de santé.

Proposition 5 : Expérimenter l'accès direct aux masseurs-kinésithérapeutes et orthophonistes afin d'économiser une partie du temps médical consacré à l'orientation du parcours de soins des patients.

Afin de rationaliser le temps médical et ne pas faire peser la charge des soins de ville sur les seuls médecins, il serait particulièrement pertinent de **redéfinir, de manière concertée, consensuelle et sécurisée, les compétences entre les différentes professions médicales, mais également paramédicales et médico-sociales**, sous la forme par exemple d'États-généraux de la santé ambulatoire, en explorant la notion de responsabilité populationnelle¹. Celle-ci fait actuellement l'objet d'une expérimentation dans cinq territoires depuis 2018 (Deux-Sèvres, Cornouailles, Douaisis, Haute-Saône et Aube) autour du diabète de type II et de l'insuffisance cardiaque. La prise en compte des besoins des habitants dans la constitution du projet de santé tout comme leur participation à la mise en œuvre de ces projets, reconnue sous le terme de « **santé participative** », fait également l'objet d'une expérimentation jusqu'au 31 décembre 2023 auprès de 26 structures situées dans un quartier prioritaire de la ville ou à proximité.

Un accroissement de la complémentarité entre la médecine hospitalière et la médecine de ville est également à envisager, pour décloisonner des raisonnements en silo qui se concentrent sur l'offre de soins au détriment de la demande de soins.

C. RENDRE PLUS AVANTAGEUX LE CUMUL EMPLOI-RETRAITE POUR CONFORTER LE TEMPS MÉDICAL DANS UN CONTEXTE MARQUÉ PAR UNE DÉMOGRAPHIE DÉFAVORABLE

En 2021, la Caisse autonome de retraite des médecins de France (CARMF) recense **12 422 médecins en cumul emploi-retraite**. Un médecin retraité peut exercer une activité libérale professionnelle sans limitation de revenus, à deux conditions : bénéficier d'une retraite de base à

¹ Définie à l'article L. 1434-10 du code de la santé publique de la façon suivante : « 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. »

taux plein ou avoir atteint de l'âge de la retraite à taux plein et avoir liquidé l'ensemble de ses retraites auprès des régimes de retraite obligatoire.

Par construction, ce dispositif de continuation d'activité ne peut être une solution pérenne, mais il présente l'avantage d'augmenter temporairement cette ressource précieuse qu'est le temps médical, notamment dans les zones sous-denses en cas de difficulté à trouver un remplaçant.

Cependant, aux termes de la loi du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraite, les médecins en cumul emploi-retraite continuent à cotiser à leurs régimes de retraite sans acquérir de droits dans quelque régime légal de retraite que ce soit, de base ou complémentaire. Pour amener plus de médecins retraités à poursuivre une activité libérale, même à temps partiel, et ainsi accroître le temps médical disponible, le législateur pourrait accroître l'incitation à maintenir cette activité, avec une formule équitable qui ne solliciterait pas les finances publiques : l'exonération de tout ou partie des cotisations retraite.

Proposition 6 : Rendre plus avantageuse la poursuite de l'activité médicale par les médecins retraités dans les zones sous-denses, en les exonérant du paiement des cotisations retraite, afin de lisser les baisses de temps médical occasionnées par les départs à la retraite.

D. GARANTIR L'ATTRACTIVITÉ DES PROFESSIONS MÉDICALES ET SOUTENIR LES PROFESSIONNELS EN EXERCICE

Au cours des différentes auditions du rapporteur, beaucoup d'acteurs - aussi bien les syndicats de médecins, les doyens de faculté que le Conseil national de l'ordre - s'accordent sur la **pénibilité de l'exercice de la médecine**, la forte charge de travail et l'investissement de tous les instants qui n'est pas toujours reconnu.

Les **études de médecine sont longues et difficiles** et se caractérisent par un **taux d'abandon élevé** : 18,4 % d'après les projections de la Drees, soit près d'un étudiant formé sur cinq qui ne deviendra pas médecin. Le rapporteur plaide pour qu'une **étude spécifique puisse être conduite pour mieux comprendre les raisons de ces abandons** qui obèrent la progression du nombre de médecins formés (qualité de la formation, conditions de travail lors des stages, charge de travail des internes, santé mentale des étudiants, déshumanisation des soins pointée par certaines associations d'étudiants en médecine, etc.). À la lumière des constats, des mesures correctives pertinentes pourraient être prises en concertation avec les

facultés et les syndicats d'étudiants pour diminuer ce taux d'abandon, qui contribue au retard de l'amélioration de la démographie médicale.

Plusieurs syndicats d'étudiants ont également pointé une forme de « **peur à l'installation** », à l'issue d'une formation initiale qui prépare surtout à l'exercice hospitalier et non à l'exercice libéral, qui suppose des compétences managériales et comptables. Cette inquiétude des jeunes docteurs peut notamment conduire à un report de l'installation et au prolongement des périodes de remplacement. L'ordonnance du 12 mai 2021¹, en ouvrant la possibilité pour les professionnels de santé d'être salariés d'une maison de santé, peut contribuer à libérer certains jeunes praticiens de l'inquiétude concernant le risque économique à l'installation.

Proposition 7 : Intégrer la formation à l'entreprise médicale libérale et au management d'une équipe pendant les études de deuxième et troisième cycles et renforcer l'accompagnement à la gestion administrative du contrat de début d'exercice.

L'entrée dans la carrière médicale en libéral se caractérise également par un temps de travail important et de fortes attentes sociales. Ce contexte explique en partie la **baisse d'attractivité des professions médicales pour les jeunes générations**, dont l'arbitrage entre travail et loisirs n'est plus le même que celui de leurs aînés. De manière symptomatique, dans son enquête précitée « *Soigner demain* », le CNOM utilise la formule lapidaire « *le métier de médecin, une vocation de plus en plus lourde à porter* », en l'illustrant par quelques données qui doivent nous interroger : seulement 70 % des répondants choisiraient à nouveau d'embrasser cette profession et seuls 54 % encourageraient un jeune à devenir médecin aujourd'hui. Le CNOM parle d'un « *sentiment de perte d'attractivité du métier de médecin* », avec pendant la crise une forte proportion de médecins ressentant de l'**anxiété** (50 %), de la **lassitude** (56 %) et de la **colère** (45 %). Un interne sur quatre a même ressenti de la **peur**.

En outre, la valeur de l'acte médical d'un médecin généraliste est l'une des plus basses d'Europe. Depuis le 1^{er} mai 2017, le tarif d'une consultation de médecin généraliste de secteur 1 sans dépassement d'honoraires est de 25 €. Près de 94 % des médecins généralistes appliquent ce tarif, insuffisant pour leur permettre d'investir afin de répondre aux besoins de santé des territoires sous-denses, de l'avis des syndicats de médecins entendus par le rapporteur. Il est aujourd'hui temps de **valoriser l'expertise de la consultation médicale**, d'autant plus dans un contexte

¹ Ordonnance n° 2021-584 du 12 mai 2021 relative aux communautés professionnelles territoriales de santé et aux maisons de santé.

propice aux délégations de tâches, avec des consultations potentiellement plus longues et moins nombreuses. Le nombre de consultations et visites par médecin généraliste libéral en activité à part entière s'établit à environ 5 000 actes par an, un chiffre en légère baisse depuis 20 ans (- 2 % entre 2000 et 2019). Le nombre d'actes réalisés aujourd'hui est probablement un peu inférieur, dans la mesure où les syndicats de médecins entendus en audition ont souligné que la crise sanitaire a contribué à l'allongement de la durée des consultations.

Plusieurs pistes sont envisageables, à l'instar d'une valorisation en lien avec le nombre de patients pris en charge ou des expérimentations de rémunération à la capitation, qui nécessiteront néanmoins des réflexions plus approfondies avant leur mise en œuvre. D'application plus immédiate serait la valorisation du tarif d'une consultation de médecin généraliste de secteur 1, qui ne doit cependant pas être supportée par les patients en raison des renoncements aux soins et de l'aggravation de l'accès aux soins que cela ne manquerait pas de générer.

Proposition 8 : Afin d'accompagner les responsabilités nouvelles du médecin dans la prise en charge des patients, relever les honoraires de consultation d'un médecin généraliste de secteur 1 à 30 €, sans augmentation du reste à charge pour les patients.

E. SOUTENIR LE DÉPLOIEMENT DE LA TÉLÉMÉDECINE QUI FACILITE L'ACCÈS AUX SOINS DES POPULATIONS RÉSIDANT DANS LES TERRITOIRES SOUS-DOTÉS

Loin d'être la solution miracle vantée par certains pour résoudre le problème de l'éloignement médical, les technologies numériques appliquées en santé constituent néanmoins une opportunité pour faciliter l'accès aux soins dans les zones sous-denses et rapprocher les patients des médecins. Le **potentiel de la télémédecine est double** : tout en facilitant la couverture sanitaire de populations en zones sous-denses, elle peut aussi contribuer à libérer du temps médical dans ces territoires. Le numérique peut ainsi contribuer à réduire les inégalités, en **apportant du temps médical sans déplacer les médecins dans les zones sous-denses** grâce à la téléconsultation et en **favorisant la mobilité professionnelle des médecins**, en leur permettant d'exercer physiquement dans une zone sous-dense quelques jours par semaine. Les solutions numériques de santé permettent également une meilleure coordination des professionnels de santé.

La télémédecine constitue un moyen opportun de pallier certaines consultations en présentiel, voire de traiter ponctuellement des patients sans

solution d'offre médicale, mais il n'est **pas souhaitable que la télémédecine devienne l'unique voie d'entrée dans le parcours de santé**. Le toucher et la palpation sont des éléments majeurs de la prise en charge et du diagnostic des symptômes du patient. Il est important de préserver l'alternance entre consultations à distance et consultations physiques entre le soignant et le soigné : à défaut, **le risque de développement d'une médecine à deux vitesses** est bien réel, numérique pour les moins favorisés et humaines pour les plus favorisés.

Les médecins eux-mêmes sont partagés sur l'intérêt du recours à la télémédecine : selon l'enquête « Soigner demain », 44 % des médecins pensent que la télémédecine permettra d'améliorer l'accès aux soins et 55 % pensent le contraire. Certains praticiens considèrent que la télémédecine peut aboutir à un nouveau profil de patient « consommateur », plutôt jeune, utilisant facilement les nouvelles technologies, au détriment des patients habitant une zone de faible densité médicale.

Le législateur a accompagné le développement de la télémédecine depuis un peu plus d'une dizaine d'années en lui donnant une assise juridique et en organisant les modalités de sa prise en charge par l'Assurance Maladie. L'encadré ci-dessous en récapitule les principales étapes et le cadre juridique en vigueur.

La progressive prise en charge de la télémédecine

Le cadre juridique de la télémédecine a été posé pour la première fois en France par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 (article 78) et le décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010.

Jusqu'en 2018, la télémédecine a été conçue et déployée dans un cadre expérimental avec des financements portés par les fonds d'interventions régionaux qui ont contribué à préparer un financement de droit commun.

La convention médicale signée en août 2016 a constitué la première étape qui a ouvert les premiers remboursements d'actes de télémédecine par l'Assurance Maladie, en créant 2 actes de suivi des patients en EHPAD, l'un de téléexpertise et l'autre de téléconsultation.

L'avenant n° 6 à la convention médicale, signé en juin 2018, a permis de faire entrer dans le droit commun le remboursement par l'Assurance Maladie des actes de téléconsultation (septembre 2018) et de téléexpertise (février 2019).

Des précisions sur la mise en œuvre des aménagements et exceptions aux grands principes conditionnant la prise en charge de la téléconsultation ont depuis été introduites par l'avenant n° 8 à la convention médicale et plus récemment par l'avenant n° 9, qui simplifie et élargit le cadre de la prise en charge, notamment pour les patients résidant en zones sous-denses.

Les actes de téléconsultation sont pris en charge sous réserve de répondre à 3 conditions :

- inscription dans le respect du parcours de soins coordonné avec orientation préalable du médecin traitant ;
- alternance obligatoire nécessaire de consultations en présentiel et de téléconsultations ;
- inscription dans une logique d'ancrage territorial aux soins.

Des aménagements sont prévus afin de faciliter l'accès aux soins pour tous, notamment en zones sous-denses, à l'instar de :

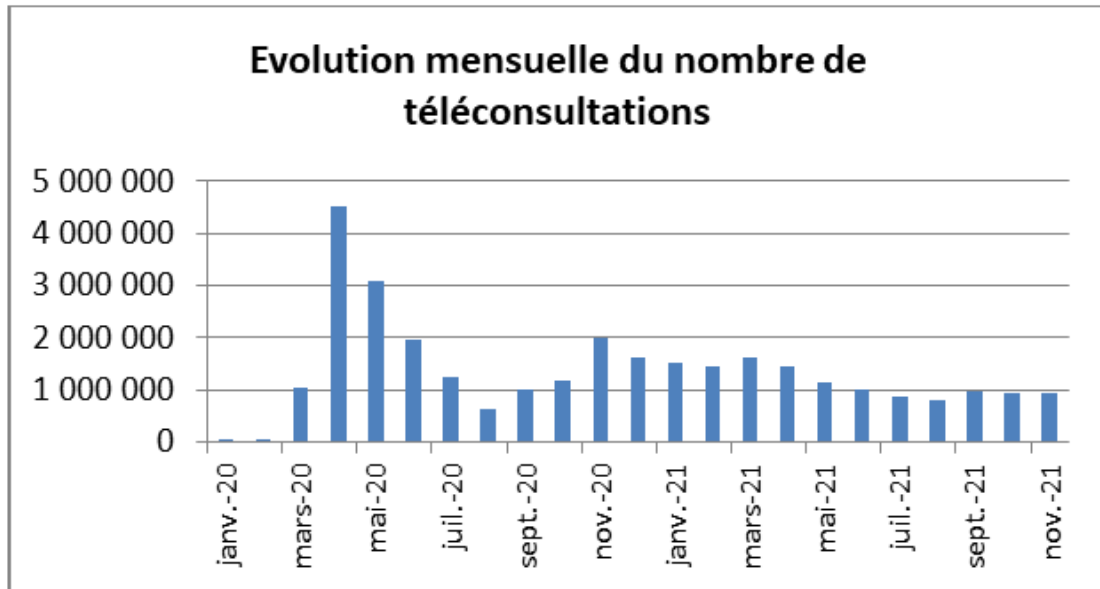
- l'exception de la condition du respect du parcours de soins pour les patients résidant en zone sous-dense et sans médecin traitant ;
- ou l'exception à la territorialité pour les patients résidant en zone sous-dense et en l'absence d'organisation territoriale coordonnée de télémédecine.

Afin d'accompagner le déploiement de la télémédecine, des mesures ont été prises afin de garantir une pratique de qualité, respectueuse des principes d'organisation du système de soins, avec notamment l'instauration d'un seuil maximal de 20 % d'activité de télémédecine susceptible d'enclencher la procédure de sanction conventionnelle (avenant 9) et l'élaboration en cours d'une charte de bonnes pratiques de l'activité de téléconsultation.

L'usage de la télémédecine s'est révélé très anecdotique en 2017, avec seulement 1 500 actes de téléconsultations, et 2018 avec 5 985 actes de téléconsultations et moins de 1 % des médecins concernés par cette pratique, toutes spécialités confondues. **L'ouverture du remboursement obligatoire par l'assurance maladie** de certains actes pour les médecins **a permis une première hausse des usages**. Le remboursement a été mis en place à compter de septembre 2018 pour les actes de téléconsultation et de février 2019 pour les actes de téléexpertise. Pour l'ensemble des téléconsultations réalisées de septembre 2018 à février 2020, le nombre d'actes facturés mensuellement a augmenté de manière continue. En 2019, on recense 136 882 téléconsultations facturées au total, et les deux premiers mois de 2020 ont permis d'enregistrer chacun plus de 20 000 actes de téléconsultation facturés. Au total, 13 % des médecins, généralistes et spécialistes, avaient fait l'expérience de la télémédecine à la fin 2019.

Il a fallu l'évolution du contexte pandémique au printemps 2020 pour voir progresser significativement le recours à la télémédecine : elle a permis **d'accompagner la continuité des soins dans un contexte de restriction des déplacements** en tenant compte de la nécessité d'enrayer la progression du virus en limitant les contacts humains. C'est à l'occasion du

premier confinement que le recours aux consultations a été le plus marqué, avec un pic en avril 2020 à 4,4 millions de téléconsultations, soit une multiplication par 142 des usages, ainsi que l'illustre le graphique ci-dessous.



Source : CNAM.

Ces chiffres particulièrement élevés ont été enregistrés dans un contexte de fermeture de nombreux cabinets médicaux et d'une stratégie de recours à la télémedecine comme moyen de lutter contre la propagation de l'épidémie. La télémedecine est devenue une expérience partagée par 71 % des médecins, soit 55 points de plus qu'avant le confinement.

Les téléconsultations se stabilisent actuellement à environ 1 million par mois, un niveau qui demeure largement supérieur à celui observé avant crise (multiplication par 50 du nombre de téléconsultations, et par 3 de la part des médecins utilisateurs par rapport à début 2020) et sont réalisées à 80 % par des médecins généralistes et à 20 % par les autres spécialités, une proportion stable dans le temps. **Les actes médicaux à distance s'inscrivent progressivement comme des pratiques pérennes.**

Il convient de prendre acte de cette nouvelle donne et de l'acculturation progressive d'une part croissante de Français à cette nouvelle modalité d'accès aux soins en facilitant son recours, notamment dans les zones sous dotées. Pour cela, il convient dans un premier temps **d'accompagner prioritairement les patients résidant dans les territoires sous-denses rencontrant des difficultés avec les outils numériques** ou ne disposant pas de connexion à internet, afin de limiter les effets délétères du cumul des difficultés : c'est le public pour lequel l'action publique doit être la plus volontariste.

Proposition 9 : Encourager le déploiement de bornes de téléconsultation en zones sous-denses dans des lieux identifiés et faciles d'accès, avec un accompagnement par un infirmier libéral ou un professionnel de santé.

Les conditions de remboursement des téléconsultations, rappelées plus haut, contribuent à accentuer les inégalités pour les patients les plus éloignés des soins, ne disposant pas de médecin traitant ou vivant dans une zone sous-dense. Depuis la signature de l'avenant 9 à la convention médicale de 2016, il est possible de déroger à la condition de territorialité hors parcours de soins si le patient n'a pas de médecin traitant et vit dans une zone d'intervention prioritaire (ZIP), mais elle n'est possible que si aucune organisation territoriale coordonnée référencée n'existe sur le territoire du patient. Dans la mesure où aucun recensement des organisations territoriales n'a été à ce jour effectué, l'éligibilité du patient est complexe à apprécier.

Proposition 10 : Garantir le remboursement sans condition par l'Assurance Maladie des téléconsultations pour les patients résidant en zones sous-denses.

Les entreprises de télémédecine entendues par le rapporteur insistent sur la nécessité d'un **cadre stable et clair qui puisse s'inscrire dans la durée** : les 3 avenants à la convention médicale en trois ans entraînent un manque de lisibilité du cadre réglementaire applicable, pour les patients comme les médecins. Même si ce phénomène peut s'expliquer par l'agilité de la technologie et les importants progrès techniques qui caractérisent la télémédecine, il serait souhaitable de rapprocher le cadre de la télémédecine du régime applicable à la consultation classique.

Par ailleurs, il pourrait être opportun de faire évoluer à la marge le plafond des 20 % du volume d'activité globale conventionnée à distance sur une année civile, dans la perspective d'optimiser le temps médical disponible. Ce principe aurait pour avantage de prévenir l'émergence de télémédecins à plein temps, même si une réflexion pourrait être menée pour prévoir des exceptions au profit de certaines activités médicales ou certains types de praticiens, à l'instar des médecins mères de famille ou des praticiens en situation de cumul emploi-retraite. Cette règle pourrait également être assouplie en appréhendant par exemple le plafond des 20 % sur une période triennale.

II. PROMOUVOIR ET FACILITER L'EXERCICE DANS LES ZONES SOUS-DENSES

La commission, sur proposition du rapporteur, a souhaité porter une attention toute particulière aux mesures spécifiques aux territoires à la démographie médicale la plus préoccupante, qui concentrent les handicaps en matière d'accès aux professionnels de santé et où les habitants rencontrent les difficultés les plus grandes pour le bon déroulement de leur parcours de soins.

Comment sont définis les territoires où l'accès aux soins est insuffisant ?

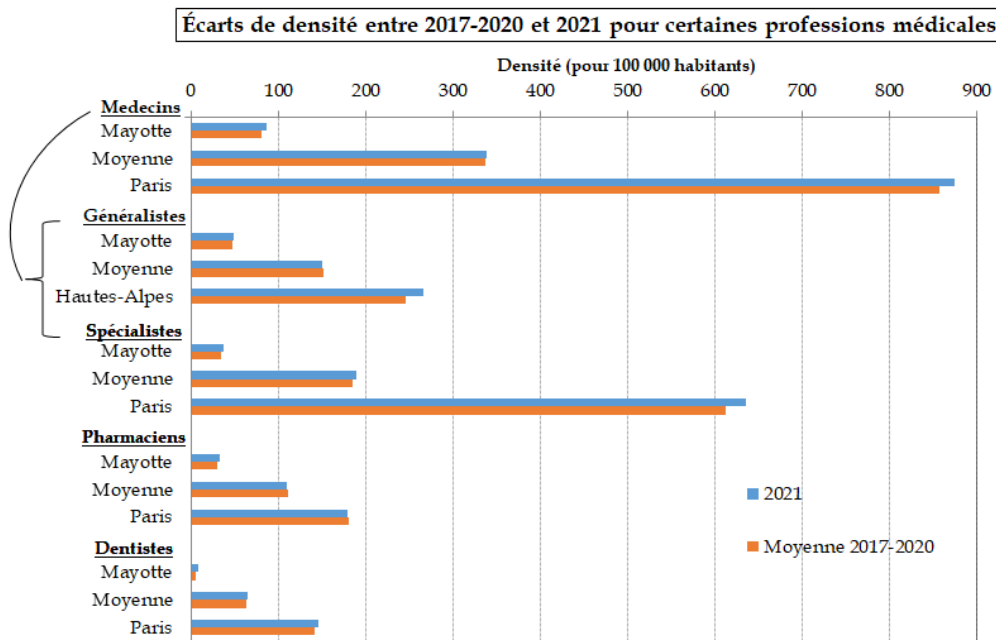
Les zones caractérisées par « *une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins* » (dites zones « sous-denses ») sont définies par les agences régionales de santé (ARS), qui déterminent un zonage régional par arrêté en s'appuyant sur une méthodologie nationale définie par arrêté ministériel. Cette classification des zones sous-denses permet d'y mobiliser les mesures destinées à maintenir ou favoriser l'installation de professionnels de santé :

- les **zones d'intervention prioritaire (ZIP)** : ce sont les zones les plus fragiles en termes d'offre de soins. Dans ces zones, les médecins sont éligibles aux aides conventionnelles et aux exonérations fiscales ;
- les **zones d'action complémentaire (ZAC)** : ce sont des zones fragiles, mais à un niveau moins préoccupant que les ZIP. Dans ces zones, les médecins sont éligibles notamment aux aides des ARS et des collectivités territoriales.

L'arrêté ministériel du 1^{er} octobre 2021 a fait évoluer la méthodologie pour la délimitation du zonage régional, en associant les acteurs locaux pour une meilleure prise en compte de la dégradation de l'offre de soins dans certains territoires. Cet arrêté reprend les grands principes de la méthodologie zonage issus de l'arrêté de 2017 (maille de territoire de vie-santé [TVS], mise à disposition de l'indicateur APL, classement des zones sous-denses en ZIP et ZAC) **en renforçant la place des décisions locales et davantage de souplesse au profit des ARS** : de cette manière, aucun classement de zones n'est imposé par la méthodologie nationale.

Au terme de la dernière actualisation issue de l'arrêté ministériel d'octobre 2021, la population située en zone d'intervention prioritaire est passée de 18 % à 30,2 % : **près d'un tiers des Français résident donc dans un « désert médical »** ! Contrairement à l'intuition, c'est l'Île-de-France qui est la région la plus touchée : 62,4 % de la population francilienne est concernée par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins. Les données et les analyses sont convergentes, qu'elles émanent des organismes publics ou des chercheurs : **l'accessibilité aux soins continue à se détériorer**, quel que soit l'indicateur retenu pour appréhender la situation.

Les écarts de densité médicale sont particulièrement marqués entre départements, ainsi que le montre le graphique ci-dessous.

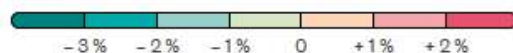


Source : Sénat, à partir des données fournies par le Ministère des solidarités et de la santé.

Les travaux du professeur Emmanuel Vigneron, géographe de la santé entendu par la mission d'information, ont montré que le **nombre de médecins généralistes (libéraux exclusifs et exercice mixte) par rapport à la population a diminué en moyenne de 1 % par an en France entre 2017 et 2021**. Les trois quarts des départements français subissent une érosion de leur densité médicale, dix-sept parviennent à la maintenir et seuls huit voient la situation s'améliorer.

Densité médicale

Evolution moyenne annuelle de la densité de médecins généralistes



2017-2021



Carte publiée dans Le Monde du 15 mars 2022.

Sources : Recensements de la population, Insee ; ASIP-Santé RPPS - Drees, ministère de la santé.

Données au 1^{er} janvier du millésime

Conception et calculs : Emmanuel Vigneron, professeur honoraire des universités, Infographie Le Monde

Une étude de la Dress de septembre 2021¹ a, quant à elle, mis en évidence que l'accessibilité géographique aux médecins s'était dégradée de - 6 % entre 2016 et 2019, tandis que celle des infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et sages-femmes s'améliore (respectivement + 9 %, + 9 % et + 16 %), ce qui conforte les solutions préconisant une

¹ Les trois quarts des personnes les plus éloignées des professionnels de premier recours vivent dans des territoires ruraux, Blandine Legendre (Drees), Études et résultats n° 1206, septembre 2021.

meilleure coordination des soins entre les professions médicales et paramédicales. L'étude souligne qu'« environ 3 % de la population, soit 1,7 million de personnes, font partie des moins bien lotis en termes d'accessibilité à la fois aux médecins généralistes, aux infirmiers et aux masseurs-kinésithérapeutes. Les trois quarts de ces personnes vivent dans des territoires ruraux. » La typologie de ces territoires est la suivante : 17 % de territoires isolés, 17 % au sein des petites et moyennes aires urbaines et 41 % au sein des grandes aires urbaines.

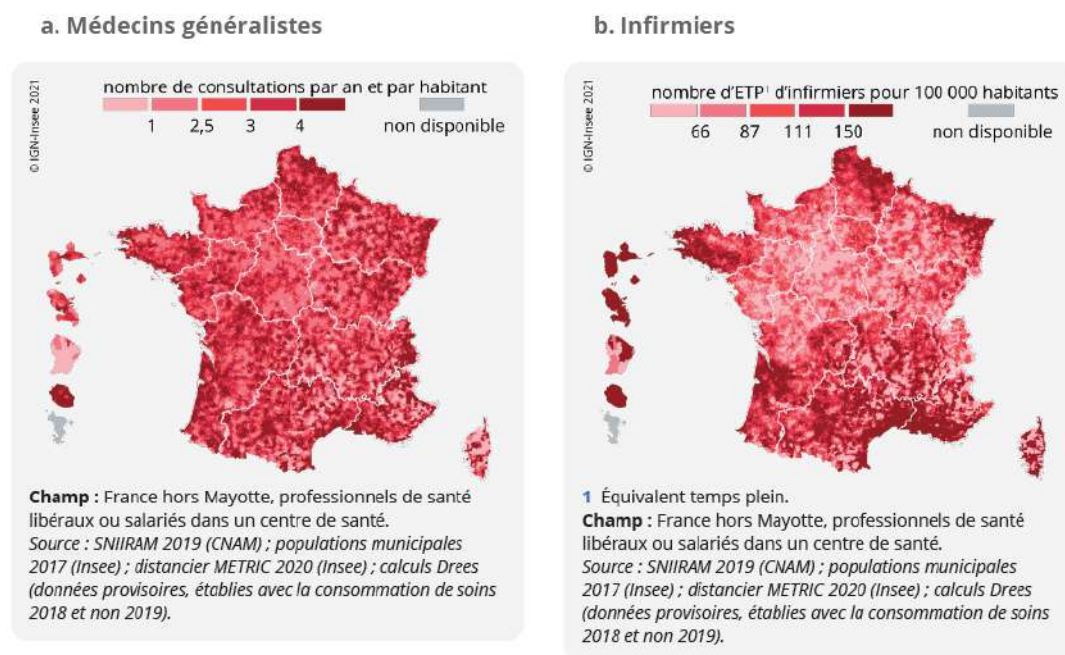
Afin d'appréhender les disparités territoriales à l'échelle départementale au 1^{er} janvier 2021, le tableau ci-après récapitule les 10 départements les mieux et les moins bien dotés en médecins.

Départements les mieux et les moins bien dotés en médecins (généralistes + spécialistes)		
<i>Les 10 départements les plus denses</i>		
Médecins	Généralistes	Spécialistes
Paris	Hautes-Alpes	Paris
Hautes-Alpes	Paris	Rhône
Rhône	Savoie	Alpes-Maritimes
Alpes-Maritimes	Pyrénées-Atlantiques	Bouches-du-Rhône
Bouches-du-Rhône	Hautes-Pyrénées	Hérault
Hérault	Hérault	Val-de-Marne
Gironde	Haute-Vienne	Gironde
Haute-Garonne	Gironde	Haute-Garonne
Côte-d'Or	Bouches-du-Rhône	Côte-d'Or
Pyrénées-Atlantiques	Finistère	Hauts-de-Seine
<i>Les 10 départements les moins denses</i>		
Médecins	Généralistes	Spécialistes
Mayotte	Mayotte	Mayotte
Eure	Eure	Meuse
Ain	Seine-et-Marne	Eure
Mayenne	Eure-et-Loir	Ain
Eure-et-Loir	Val-d'Oise	Mayenne
Meuse	Aisne	Guyane
Seine-et-Marne	Ain	Haute-Loire
Indre	Cher	Lozère
Oise	Oise	Creuse
Cher	Seine-Saint-Denis	Indre

Source : Sénat, à partir des données fournies par le Ministère des solidarités et de la santé.

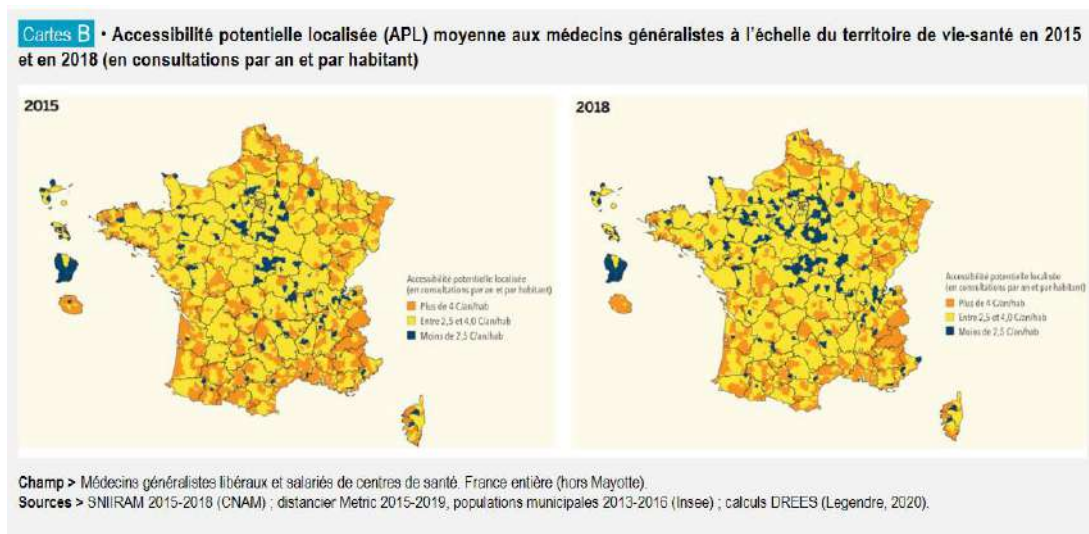
Pour appréhender le phénomène au plus près des territoires et permettre des comparaisons spatiales, la Drees et l'Irdes ont développé l'indicateur d'**accessibilité potentielle localisée** (APL) qui mesure l'adéquation spatiale entre l'offre et la demande de soins de premier recours (hors hôpital). Cet indicateur tient compte notamment de la proximité, de la disponibilité des médecins généralistes et des besoins de la population selon l'âge. Calculé au niveau de la commune, il tient compte de l'offre et de la demande issues des communes environnantes, de façon décroissante avec la distance. Il intègre en outre une estimation du niveau d'activité des professionnels en exercice, sur la base des observations passées, ainsi que des besoins relatifs de soins de la population locale, à partir des consommations de soins moyennes observées par tranche d'âge. Il se lit comme une densité, en équivalents temps-plein (par an) pour 100 000 habitants pour les professions paramédicales et en nombre de consultations accessibles par an et par habitant pour les médecins généralistes et les autres professionnels de santé.

► 1. Accessibilité potentielle localisée par commune et professionnel de santé en 2019



Source : La France et ses territoires, Insee Références, édition 2021.

Au sens de cet indicateur, l'**offre médicale est considérée comme insuffisante lorsqu'elle est inférieure à 2,5 consultations par habitant**. Une représentation cartographique des résultats obtenus commune par commune permet de représenter les zones où l'accès aux soins est sous tension et leur évolution dans le temps, ainsi que l'illustrent les cartes reproduites ci-dessous.



Par construction, ce seuil de 2,5 consultations par an comporte une part d'arbitraire : le relever ou l'abaisser contribuerait à modifier la perception des difficultés spatiales d'accès aux soins. L'APL est un indicateur sophistiqué qu'il ne faut cependant pas écarter, car il permet une représentation du phénomène de difficulté d'accès aux soins. Il pourrait néanmoins être utile de l'approfondir au moyen **d'autres indicateurs, qui permettraient de saisir d'autres aspects du phénomène à l'échelon individuel**, étant entendu que l'accès aux soins est lui-même pluridimensionnel ainsi que l'a montré un article fondateur¹ publié il y a quarante ans. Les délais d'accès à une consultation programmée et non programmée, la distance qui sépare le patient du professionnel de santé le plus proche, avec l'ajout, par exemple, d'un critère de disponibilité sous trois jours, ou le nombre de médecins par habitant avec une pondération tenant compte de l'âge des patients seraient également pertinents. Aucun indicateur univoque n'est à lui seul suffisant pour englober l'ensemble des inégalités territoriales d'accès aux soins : il est indispensable de croiser les approches cartographiques, les données démographiques, les indicateurs composites et le ressenti des patients.

Proposition 11 : Afin de mieux cerner les difficultés territoriales d'accès aux soins et décliner des objectifs pertinents d'accessibilité dans chaque territoire, instaurer un Conseil national d'orientation de l'accès territorial aux soins et des commissions départementales de la démographie médicale.

¹ *The Concept of Access : Definition and Relationship to Consumer Satisfaction*, Roy Penchansky and J. William Thomas, *Medical Care* Vol. 19, No. 2 (1981). Selon ces auteurs, l'accès aux soins comprend la disponibilité de l'offre, l'accessibilité spatiale, l'organisation des services de santé (les horaires), l'accessibilité financière et l'acceptabilité des soins selon les attentes des patients et leurs caractéristiques.

A. CORRIGER LES DÉSÉQUILIBRES MÉDICAUX TERRITORIAUX LES PLUS FLAGRANTS EN AGISSANT SUR L'INSTALLATION DES MÉDECINS

L'enquête précitée « Soigner demain » du CNOM fait ressortir que la lutte contre les inégalités d'accès aux soins est une mission prioritaire pour 60 % des médecins interrogés et importante mais non prioritaire pour 32 % d'entre eux. Les étudiants en médecine entendus par le rapporteur témoignent d'une prise de conscience forte de la saillance du problème, même si leur formation ne les sensibilise pas particulièrement à cette problématique.

L'importance de la lutte contre les zones blanches médicales est aujourd'hui unanimement reconnue : la dégradation de la situation contribue à l'inscription du sujet au plus haut des agendas politiques, notamment par les associations d'élus locaux, régulièrement sollicitées par des collectivités désemparées par les difficultés d'accès aux soins de leurs habitants. Un nombre croissant de jeunes professionnels admettent que des concessions sont devenues indispensables et urgentes, dans le cadre d'une nouvelle politique de répartition depuis les stages d'internat jusqu'à l'installation.

Le sujet de la liberté d'installation des médecins, longtemps tabou, est entré dans le débat public et fait l'objet de propositions d'aménagement. La relative inefficacité des aides à l'installation et le sentiment d'avoir tout essayé contribuent à donner plus de visibilité et de crédit aux partisans de la régulation, voire de la coercition. Les médecins y sont majoritairement hostiles : 66 % des médecins actifs et 88 % des étudiants sont opposés à la limitation de la liberté d'exercice dans les zones bien dotées, d'après l'enquête « Soigner demain ». Plus les médecins sont jeunes, plus ils y sont opposés.

Les leçons des expériences étrangères incitent à la prudence¹, avec de potentiels effets pervers : l'obligation temporaire d'exercice en zone sous-médicalisée est une solution de court terme, qui dans certains cas peut être contre-productive à long terme et si la régulation de l'installation peut conduire à une répartition géographique plus équitable, elle n'évite pas pour autant les pénuries localisées. Une fois encore, il convient de relativiser l'efficacité des mesures isolées et de rappeler la plus grande efficacité de stratégies plus globales.

Sans remettre en cause le principe de liberté d'installation, son adaptation temporaire à court terme dans certaines zones sur-dotées

¹ Remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques. Les leçons de la littérature internationale, D. Polton, H. Chaput, M. Portela, *les dossiers de la Drees* n° 89, décembre 2021.

pourrait être envisagée¹, afin d'éviter une accumulation de l'offre là où elle est déjà particulièrement forte et tendre à une meilleure adéquation entre densité médicale et première installation. De son côté, la Cour des comptes avait recommandé dans un rapport de 2017² l'instauration d'un mécanisme de conventionnement sélectif des médecins spécialistes : dans les zones sur-dotées en spécialistes de secteur 2, en autorisant uniquement des conventionnements en secteur 1 et imposant un plancher d'actes à tarifs opposables aux spécialistes déjà installés en secteur 2 ; dans les zones sous-dotées, rendre obligatoire l'adhésion des médecins s'installant en secteur 2 à l'option de pratique tarifaire maîtrisée.

Dès lors que les mesures de régulation sont susceptibles de générer des effets pervers (recul de l'âge d'installation, préférence pour le statut de remplaçant, déconventionnement, départ à l'étranger, progression du salariat, installation aux frontières des zones sous-denses, etc.) et d'entraîner un désintérêt pour certaines spécialités médicales, il convient d'être **particulièrement vigilant au calibrage retenu**. Il serait préférable dans un premier temps que la régulation ne porte que sur l'installation dans les zones sur-denses, qui ne pénalisent ni les patients ni les médecins en exercice. Une vigilance particulière devra être accordée aux **effets de seuil**, pour ne pas pénaliser les territoires à la densité médicale moyenne, en fixant par exemple un seuil supérieur de 15 ou 20 % à la moyenne nationale.

Proposition 12 : Conditionner, dans les zones sur-dotées, l'installation à la cessation d'activité d'un médecin exerçant la même spécialité afin de favoriser une meilleure répartition territoriale des médecins.

Une fois cette mesure évaluée et en fonction des résultats qu'elle permet d'obtenir dans la résorption des inégalités territoriales, il conviendra d'évaluer **l'opportunité de la mise en place d'un conventionnement sélectif temporaire pour rééquilibrer les installations dans les zones sous dotées**.

Proposition 13 : Instaurer un conventionnement sélectif temporaire pour rééquilibrer les installations dans les territoires sous-dotés.

¹ Comme le propose par exemple la note Trésor-éco n° 247 d'octobre 2019, *Comment lutter contre les déserts médicaux ?*

² Chapitre 5 : *La médecine libérale de spécialité : contenir la dynamique des dépenses, améliorer l'accès aux soins du « Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale » de septembre 2017.*

B. INCITER LES COLLECTIVITÉS TERRITORIALES À INSTAURER DES GUICHETS UNIQUES À DESTINATION DES PROFESSIONS MÉDICALES

Après des décennies d'aides à l'installation et de marketing territorial, les élus locaux éprouvent une forme de **lassitude devant les difficultés à attirer et à retenir les professions de santé**. L'accès aux soins n'est pourtant pas une compétence obligatoire du bloc communal, mais la plupart des communes et intercommunalités s'engagent en faveur de l'offre de soins de proximité, avec par exemple la création de maisons de santé ou de centres de santé. Il existe une vraie volonté de la part des collectivités territoriales de prendre toute leur place dans l'offre territoriale de soins, ainsi que l'ont illustré les échanges du rapporteur avec les associations d'élus locaux.

Les aides à l'installation des collectivités territoriales

En vertu de l'article L. 1511-8 du code général des collectivités territoriales (CGCT), les collectivités territoriales et leurs groupements **peuvent attribuer des aides destinées à favoriser l'installation ou le maintien de professionnels de santé dans les zones sous-denses**.

En contrepartie de la prise en charge de frais d'investissement et de fonctionnement, de la mise à disposition d'un logement ou de locaux ou encore du versement d'une prime d'installation, une convention entre la collectivité et le praticien prévoit un **engagement effectif d'exercice d'une durée minimale de trois ans sur zone** ainsi que les conditions de restitution des aides en cas de non-respect de ces obligations (article R. 1511-45 du CGCT). Rien n'interdit aux collectivités de prévoir d'autres engagements. Par ailleurs, en dehors des zones sous-denses, les collectivités peuvent aussi attribuer des aides visant à financer des structures participant à la permanence des soins, notamment des maisons médicales.

Face à cette situation, plusieurs collectivités territoriales ont fait le choix d'innover. Le Loir-et-Cher a ainsi lancé Païs, une plateforme alternative d'innovation en santé qui se veut « une plateforme d'orientation et de régulation médico-sociale » tandis que le Loiret a été le premier département à proposer une complémentaire santé collective à tous ses habitants.

Les initiatives et les bonnes pratiques des collectivités territoriales en matière de lutte contre les déserts médicaux trouvent leurs limites dans les compétences restreintes des collectivités territoriales en matière de santé, mais leur utilité ne fait pas de doute.

Les **efforts humains et financiers des communes n'ont cependant pas fait l'objet d'une évaluation globale**, si bien que chaque maire expérimente des solutions en fonction des besoins de son territoire, sans savoir s'il actionne les bons leviers et si l'argent public qu'il mobilise à cette fin est bien dépensé. La revue de littérature internationale de la Drees mentionnée plus haut semble indiquer que « *les incitations financières, largement mises en œuvre, ont plutôt des résultats décevants* ». L'expérience commune d'un certain nombre de pays ou provinces qui ont initié des politiques reposant sur des incitations financières est que celles-ci n'ont pas eu les effets escomptés.

La mission d'information déplore l'absence d'évaluation précise et insiste sur la nécessité d'études pour pouvoir en apprécier les effets, dans une logique d'efficience de la dépense publique. Elles permettront notamment aux collectivités territoriales de ne pas gaspiller leurs ressources financières et de comprendre les mécanismes permettant l'appariement harmonieux du triptyque patients-élus-professionnels de santé, au meilleur coût possible et en évitant la surenchère entre les territoires. Une fois l'étude publiée, dans une démarche de diffusion et de promotion de bonnes pratiques, un guide recensant les leviers opérationnels dont disposent les collectivités territoriales pour accroître leur attractivité médicale pourrait faire l'objet d'une publication, en partenariat avec le ministère de la santé, les conseils de l'ordre, les syndicats professionnels et les associations d'élus locaux.

Proposition 14 : Évaluer les dispositifs incitatifs à l'installation des professionnels de santé, en particulier les médecins, pour en finir avec les aides inopérantes, en affectant, le cas échéant, les crédits ainsi libérés à l'augmentation des aides les plus efficaces ou à d'autres leviers d'amélioration de la démographie médicale.

Après avoir échangé avec les syndicats étudiants de médecins et d'autres professions médicales et paramédicales, le rapporteur s'est forgé la conviction qu'on ne fonde pas une politique d'attractivité territoriale sur les seules aides financières, mais en **mobilisant d'autres leviers d'aménagement du territoire** pour encourager l'installation dans des zones en tension. Cette intuition est corroborée par l'étude de 2019 de la commission « jeunes médecins » du CNOM sur l'installation des jeunes, qui indique que **le bien-être et la qualité de vie prennent le pas sur le salaire** : un jeune médecin s'installe préférentiellement dans un territoire qu'il connaît, là où une équipe pluriprofessionnelle est déjà en place, dans une zone offrant un emploi pour son conjoint et à proximité des transports et des services publics. Cette étude montre également que « *l'accompagnement humain est au*

centre des déterminants à l'installation » : dans l'optique d'un accompagnement de son projet professionnel, les jeunes médecins sont 63 % à répondre un confrère ou une consœur et 53 % une collectivité territoriale, ce qui donne toute sa légitimité aux élus locaux dans les stratégies d'aide à l'installation.

À l'échelle nationale, les incitations financières conventionnelles ont également été l'un des leviers privilégiés pour agir sur l'inégale répartition géographique des professionnels de santé, ainsi que le récapitule l'encadré ci-après. La répartition actuelle de l'offre de soins est le constat cuisant de leur échec, ou à tout le moins de leur notoire insuffisance.

Dispositifs nationaux pour inciter les médecins à s'installer ou exercer en zones sous-denses

Au total, la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) recense 4 651 contrats incitatifs en cours au 5 janvier 2022. Ces dispositifs conventionnels prennent 4 formes distinctes :

- contrat d'aide à l'installation (CAIM), pour faire face aux frais d'investissement générés par le début d'activité dans une zone sous-dense : 1 999 contrats, aide moyenne de 40 000 € ;
- contrat de stabilisation et de coordination (COSCOM), pour encourager les médecins impliqués dans des démarches de prise en charge coordonnée sur un territoire : 2 446 contrats, aide moyenne de 8 000 € ;
- contrat de transition (COTRAM), pour accompagner les médecins préparant leur cessation d'activité en zones fragiles en favorisant l'installation d'un nouveau médecin dans leur cabinet : 86 contrats, aide moyenne de 20 000 € ;
- contrat de solidarité territoriale (CSTM), pour encourager l'activité à temps partiel de médecins en soutien de leurs confrères exerçant dans des zones sous-denses : 120 contrats, aide moyenne de 12 000 €.

Le montant des aides conventionnelles versées pour l'exercice 2020 s'élève à 28,7 M€.

Les étudiants et jeunes professionnels, à l'issue d'études longues et d'une formation exigeante, ont **besoin d'accompagnement humain** pour se repérer dans les démarches à effectuer et connaître le territoire où ils envisagent de s'installer, qu'il s'agisse du maillage des autres professionnels de santé ou de l'offre de services publics et de loisirs. À cet égard, la mission d'information tient à saluer les efforts accomplis en matière d'attractivité du

territoire, notamment le développement de l'offre commerciale¹, qui ont des effets bénéfiques sur l'installation des professionnels de santé.

L'idée d'un guichet unique, facilement identifiable par les étudiants, les internes et les jeunes praticiens cherchant à s'installer, est à cet égard une piste intéressante à creuser. En dédiant un interlocuteur spécifique pour assurer la promotion et l'attractivité territoriale et une prestation de conseil et d'accompagnement à l'échelon intercommunal, les collectivités territoriales pourraient ainsi, si elles le souhaitent, devenir animatrices de leur attractivité territoriale en favorisant la lisibilité pour les futurs médecins et autres professions médicales.

Le maître mot est la souplesse : cette structure pourrait être développée au sein d'un office de tourisme, de l'hôtel de communauté, d'une maison de santé pluriprofessionnelle ou une structure *ad hoc*. Ses tâches seraient variées, en se concentrant sur les besoins propres à chaque territoire, dans une logique d'accompagnement global : actions de promotion territoriale auprès des facultés et des instituts de formation, édition de brochures dédiées aux praticiens cherchant à s'installer, liaison avec les professionnels de santé déjà installés, organisation d'événements locaux ou de journées d'accueil en direction des internes, conseil et accompagnement pour les démarches d'installation en relation avec les agences régionales de santé (ARS), les conseils de l'ordre et les syndicats professionnels, échanges de bonnes pratiques dans le cadre d'un réseau qui pourrait être créé à l'échelle nationale, création d'une page dédiée sur les sites internet des collectivités, etc.

Cette mission est aujourd'hui confiée aux ARS qui l'exercent de façon anecdotique ou partielle, à une échelle trop éloignée des territoires et avec un outillage qui ne correspond pas aux attentes des professionnels de santé. Les étudiants en médecine entendus par le rapporteur déplorent par ailleurs le faible nombre de sollicitations par les élus locaux pour connaître leurs attentes concernant l'installation : ce contexte plaide pour des solutions sur mesure, tenant compte des projets de vie des professionnels, mises en œuvre par les collectivités territoriales sur un mode optatif.

Proposition 15 : Favoriser la création par les collectivités territoriales de guichets uniques, points d'entrée des professionnels de santé ainsi que des étudiants et instruments de l'attractivité médicale des territoires.

¹ Soutenir le commerce en milieu rural : 43 mesures déclinées en 10 axes, *rapport d'information n° 577 (2021-2022) de Bruno Belin et Serge Babary, fait au nom de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable et de la commission des affaires économiques* - 16 mars 2022.

Ces guichets uniques pourraient être un moyen de **promouvoir et augmenter le nombre de bénéficiaires des contrats d'engagement de service public** (CESP), principale mesure à destination des étudiants en médecine encore en formation, qui ne rencontre qu'un succès modeste. Créé par la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (HPST) du 21 juillet 2009 et réformé par décret en 2020¹, le contrat d'engagement de service public permet le versement d'une allocation mensuelle de 1 200 € brut à partir du 2^e ou du 3^e cycle des études de médecine ou d'odontologie, en échange de laquelle les bénéficiaires s'engagent, pendant un nombre d'années égal à celui durant lequel ils auront perçu l'allocation et pour 2 ans minimum - à choisir une spécialité moins représentée ou à s'installer dans une zone où la continuité des soins est menacée.

Une montée en puissance des **contrats de début d'exercice** est également souhaitable, à laquelle les guichets uniques pourraient contribuer par des actions de promotion. La mission d'information estime que ce levier incitatif est un bon moyen d'accroître l'incitation à l'installation dans les zones sous-denses.

Le contrat de début d'exercice (CDE)

Le contrat de début d'exercice (CDE) s'adresse à l'ensemble des médecins généralistes et spécialistes, exerçant depuis moins d'un an, qu'ils soient installés ou remplaçants. Par ses mesures incitatives, il facilite leur installation dans les territoires où la démographie médicale est la plus fragile.

Il résulte de la fusion depuis la fin d'année 2020 des 4 contrats « État » dans un dispositif unique, avec des conditions d'accès identiques : le contrat de praticien territorial de médecine ambulatoire (PTMA), de médecine générale (PTMG), de remplacement (PTMR) et de praticien isolé à activité saisonnière (PIAS). Il vise à sécuriser les débuts d'exercice, notamment grâce à une garantie de revenus la première année du contrat, afin de permettre aux jeunes de s'installer dans des conditions optimales et de se constituer leur patientèle.

Le CDE garantit un revenu dont le montant est calculé en fonction des honoraires perçus et du plafond d'aide mensuel (ou trimestriel pour les remplaçants) pendant la 1^{ère} année d'exercice.

¹ Décret n° 2020-268 du 17 mars 2020 relatif au contrat d'engagement de service public prévu à l'article L. 632-6 du code de l'éducation.

Médecin généraliste : tableau présentant les seuils à atteindre et le montant garanti par le contrat				
Temps de travail dans la zone couverte par le contrat	Médecin généraliste Métropole		Médecin généraliste Outre-Mer	
Nombre de demi-journées par semaine	Seuil de rémunération mensuel requis	Montant plafond mensuel garanti	Seuil de rémunération mensuel requis	Montant plafond mensuel garanti
5	2 350 €	4 700 €	3 050 €	6 100 €
6	2 850 €	5 700 €	3 675 €	7 350 €
7	3 300 €	6 600 €	4 275 €	8 550 €
8	3 775 €	7 550 €	4 900 €	9 800 €
9 (temps plein)	4 250 €	8 500 €	5 500 €	11 000 €

Exemple : pour un médecin généraliste en métropole effectuant 7 demi-journées par semaine sur le territoire couvert par le contrat et dont la rémunération mensuelle est de 4 000 € : il percevra une aide financière de 2 600 € (6 600 € - 4 000 €).

Source : ameli.fr.

Le CDE apporte également aux médecins signataires d'autres avantages :

- un droit aux congés maladie, équivalent à environ 70 € par jour à partir du 8^e jour d'absence, auquel s'ajoute une aide en cas de congés maternité/paternité/adoption aux médecins remplaçants, équivalent à environ 100 € par jour ;
- un accompagnement à la gestion entrepreneuriale et administrative du cabinet.

Pour la mission d'information, l'aménagement du territoire est une composante essentielle de l'attractivité médicale d'un territoire : les efforts entrepris par les collectivités territoriales pour améliorer la qualité et le cadre de vie, en favorisant notamment le développement commercial, l'implantation de services publics et l'existence de débouchés professionnels, concourent à l'installation des professionnels de santé. Les territoires actuellement les mieux dotés sont ceux qui bénéficient d'un fort pouvoir attractif par leur cadre de vie et leur offre de services primaires et de loisirs.

C. AUGMENTER LE NOMBRE DE TERRAINS DE STAGE DANS LES ZONES SOUS-DENSES ET LEVER LES FREINS À LEUR ATTRACTIVITÉ

1. Accompagner la progression du nombre de terrains de stage dans les zones sous-denses

L'attachement à un territoire et sa connaissance sont de puissants déterminants de l'installation des professions de santé. L'étude précitée du CNOM sur l'installation des jeunes médecins souligne que « *l'installation est étroitement liée à une dimension territoriale* » : parmi les facteurs favorisant l'installation, 60 % des internes et des remplaçants indiquent la **proximité familiale** et les **services publics**. C'est la raison pour laquelle il faut veiller à réduire l'hospitalo-centrisme du parcours de formation des futurs médecins, afin que les étudiants et internes puissent expérimenter au plus tôt la médecine de ville telle qu'elle se pratique dans les territoires.

À défaut d'un lien familial dans un territoire donné, les stages en médecine libérale peuvent également constituer un canal privilégié pour favoriser la découverte des territoires sous-denses et les futures installations, à condition toutefois que cette expérience se déroule dans de bonnes conditions.

Un préalable nécessaire est l'**augmentation du nombre de terrains de stage dans les zones sous-denses**, qui permettra de satisfaire à l'obligation issue de la loi dite « OTSS¹ » d'effectuer un stage d'un semestre en priorité dans une zone sous-dense. Le code de l'éducation² dispose que les étudiants en médecine générale réalisent au cours de la dernière année du 3^e cycle de médecine au minimum un stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée (SASPAS) d'un semestre. Ce stage est réalisé dans des lieux agréés, en priorité dans les zones sous-denses. L'effectivité de cette obligation est néanmoins soumise à la présence de terrains de stage adaptés à la formation des étudiants.

Ces terrains de stage sont proposés par des maîtres de stage des universités (MSU), praticiens agréés de médecine générale exerçant en ambulatoire, qui accueillent des étudiants en médecine dans le cadre de stages, soit au cours de l'externat (4^e ou 5^e année), soit au cours de l'internat de médecine générale (entre la 7^e et la 9^e année), afin de leur permettre de découvrir la médecine générale et les soins premiers. La durée de l'agrément est de cinq ans. En 2021, on recensait **près de 12 000 maîtres de stage des universités** en soins de ville.

Aujourd'hui, la formation à la maîtrise de stage est essentiellement dispensée dans les CHU et les villes universitaires, ce qui est bien souvent un

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

² Au II de l'article L. 632-2.

obstacle majeur pour les médecins surchargés exerçant en zone sous-dense, éloignés des centres de formation. Il serait de bonne pratique d'ouvrir des **possibilités de formation à distance**, de **diffuser des formations en ligne** et d'accroître l'incitation à devenir MSU pour les médecins généralistes âgés. Actuellement, le MSU bénéficie d'honoraires pédagogiques à raison de 600 euros par mois pour le suivi d'un interne et 300 euros pour le suivi d'un externe, à partager entre les différents MSU en cas de terrains de stage multiples. Pour accroître le nombre de terrains de stage dans les zones sous-denses, ces **montants pourraient être bonifiés à hauteur de 30 % pour les praticiens exerçant en zones d'intervention prioritaire**.

Proposition 16 : Accroître l'incitation à devenir maître de stage des universités, en particulier dans les zones sous-denses, simplifier les modalités d'accès de formation à la maîtrise de stage et viser un objectif de 20 000 maîtres de stage des universités d'ici 3 ans.

De la même façon, les initiatives permettant de déployer des enseignants dans les territoires sont à encourager, à l'instar du plan « **territoires universitaires de santé** » mis en œuvre par les facultés de médecine d'Angers, Caen, Reims et Tours pour développer les parcours de stage dans les territoires et permettre aux centres de soins de délivrer une formation universitaire à des étudiants en médecine. Ce sont actuellement les collectivités territoriales qui financent la part universitaire des postes et les centres hospitaliers et l'ARS qui financent la partie hospitalière. La mission d'information appelle l'État à un financement plus volontariste de ces initiatives locales.

2. Lever les obstacles matériels qui pèsent sur l'attractivité des stages en zones sous-denses pour les étudiants et les internes

À elles seules, l'augmentation et l'amélioration de la répartition des terrains de stage ne suffiront cependant pas pour développer de manière significative le nombre d'internes stagiaires dans les zones à la démographie médicale en tension. Il faut en parallèle **agir sur les facteurs qui limitent le choix des étudiants de médecine générale** : les **coûts de déplacement** et **l'offre de logement**.

Actuellement, les internes bénéficient d'une indemnité kilométrique d'un montant de 130 € brut par mois, versée par le centre hospitalier universitaire (CHU) dont ils relèvent, quand leur terrain de stage est situé à plus de 15 kilomètres du CHU ou de leur domicile. Cette indemnité, qui n'a

pas été revalorisée depuis 2014¹, ne tient pas compte de la distance effectivement parcourue par l'interne et participe du désintérêt pour les zones éloignées des pôles universitaires de formation.

La distance à parcourir est parfois très importante. Si l'on prend pour exemple la faculté de médecine de Brest, située à plus de 240 kilomètres de la faculté de médecine la plus proche, celle de Rennes, le système indemnitaire actuel rend inenvisageable la couverture de l'intégralité du territoire par des stagiaires en médecine générale, surtout quand les transports en commun ne permettent pas une desserte fine du territoire et que le prix des carburants augmente fortement, d'autant plus qu'une partie des étudiants en médecine sont confrontés à des phénomènes inquiétants de précarité.

La précarité des étudiants en médecine

L'enquête précarité, réalisée par l'Association nationale des étudiants en médecine de France (ANEMF) en 2019, a mis en évidence plusieurs constats alarmants relatifs à la situation matérielle des étudiants en médecine :

- 1 étudiant sur 4 a déjà pensé à arrêter ses études pour des raisons financières ;
- 45 % des étudiants en sixième année d'études sont anxieux à propos de leur situation financière malgré la rémunération de l'externat ;
- 43 % des étudiants ne mangent pas à leur faim et plus d'un quart d'entre eux n'a pas accès à une offre de restauration pendant les stages ;
- 1 étudiant sur 5 éprouve des difficultés à payer son loyer ;
- 7 % des UFR ne versent pas l'indemnité mensuelle de transport de 130 € aux étudiants pour les stages situés en périphérie de la ville universitaire, 22 % des étudiants ont déjà fraudé dans les transports en commun pour des raisons financières, 37 % ont déjà connu des difficultés financières à cause des frais de transport engagés pour un stage et pour 61 %, la distance constitue un frein au choix du terrain de stage.

Source : <https://cna-sante.fr/wp-content/uploads/2020/05/ANEMF-Enquete-precarite.pdf>.

L'indemnité kilométrique est dimensionnée de telle manière qu'elle dissuade les internes de s'éloigner de leur lieu de formation ; sa conception même est un facteur d'aggravation de la répartition des soins. Il est impératif

¹ Arrêté du 11 mars 2014 fixant le montant de l'indemnité forfaitaire de transport pour les étudiants hospitaliers en médecine, en odontologie et en pharmacie accomplissant un stage en dehors de leur centre hospitalier universitaire de rattachement pris en application du décret n° 2014-319 du 11 mars 2014

de rendre l'indemnité kilométrique plus incitative, en tenant compte de la distance effectivement parcourue par les internes¹, afin de conforter l'attractivité des terrains de stage éloignés des lieux de formation universitaire et participer à la découverte d'un plus grand nombre de territoires.

Proposition 17 : Procéder à la barémisation des indemnités de transport et prévoir une revalorisation annuelle prenant en compte l'évolution du coût de la mobilité, pour un meilleur déploiement territorial des internes de médecine générale, en particulier dans les zones sous-denses, et organiser une concertation sur l'opportunité de verser les indemnités de transport aux étudiants en maïeutique, pharmacie et masso-kinésithérapie.

En outre, certains terrains de stage sont trop éloignés des lieux de formation et de résidence des internes pour envisager des déplacements quotidiens. Dans cette hypothèse, il convient d'améliorer les solutions d'hébergement pour les étudiants en médecine du 3^e cycle. La plupart des stages ne proposent pas de logement intégré à la convention de stage, ce qui oblige certains internes à louer un studio, qui peut rendre désagréable une expérience de stage « à leurs frais ». La question du logement est une problématique centrale, d'autant que la faible durée des stages n'incite pas à s'inscrire dans un parcours locatif classique.

Malgré la création en 2018 du statut de docteur junior et d'une **indemnité forfaitaire d'hébergement**² de 200 € versée aux internes lorsqu'ils accomplissent un stage ambulatoire situé dans une zone sous-dense et à plus de trente kilomètres du centre hospitalier universitaire auquel ils sont rattachés administrativement ou de leur domicile pour les internes et les docteurs junior, les difficultés d'hébergement n'ont pas pour autant été levées. Les étudiants entendus par le rapporteur ont indiqué préférer la mise à disposition de logements plutôt que le parcours locatif usuel. Afin de répondre à cette demande et lutter contre la désertification médicale, la mobilisation des collectivités territoriales pour faciliter l'accueil et l'hébergement des étudiants est à conforter.

¹ L'étude *précarité de l'ANEMF* souligne qu'il n'est pas rare que certains terrains de stage soient situés à plus de 150 km de la ville universitaire, citant « l'exemple des étudiants de Tours, qui peuvent effectuer des stages au centre hospitalier de Dreux à cent quatre-vingts kilomètres, ou celui de Bourges à cent soixante kilomètres de Tours ! Ou encore celui des étudiants de Dijon, ayant des terrains de stage à Nevers, à distance de cent quatre-vingts kilomètres de la ville universitaire ! ».

² Décret n° 2018-571 du 3 juillet 2018 portant dispositions applicables aux étudiants de troisième cycle des études de médecine, d'odontologie et de pharmacie.

Proposition 18 : Favoriser l'accueil des étudiants en santé dans tous les territoires, en concertation avec les collectivités territoriales, et expérimenter des internats ruraux dans les zones sous-denses.

En 2019, plusieurs associations d'élus locaux, de syndicats étudiants et d'organisations de santé¹ ont élaboré une **Charte d'accueil des étudiants en santé dans tous les territoires**, afin de formaliser les modalités d'accompagnement des parcours de formation des étudiants en santé à l'échelle territoriale, avec pour objectif premier la qualité pédagogique des stages, en favorisant l'hébergement territorial.

Les signataires se sont mis d'accord sur une **définition de l'hébergement territorial en santé** (HTES) et la description d'un lieu approprié à l'accueil des étudiants, afin que chaque territoire puisse proposer un accueil adapté et attractif, avec notamment des « internats ruraux » ouverts aux étudiants en santé en stage dans les territoires grâce à des logements dont l'accès est facilité par les collectivités locales. D'après cette charte, les HTES sont des lieux de vie partagés entre étudiants en santé de différentes filières, favorisant le compagnonnage et l'ancrage sur un territoire d'exercice professionnel qui doivent être favorisés pour tout terrain de stage situé à plus de 30 minutes de la faculté de rattachement. L'hébergement, qui se situe à proximité du lieu de stage, comprend au minimum trois places, dispose d'une connexion internet haut débit, de places de stationnement et d'espaces dédiés de travail. La participation financière des étudiants aux frais d'hébergement est définie par les collectivités territoriales de manière à correspondre à la capacité financière des étudiants.

D. RENFORCER L'ATTRACTIVITÉ DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE EN CRÉANT UNE 4^E ANNÉE DE MÉDECINE GÉNÉRALE PROFESSIONNALISANTE

Contrairement aux internes des autres spécialités médicales, le troisième cycle des internes de médecine générale ne dure que trois années. La création d'une quatrième année permettrait d'harmoniser le nombre d'années d'internat pour l'ensemble des spécialités médicales : elle consisterait en une année de professionnalisation et de consolidation des connaissances, en priorité exercée dans des zones sous-dotées, que ce soit en

¹ Les 18 associations signataires sont les suivantes : ISNI, ISNAR-IMG, ANEMF, FNSIP BM, ANEPF, FNEK, FNESI, ANESF, FHF, la conférence des directeurs généraux de CHU, la CNDCH, la conférence des PCME de CHU, des PCME de CH et la conférence des PCME de CHS, le CEFIEC, l'ANDEP, l'Association des maires de France et des présidents d'intercommunalité et l'Association Régions de France.

cabinet libéral, en maison de santé ou tout autre lieu d'exercice coordonné, en veillant au bon accompagnement par un ou plusieurs médecins seniors, dans la mesure où il s'agit d'un temps de formation indispensable à l'acquisition des connaissances requises par cette discipline exigeante. Cette mesure s'inspire directement d'une proposition de loi déposée par le président Bruno Retailleau le 31 janvier 2022¹. Ainsi que l'indique son exposé des motifs, « *on peut également raisonnablement espérer qu'après un an d'exercice certains internes s'installeront comme médecins dans ces zones.* »

Cet allongement de la durée des études semble indispensable compte tenu du volume des compétences à acquérir dans cette spécialité complexe : elle présenterait en outre l'avantage de favoriser l'exercice dans les zones sous-denses, en visant une meilleure couverture territoriale des docteurs junior. En dépit de son coût important, cette mesure produirait des effets sensibles dès sa mise en application, en permettant à 3 900 médecins junior de compléter leur formation dans les zones où la démographie médicale est la plus fragile.

Proposition 19 : Créer une quatrième année de troisième cycle pour la médecine générale qui permettrait l'envoi annuel de 3 900 médecins junior, prioritairement dans les zones sous-denses.

Du fait de la création de nouvelles spécialités lors de la réforme du troisième cycle des études médicales, le pourcentage d'internes en médecine générale est passé d'environ 47 % en 2016 à 40 % en 2021. Cette diminution relative du nombre de généralistes formés est d'autant plus inquiétante que les projections de la Drees nous montrent que leur démographie nationale ne s'améliorera pas avant 2030 alors que la démographie des spécialistes connaîtra une amélioration dès 2024.

Proposition 20 : Accroître le nombre d'étudiants en médecine générale en passant de 40 % à 50 % le nombre de places dédiées à cette spécialité lors des épreuves de fin du deuxième cycle des études de médecine.

¹ Proposition de loi n° 419 (2021-2022) de Bruno Retailleau et plusieurs de ses collègues visant à la consolidation et à la professionnalisation de la formation des internes en médecine générale afin de lutter contre « les déserts médicaux ».

E. ACCROÎTRE LES INCITATIONS À EXERCER DANS LES ZONES SOUS-DENSES ET CONFORTER LA BONNE DESSERTÉ PHARMACEUTIQUE DU TERRITOIRE

Des solutions alternatives à l'installation permettent d'accroître le temps médical disponible sur un territoire donné, par exemple l'**exercice multisite des médecins**, c'est-à-dire l'exercice sur un ou plusieurs sites distincts de leur résidence professionnelle habituelle. Le recours à cette modalité a été simplifié par un décret de mai 2019¹ : l'ouverture d'un lieu d'exercice secondaire n'est plus soumise à autorisation, mais à une simple déclaration préalable. Une fois cette déclaration reçue, le conseil départemental de l'ordre dispose de deux mois pour s'assurer que l'activité sur tous les sites réponde aux obligations de qualité, sécurité et continuité des soins et que l'installation ne soit pas être contraire à des dispositions législatives ou réglementaires.

L'exercice multisite peut constituer une opportunité de projection de temps médical dans les zones sous-denses, dans l'hypothèse d'un cabinet médical secondaire situé dans un territoire où l'offre de soins est insuffisante. Les collectivités territoriales ont la possibilité de jouer un rôle de facilitatrices de l'accès aux soins en favorisant la mise à disposition de lieux d'exercice adaptés à la pratique ponctuelle de la médecine, qui peut contribuer à l'accroissement de l'attractivité médicale de leur territoire.

Il pourrait être envisagé que les médecins exerçant en dehors de leur cabinet principal perçoivent une rétribution financière des collectivités pour assurer des permanences de soins, dans une démarche concertée entre professionnels de santé et élus locaux afin d'assurer la linéarité des parcours de soins des habitants. Pour les y aider, une **dotation de lutte contre la désertification médicale** pourrait être créée et versée aux collectivités situées en zone d'intervention prioritaire, désireuses de promouvoir des permanences de soins sur leur territoire.

Proposition 21 : Créer une dotation de lutte contre la désertification médicale afin de permettre notamment aux collectivités territoriales d'accueillir des permanences médicales de professionnels de santé exerçant hors de leur cabinet principal.

La crise sanitaire a en outre contribué au regain de visibilité des **formules d'offres de soins itinérantes**, avec notamment le succès des « vaccinobus », qui ont permis d'informer et de vacciner les Français les plus

¹ Décret n° 2019-511 du 23 mai 2019 modifiant le code de déontologie des médecins et la réglementation des sociétés d'exercice libéral et des sociétés civiles professionnelles.

éloignés des soins dans plusieurs territoires (Allier, Nord, La Réunion, Côte-d'Or, Seine-Saint-Denis, Sarthe, etc.). De la même façon, des « **bus santé** » pourraient proposer des consultations médicales et du temps dédié à l'offre de soins pour les populations résidant dans les zones sous-denses. Ces solutions ont déjà été expérimentées dans certains territoires, à l'instar de l'Ardèche ou de la Drôme, pour certaines pathologies particulières. Dans le cadre d'une réflexion impliquant les collectivités territoriales, les agences régionales de santé et les professionnels de santé, des tournées pourraient être organisées dans les territoires fortement carencés afin de proposer des lieux de consultation mobiles et ainsi contribuer au déplacement de l'offre de soins au plus près des patients.

La démographie médicale actuelle nous conduit à faire preuve d'imagination : il est plus opportun de privilégier un maillage territorial robuste et agile plutôt qu'entretenir l'illusion ou le dogme d'un médecin par commune, qui n'est pas réaliste au regard des évolutions des modalités d'exercice des jeunes médecins, qui privilégient l'exercice groupé. C'est pourquoi les formules de soins itinérantes, concertées avec les territoires bénéficiaires, constituent des solutions à coût maîtrisé et au potentiel de desserte territoriale à explorer pour améliorer l'accès aux soins dans les zones sous-denses.

Proposition 22 : Développer une offre de soins itinérante dans les territoires ruraux, avec des bus équipés et financés par les agences régionales de santé et mis à disposition des professionnels.

Par ailleurs, des solutions ont été mises en œuvre à l'échelle nationale afin d'inciter les médecins à exercer dans les territoires où la démographie médicale est la plus fragile, notamment dans le cadre du **contrat de transition pour les médecins** (Cotram). Les médecins bénéficiaires¹ perçoivent une aide annuelle de 10 % des honoraires de leur activité conventionnée clinique et technique réalisée en zones « sous-denses » (hors dépassements d'honoraires et rémunérations forfaitaires), dans la limite de 20 000 € par année civile. Pour les zones particulièrement déficitaires en médecins, cette aide peut être majorée par l'ARS et s'élever à 12 % maximum, dans la limite de 24 000 € par an.

Les conditions d'accès à ces aides sont toutefois restrictives et insuffisamment incitatives, puisqu'elles ne concernent que les médecins de

¹ Les conditions d'attribution de cette aide sont les suivantes : médecin installé dans une zone identifiée par l'ARS comme « sous-dense » ; exercice d'une activité libérale conventionnée en secteur 1 ou en secteur 2 dans la zone ; être âgé de 60 ans ou plus ; accueillir au sein du cabinet un médecin âgé de moins de 50 ans exerçant en libéral conventionné qui s'installe dans la zone ou est installé dans la zone depuis moins d'un an.

plus de 60 ans accueillant au sein de leur cabinet un médecin de moins de 50 ans. La mission d'information préconise *a minima* d'assouplir les critères d'âge et d'accueil d'un autre médecin et juge opportun de rehausser à 20 % le montant de l'aide et de rehausser le plafond à 30 000 €.

Proposition 23 : Afin d'accroître l'incitation à exercer dans les territoires à la démographie médicale en tension, majorer l'aide au bénéfice des médecins exerçant en zone sous-dense à 20 % des honoraires de leur activité conventionnée, assouplir les conditions pour en bénéficier, défiscaliser les permanences de soins dans les zones sous-dotées et majorer les droits à retraite au terme de 3 ou 5 ans d'exercice dans une zone d'intervention prioritaire.

Enfin, il convient de veiller à la qualité de la desserte pharmaceutique des territoires, qui constitue un facteur de l'accès aux soins dans ces derniers. Elle est reconnue par les professionnels de santé comme étant satisfaisante : au 1^{er} janvier 2021, la France comptait 31 officines de pharmacie pour 100 000 habitants, soit une officine pour 3 000 habitants en moyenne. Ce maillage officinal est soutenu par 530 établissements de distribution en gros. En moyenne, la distance par rapport à la pharmacie la plus proche pour l'ensemble des communes, y compris celles possédant une pharmacie, est de 3,8 kilomètres. Si l'on exclut les communes disposant déjà d'une pharmacie sur leur ressort territorial, la distance moyenne par rapport à la pharmacie la plus proche est d'environ 5 kilomètres à vol d'oiseau. 75 % des communes (en dehors de celles ayant une pharmacie dans leur enceinte) sont situées à moins d'environ 6 kilomètres à vol d'oiseau d'une pharmacie en 2019¹. En outre, la crise sanitaire a mis en avant la qualité du maillage territorial des **pharmacies d'officine, l'efficacité et la robustesse de la chaîne pharmaceutique et de l'offre des laboratoires de biologie médicale.**

Ce maillage pourrait néanmoins se trouver fragilisé si les officines situées dans les zones sous-dotées venaient à fermer. En 2019, 488 communes disposaient d'une pharmacie, mais pas d'un médecin, constituant ainsi les seuls points d'accès aux soins de proximité du territoire. Ces officines sont aujourd'hui en situation de fragilité, du fait de l'accélération de la réorganisation du réseau officinal : on dénombre 196 officines ayant fermé en 2020 (dont 45 % pour cause de regroupement ou de cession), après 219 fermetures constatées en 2019. La mission d'information appelle à faire preuve de vigilance pour éviter la dégradation de la desserte officinale qui accentuerait les inégalités territoriales d'accès aux soins.

¹ Source : Ordre national des pharmaciens en réponse au questionnaire du rapporteur.

Proposition 24 : Mettre en place un moratoire sur les fermetures de pharmacies quand elles ne sont pas reprises immédiatement et permettre la prolongation des gérances après décès pour éviter l'apparition de « déserts pharmaceutiques ».

F. ACCOMPAGNER LE REGROUPEMENT DES MÉDECINS ET L'EXERCICE EN PLUSIEURS LIEUX

Le **développement des structures d'exercice groupé contribue à l'attractivité médicale du territoire où elles sont situées**, d'autant qu'il s'agit d'une évolution plébiscitée par les professionnels de santé et les collectivités territoriales. Les jeunes praticiens se détournent aujourd'hui de l'exercice solitaire privilégié par leurs confrères plus âgés : la médecine s'exerce de plus en plus en équipe, dans le cadre de regroupements incluant également des professions paramédicales pour faciliter le parcours de soins des patients. Les professionnels de santé libéraux de premier recours ont une nette préférence pour l'exercice groupé : plus de 80 % des médecins généralistes libéraux de moins de 50 ans ont opté pour ce mode d'exercice en 2019¹.

Cet environnement professionnel permet en effet au médecin d'exercer dans de bonnes conditions de compagnonnage et de sécurité et de lutter contre l'isolement professionnel. Il facilite les échanges réguliers entre professionnels de santé, un meilleur partage des informations ainsi qu'une rationalisation dans la prise en charge des patients : une étude a montré le caractère bénéfique de cette modalité d'exercice en termes d'organisation du temps médical, qui **améliore l'accès aux soins et la qualité des prises en charge médico-soignantes en ville**, avec des files actives majorées de 13 à 15 % par rapport à un exercice isolé². Les structures telles que les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) diminuent par ailleurs la consommation de soins, jusqu'à - 2,3 % d'après la DGOS. En juin 2021, on comptait 1 889 maisons de santé et 499 centres de santé, ainsi que 671 projets de CPTS³, dont 172 en fonctionnement.

La mission d'information reconnaît tout l'intérêt de ces structures, en insistant toutefois sur le fait qu'elles ne doivent pas constituer l'unique recours à l'isolement professionnel : l'exercice libéral en cabinet, qui contribue à la qualité des soins de ville et à la finesse du maillage territorial, doit être encouragé et soutenu, le tout-salariat n'étant pas un modèle en soi.

¹ Exercer en maison de santé pluriprofessionnelle a un effet positif sur les revenus des médecins généralistes, *Études et résultats n° 1193*, Matthieu Cassou, Julien Mousquès, Carine Franc, mai 2021.

² Idem.

³ Communautés professionnelles territoriales de santé.

L'accès aux soins ne doit pas dépendre des seules maisons de santé, dans la mesure où le départ du médecin peut mettre en péril son bon fonctionnement. En outre, il ne saurait être question de favoriser un modèle unique d'exercice coordonné. Il est primordial de laisser aux acteurs le soin de s'organiser dans les territoires pour qu'ils puissent répondre de manière pertinente aux besoins de la population.

Les incitations financières ayant montré leurs limites, il convient désormais de **passer à une logique d'accompagnement organisationnel**, en soutenant le développement des maisons de santé pluriprofessionnelles, les centres de soins et les autres formes d'exercice groupé, en veillant au bon déploiement du numérique dans le domaine de la santé pour favoriser la coopération médicale autour du patient. L'échec du dossier médical partagé doit inciter à la plus grande vigilance quant à l'acculturation des patients à « Mon espace santé », l'espace numérique personnel proposé par l'Assurance Maladie et le ministère de la santé ayant vocation à devenir le carnet de santé numérique interactif de tous les assurés.

Pour ce faire, plusieurs syndicats de médecins ont souligné la **complexité administrative qui entourait la création des projets de santé en exercice coordonné** : il convient de simplifier les procédures pour donner plus de souplesse aux professionnels de santé et faire en sorte que la coordination profite aux patients. Il pourrait être opportun d'assouplir le salariat des professionnels de santé et médico-sociaux par une maison de santé pluriprofessionnelle en levant la condition selon laquelle le nombre de professionnels de santé exerçant des activités de soins de premier et de second recours pouvant être salariés doit rester inférieur au nombre des professionnels de santé libéraux associés¹.

Proposition 25 : Simplifier les modalités de création des structures de coopération médicale pour améliorer la prise en charge et les parcours de santé des patients en allégeant les contraintes administratives pesant sur la rédaction et la validation des projets de santé.

III. ACCROÎTRE LES CAPACITÉS DE FORMATION UNIVERSITAIRE ET DÉCONCENTRER UNE PARTIE DES DÉCISIONS EN MATIÈRE D'OFFRE MÉDICALE

À long terme, ce sont les **capacités de formation qui constituent le levier principal des politiques d'offre de soins**. Elles n'affectent toutefois la démographie médicale qu'au terme d'un délai équivalent à la durée des

¹ Ainsi que le stipule l'ordonnance n° 2021-584 du 12 mai 2021 relative aux communautés professionnelles territoriales de santé et aux maisons de santé.

études concernées, au mieux. Pour les professions médicales et pharmaceutiques, il faut ainsi compter un minimum de cinq à dix ans (respectivement pour les sages-femmes et les médecins), avant que les effets des politiques axées sur ce levier ne commencent à produire leurs effets.

C'est la raison pour laquelle la mission d'information s'est d'abord intéressée à des solutions aux effets plus immédiats, pour accroître le temps médical des médecins en exercice et favoriser l'exercice des praticiens dans les zones sous-dotées. Une fois ces solutions instaurées, il est indispensable de les compléter par des mesures permettant d'agir sur le nombre de professionnels de santé formés, afin d'assurer de manière pérenne la couverture des besoins médicaux grandissants du fait de la dynamique démographique et du vieillissement de la population. L'augmentation du nombre de médecins formés ne sera toutefois pas, par elle-même, suffisante pour une meilleure adéquation entre offre et besoins au profit des territoires sous-dotés : c'est un préalable nécessaire, mais non suffisant, qui doit s'accompagner de mesures complémentaires, pour encourager l'installation dans les zones sous tension, voire la réguler temporairement pour corriger les inégalités territoriales d'accès aux soins.

A. ACCROÎTRE DE MANIÈRE SUBSTANTIELLE LES CAPACITÉS DE FORMATION DES FACULTÉS ET DES INSTITUTS DE FORMATION

Afin de tirer pleinement parti des potentialités du desserrement du *numerus clausus*¹, il est nécessaire d'accroître significativement les capacités de formation des universités. La réforme universitaire des études de médecine a conduit à une évolution significative, le *numerus clausus* cédant la place au *numerus apertus*, avec des objectifs pluriannuels de formation, liés désormais aux capacités de formation des différentes universités ainsi qu'aux besoins de santé des territoires.

Les objectifs nationaux pluriannuels de professionnels de santé à former

Les objectifs nationaux pluriannuels relatifs au nombre de professionnels de santé à former, par université, pour chacune des formations de médecine, de pharmacie, d'odontologie et de maïeutique sont aujourd'hui définis par un arrêté conjoint du ministre des solidarités et de la santé et du ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation², pour une période quinquennale.

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

² Arrêté du 13 septembre 2021 définissant les objectifs nationaux pluriannuels de professionnels de santé à former pour la période 2021-2025 (https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000_044_053_576).

Ces objectifs sont définis pour **répondre aux besoins du système de santé, réduire les inégalités d'accès aux soins et permettre l'insertion professionnelle des étudiants**, sur proposition d'une conférence nationale réunissant les acteurs du système de santé et des organismes et institutions de formation des professionnels de santé. Ces objectifs nationaux pluriannuels sont encadrés par un seuil minimal et maximal d'évolution possible, qui ne peut être inférieur à 5 % de part et d'autre de l'objectif, ainsi que l'illustre le tableau ci-après.

Médecine					
ARS	UNIVERSITÉS	Objectifs pluriannuels pour la période 2021-2025 (1)	Seuil minimal à -5% de l'objectif	Seuil maximal à +5% de l'objectif	
Auvergne-Rhône-Alpes	Clermont Auvergne	1300	1235	1365	
	Grenoble Alpes	1150	1090	1210	
	Lyon I	Lyon Est	2515	2385	2645
		Lyon Sud - Charles Mérieux	1830	1735	1925
	Saint-Étienne	1035	980	1090	
Bourgogne-Franche-Comté	Besançon	1180	1120	1240	
	Dijon	1260	1195	1325	
Bretagne	Brest	1005	950	1060	
	Rennes-I	1375	1305	1445	
Centre-Val de Loire	Tours	1500	1425	1575	
Corse	Corse	195	185	205	
Grand-Est	Lorraine	1685	1600	1770	
	Reims	1130	1070	1190	
	Strasbourg	1390	1320	1460	

Source : Journal officiel.

Le desserrement du *numerus clausus* n'a cependant pas contribué à une augmentation massive du nombre d'étudiants. Au titre de l'année universitaire 2020-2021, dernière année d'application avant la réforme, le nombre maximal d'étudiants autorisés à poursuivre leurs études en médecine en deuxième ou troisième année était fixé à 9 361. L'année suivante, ce chiffre est passé à 10 675, soit une évolution de 14 %, certes importante, mais insuffisante au regard des besoins médicaux de la France.

La **progression du nombre d'étudiants est contrainte par les capacités de formation des facultés de médecine**, à la fois par le nombre des enseignants, mais également par le nombre de salles de cours et de travaux pratiques dédiés aux enseignements, sachant qu'en moyenne 250-300 heures sont dédiées aux travaux pratiques sur le 1^{er} cycle.

Il convient dès à présent d'**augmenter le nombre d'enseignants des facultés de médecine** pour accompagner la progression de la capacité de formation. La création de 250 postes supplémentaires sur 5 ans annoncée en 2020 est, à cet égard, notoirement insuffisante pour répondre à l'évolution des besoins de formation ; cela représente 50 postes par an, répartis entre les 37 facultés de médecine, 24 de pharmacie et 16 d'odontologie, soit **moins d'un poste par an en réalité par faculté**. Qui plus est, la médecine générale dispose actuellement de trop peu d'enseignants, avec un ratio d'un enseignant pour 86 étudiants en médecine générale, alors que celui-ci est d'un enseignant pour 10 étudiants en moyenne dans les autres spécialités : l'augmentation des postes en médecine générale est nécessaire pour préserver la qualité des formations dispensées.

Proposition 26 : Accroître significativement les capacités de formation des facultés de médecine pour tirer pleinement parti du desserrement du *numerus clausus* et recruter des enseignants en médecine générale, trop peu nombreux.

Il est également recommandé d'agir pour **accroître de manière plus sensible les capacités de formation des facultés situées dans des régions considérées comme moins attractives**. Une étude de la Direction générale du Trésor¹ de 2019, en analysant les déterminants du choix des étudiants en médecine, est parvenue à la conclusion que « *c'est le choix de la spécialité qui prédomine sur celui de la région. Autrement dit, les spécialités les plus prisées sont attractives dans l'ensemble des lieux de formation.* » Cette étude détaille les différents facteurs d'attractivité des spécialités, avec un effet positif des variables « honoraires moyens perçus » et « âge moyen des médecins en exercice ». Autrement dit, « *plus le montant des honoraires par médecin est élevé dans une spécialité, plus celle-ci sera prisée dans le choix des étudiants de médecine. De même, plus l'âge moyen des praticiens de cette spécialité est élevé, plus les étudiants souhaiteraient l'exercer, probablement en raison des possibilités de postes que cela peut offrir avec des départs à la retraite ou des reprises de cabinet.* » Ces critères exercent une influence plus déterminante que le choix de la région de formation.

¹ Lettre Trésor-Eco n° 247, Comment lutter contre les déserts médicaux ?, octobre 2019.

Cette conclusion plaide pour rehausser le nombre de places dans les spécialités attractives (radiodiagnostic et imagerie médicale, dermatologie, gastro-entérologie, néphrologie, médecine interne, cardiologie, ophtalmologie, etc.) afin d'attirer un plus grand nombre d'étudiants dans les régions dont l'attractivité médicale est moindre : l'on sait en effet qu'une part importante des médecins formés dans une région de France métropolitaine décide par la suite de s'y installer pour exercer. Cette mesure peut ainsi contribuer à améliorer la répartition territoriale de l'offre de soins.

Proposition 27 : Rehausser le nombre de places à l'internat dans les spécialités les plus attractives au sein des régions ayant davantage de difficultés à attirer de nouveaux internes.

De même, dans une logique de montée en puissance des structures d'exercice coordonné, il convient dès la rentrée universitaire prochaine d'**accroître les capacités de formation des écoles d'infirmiers et de sages-femmes**, pour gagner du temps médical nouveau d'ici 5 ans.

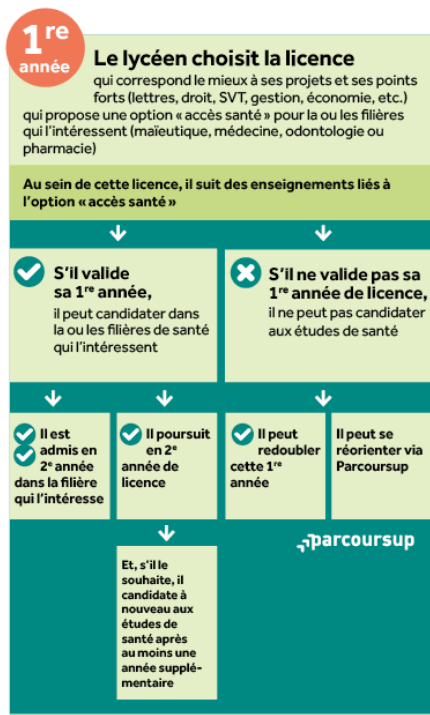
Une autre piste intéressante à explorer consiste en l'**universitarisation du cursus de masso-kinésithérapie** : cette mesure permettrait de mettre fin aux grandes disparités de frais de scolarité et d'augmenter le nombre de professionnels de masso-kinésithérapie formés. Actuellement, les frais de scolarité des instituts de formation en masso-kinésithérapie (IFMK) s'échelonnent de 170 € à 9 250 €, avec une moyenne de 5 200 €. Le président de la fédération nationale des étudiants en kinésithérapie (FNEK) a indiqué au rapporteur que plus de 30 % des étudiants ayant choisi cette spécialité ont contracté un emprunt bancaire et que le coût moyen de la rentrée pour un étudiant en masso-kinésithérapie est de 5 400 € supérieur à celui de la moyenne des étudiants toutes matières confondues. Confier ces formations à l'Université permettra d'harmoniser les frais de scolarité et de lever les contraintes financières qui constituent un obstacle au choix de ce cursus universitaire.

Proposition 28 : Envisager la possibilité que le cursus de masso-kinésithérapie soit universitaire pour lever les contraintes financières pesant sur le choix de cette spécialité.

B. DIVERSIFIER L'ORIGINE DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE POUR FAVORISER DES INSTALLATIONS TERRITORIALES MIEUX RÉPARTIES

Avant la rentrée universitaire 2020-2021, l'admission dans les études de santé - maïeutique, médecine, odontologie, pharmacie - se faisait presque exclusivement *via* la première année commune aux études de santé (PACES). La **réforme du premier cycle des études de médecine a permis de diversifier les voies d'accès aux études médicales**. Les universités ont mis en place de nouvelles modalités d'accès aux études de santé après une, deux ou trois années d'études supérieures de santé et chaque étudiant peut présenter à deux reprises sa candidature aux études de santé. Les lycéens peuvent ainsi choisir entre plusieurs parcours, intégrés dans les mentions de licence : une licence avec une option « accès santé » (L.AS) ou un parcours spécifique « accès santé », avec le choix d'une option dans une autre discipline (PASS).

Une licence avec une option « accès santé » (L.AS) Comment ça marche ?



Un parcours spécifique « accès santé » avec une option d'une autre discipline (PASS) Comment ça marche ?



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

L'un des objectifs attendus de la réforme de l'entrée dans les études de santé est de **diversifier les profils et l'origine des étudiants**, en instaurant un mode de sélection ne reposant plus uniquement sur un QCM, *via* également des questions rédactionnelles ou des oraux. La diversité socioprofessionnelle des étudiants en médecine est en effet moindre que pour l'ensemble de la population étudiante : sur la période 1990-2002, les

médecins, pharmaciens et dentistes se recrutent encore largement (à 40 % ou plus) dans les familles de cadres et professions intellectuelles supérieures. C'est en particulier le cas des médecins, dont 45 % proviennent de telles familles et seulement 8 % sont originaires d'une famille d'ouvriers¹. Ces données, actualisées par la Drees en 2015, présentent une constance assez forte au court du temps.

Caractéristiques sociodémographiques et scolaires parmi les primants de première année de 2009-2010 à 2013-2014 En %

	PCEM1 et PCEP1 2009-2010	PACES en 2010-2011	PACES en 2011-2012	PACES en 2012-2013	PACES en 2013-2014
Part des bacheliers S de l'année	91	92	92	91	90
Part des femmes	64	64	64	64	65
Part des étudiants « à l'heure »	77	79	78	79	80
Part des étudiants étrangers	5	4	5	5	5
Origine sociale¹					
Agriculteurs	2	2	2	2	2
Artisans, commerçants et chefs d'entreprises	9	9	9	9	9
Cadres et professions intellectuelles supérieures	42	42	41	40	39
Professions intermédiaires	14	13	14	14	14
Employés	12	11	12	13	14
Ouvriers	10	10	10	10	11
Retraités	4	4	4	4	4
Autres inactifs	4	4	4	5	5
Origine sociale non précisée	4	4	4	5	3

Bacheliers S : bacheliers de la série scientifique ; PCEM : premier cycle d'études médicales ; PCEP1 : premier cycle d'études pharmaceutiques ; PACES : première année commune aux études de santé.
 1. La profession du père de l'étudiant, si ce dernier est encore en vie et si elle est connue, est prise en compte, à défaut, c'est la profession de la mère ou du tuteur légal.
Note • Est défini comme primant un étudiant s'inscrivant pour la première fois en études de santé. Il peut s'agir d'un nouveau bachelier, mais aussi d'un étudiant se réorientant, en reprise d'études, différant son entrée dans l'enseignement supérieur, ou encore d'un étudiant ayant suivi un cursus à l'étranger.
Sources • MENESR, DGESIP, DGRI, SIES, bases SISE le 15 janvier de chaque année.

Source : Drees, *Profil et parcours des étudiants en PACES*, juillet 2015.

Les efforts doivent donc désormais porter sur une **diversification accentuée de l'origine socio-économique des étudiants**, pour former de nouveaux profils d'étudiants répondant mieux aux besoins des zones sous-denses. La littérature scientifique enseigne en effet les conséquences importantes de ce type de mesure en matière d'installation dans les territoires sous-denses : la Drees a ainsi mis en évidence dans son étude comparée précitée² que « les résultats convergents des études sur l'influence des médecins sur les choix d'installation ainsi que le succès de plusieurs expériences,

¹ *L'origine sociale des professionnels de santé*, Drees, *Études et résultats* n° 496, P. Breuil-Genier (Insee), D. Sicart, juin 2006.

² Remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques. Les leçons de la littérature internationale, D. Polton, H. Chaput, M. Portela, *les dossiers de la Drees* n° 89, décembre 2021.

menées notamment aux États-Unis, ont conduit plusieurs pays à s'appuyer davantage sur la formation pour accroître la présence médicale dans les zones mal desservies. Le levier principal est la sélection des étudiants admis en école de médecine, pour augmenter la part de ceux qui sont issus de communautés défavorisées en termes d'accès aux soins. Pour atteindre cet objectif, une démarche de décentralisation des lieux de formation a été mise en œuvre, complétée par des démarches positives vis-à-vis des élèves du secondaire et des processus de sélection adaptés pour donner la priorité, à performance égale, aux étudiants issus de zones moins favorisées ou qui souhaitent y exercer. »

Il convient d'être plus ambitieux pour favoriser la diversité des étudiants en santé, par un **système de bourse au profit des étudiants issus de zones sous dotées** et d'accompagner spécifiquement les étudiants issus de la filière L.AS entrant en deuxième année de médecine. Cet effort de diversification reposerait sur des logiques de discrimination positive, grâce par exemple à des journées d'orientation au bénéfice des lycées ruraux, un accompagnement scolaire et financier des lycéens et néo-bacheliers issus des zones sous-denses souhaitant s'orienter vers les filières médicales.

Un rapport de l'institut Montaigne de mai 2013¹ proposait de mettre en place des procédés de recrutement *via* des conventions avec des lycées en zone rurale ou en zone urbaine sensible, afin de diversifier l'origine sociale et géographique des médecins. Cette opération de repérage, de suivi et de soutien des meilleurs éléments pourrait s'inspirer des « conventions éducation prioritaire » (CEP) mises en place par l'Institut d'études politiques de Paris pour diversifier les origines sociales de ses étudiants.

Proposition 29 : Diversifier l'origine sociale et géographique des étudiants en santé et instaurer des bourses pour les étudiants issus de zones sous-dotées.

De même, il pourrait être opportun de renforcer, au cours des études de santé, l'**information des étudiants s'agissant des inégalités de démographie médicale et aux spécificités des territoires**, les étudiants en santé rencontrés par le rapporteur ayant indiqué que c'était un angle mort de leurs études et qu'aucune sensibilisation ne leur était présentée sur ces inégalités territoriales.

¹ https://www.institutmontaigne.org/ressources/pdfs/publications/rapport_acces_aux_soins.pdf

C. DÉCONCENTRER LES PROCESSUS DE DÉCISION EN MATIÈRE D'OFFRE DE SOINS LIBÉRALE

La politique de santé relève aujourd'hui de la seule responsabilité de l'État¹. La politique de santé menée au niveau national comprend notamment l'organisation des parcours de santé, qui « visent, par la coordination des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, en lien avec les usagers et les collectivités territoriales, à **garantir la continuité, l'accessibilité, la qualité, la sécurité et l'efficacité de la prise en charge de la population, en tenant compte des spécificités géographiques, démographiques et saisonnières de chaque territoire, afin de concourir à l'équité territoriale**² ». L'absence de mécanismes correctifs et d'instance responsable des inégalités territoriales d'accès aux soins contribue à l'inertie des fractures territoriales et à l'absence de réponse rapide pour y remédier.

De même, la **responsabilité populationnelle territoriale**, selon laquelle « 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 territoire³ », est insuffisamment mise en œuvre par les ARS et n'est pas invocable pour contraindre l'État à apporter des mesures correctrices au bénéfice des territoires carencés. La **démographie médicale actuelle est devenue inacceptable**, il est impératif de responsabiliser les instances chargées de l'organisation du système de soins (les agences régionales de santé, les conseils de l'ordre, le conseil territorial de santé, etc.) afin qu'elles puissent réagir de manière forte aux carences dans l'offre de soins afin d'affecter le moins possible les parcours de soins des patients.

Proposition 30 : Réaffirmer la mission de service public du système de santé en rappelant la nécessité de mécanismes correctifs en faveur de l'équité territoriale et développer la notion de responsabilité populationnelle territoriale.

Face aux échecs patents de réduction des inégalités territoriales, les collectivités territoriales n'ont pas ménagé leurs efforts pour tenter d'apporter une réponse aux attentes médicales de leurs habitants. Pour ce faire, leurs moyens juridiques et financiers sont toutefois limités et leur

¹ L'article L. 1411-1 du code de la santé publique énonce que « la Nation définit sa politique de santé afin de garantir le droit à la protection de la santé de chacun. La politique de santé relève de la responsabilité de l'État. » Cette rédaction résulte de l'article premier de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

² 5° du même article du même code.

³ Article L. 1434-10 du code de la santé publique.

association aux instances décisionnelles lacunaire¹. Les élus locaux ne sont pas associés à la vision d'ensemble et n'ont pas l'occasion de contribuer à la vision stratégique de réponse aux besoins.

La place des élus locaux dans l'organisation de proximité des soins pourrait être équivalente à celle des acteurs de la santé (médecins, hôpitaux, pharmacie). Cette attente est d'ailleurs partagée par les professionnels de santé : selon l'enquête « Soigner demain » du CNOM, 77 % des médecins souhaitent que les décisions d'organisation des soins soient prises localement, même si aucun consensus n'émerge quant à l'échelle la plus pertinente : 28 % pour le département, 23 % pour l'intercommunalité, 22 % pour la région.

Proposition 31 : Mieux associer les élus locaux dans l'organisation de proximité des soins, dans une logique de subsidiarité et de connaissance territoriale plus fine et renforcer la place des maires au sein de la gouvernance des hôpitaux, réduite depuis la suppression des conseils d'administration.

La loi n° 2022-217 du 21 février 2022 relative à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et portant diverses mesures de simplification de l'action publique locale a permis de faire progresser l'association des élus à la gouvernance des politiques de santé, mais ce mouvement doit être approfondi.

Les avancées de la loi « 3DS » pour une meilleure association des élus locaux à la gouvernance des politiques sanitaires

Plusieurs articles de la loi du 21 février 2022 relative à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et portant diverses mesures de simplification de l'action publique locale favorisent l'association des élus locaux à la gouvernance des politiques sanitaires :

- L'article 130 modifie l'article L. 1110-1 du code de la santé publique afin de préciser que les collectivités territoriales et leurs groupements, dans le champ de leurs compétences respectives fixées par la loi, contribuent à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins et assurer la continuité des soins et la sécurité sanitaire.

¹ Voir le II « le cadre juridique d'intervention des collectivités territoriales en matière de santé : des moyens d'action limités » du rapport d'information n° 63 de Philippe Mouiller et Patricia Schillinger, fait au nom de la délégation aux collectivités territoriales : Les collectivités à l'épreuve des déserts médicaux : l'innovation territoriale en action.

- L'article 119 modifie l'article L. 1432-3 du même code afin de prévoir que le président du conseil d'administration des agences régionales de santé (le préfet de région) sera assisté de quatre vice-présidents, dont trois désignés parmi les représentants des collectivités territoriales et de leurs groupements.

- L'article 126 crée ou rétablit les articles L. 1422-3, L. 1423-3 et 1424-2 du même code afin de permettre aux collectivités territoriales et à leurs groupements de contribuer au financement du programme d'investissement des établissements de santé publics, privés d'intérêt collectif et privés.

- L'article 125 complète l'article L. 6143-5 du même code afin que le maire de la commune où est situé un établissement public de santé ayant fusionné ou ayant été mis en direction commune avec l'établissement principal ou son représentant, puisse participer aux réunions du conseil de surveillance de l'établissement principal, avec voix consultative.

- L'article 128 modifie l'article L. 6323-1-3 du même code afin de préciser que les centres de santé peuvent être créés et gérés par les départements ou par les communes ou leurs groupements.

- L'article 122 complète l'article L. 1434-10 du code de la santé publique afin de préciser que les contrats locaux de santé, qui associent les agences régionales de santé et les collectivités, seront conclus en priorité dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins.

Des décrets d'application doivent encore être publiés pour la bonne mise en œuvre de ces nouveaux dispositifs et il est encore trop tôt pour tirer le bilan de ces évolutions.

Afin d'ancrer de manière plus forte les agences régionales de santé dans les territoires, il est nécessaire de **renforcer les moyens alloués aux délégations départementales** qui remplissent les missions de proximité et de faire en sorte que les élus locaux soient en mesure de peser sur les priorités en matière de santé définies par les ARS. L'échelon départemental apparaît opportun, car il répond de manière pertinente aux enjeux de proximité et pourrait limiter la déconnexion entre des ARS dominées par une approche strictement administrative et les professionnels de santé sur le terrain ainsi que les collectivités territoriales aux premières lignes quant aux inégalités territoriales d'accès aux soins.

Proposition 32 : Renforcer les moyens alloués aux délégations départementales des agences régionales de santé et leur octroyer des compétences décisionnelles au niveau territorial.

EXAMEN EN COMMISSION

Réunie le mardi 29 mars 2022, la commission a examiné le rapport d'information de M. Bruno Rojouan sur le volet « Renforcer l'accès territorial aux soins » de la mission d'information sur les perspectives de la politique d'aménagement du territoire et de cohésion territoriale.

M. Jean-François Longeot, président. – Nous examinons maintenant les travaux menés par notre collègue Bruno Rojouan dans le but de réduire les profondes inégalités territoriales d'accès aux soins. La désertification médicale est le deuxième sujet de préoccupation des Français, selon l'IFOP.

Bruno Rojouan nous présentera le fruit de ses réflexions, qui articulent solutions de court terme, incitations à l'installation dans les zones sous-dotées, renforcement des capacités de formation des universités et système de régulation correctrice pour des installations de professionnels de santé plus conformes aux besoins des territoires.

Les chiffres suffisent à dresser un constat accablant : 11 % des Français n'ont pas de médecin traitant, les délais d'attente pour accéder à un professionnel de santé augmentent dramatiquement et les trois quarts des bassins de vie font face à un taux d'évolution annuel de la densité de médecins généralistes négatif depuis 2006. C'est dire la complexité des parcours de soins de certains patients et le sentiment d'abandon parfois ressenti dans les territoires.

Notre commission a abordé à deux reprises ce sujet, en 2013, avec notre collègue Hervé Maurey, puis en 2020, avec Hervé Maurey et moi-même, pour proposer des mesures courageuses visant à contrer la désertification médicale. Nous remettons le métier sur l'ouvrage, car la situation ne s'améliore pas. Le pire est même devant nous en termes de démographie médicale et d'inégalités d'accès aux soins ; il faut aujourd'hui imaginer de nouvelles solutions, lever certains tabous et investir pour la santé dans les territoires, en associant plus étroitement les élus locaux, les professionnels de santé et les services de l'État responsables de la politique de santé.

La mission d'information sur les perspectives pour l'aménagement du territoire et la cohésion territoriale a souhaité aborder ce sujet de manière pragmatique, en mobilisant des mesures et des solutions plébiscitées par les acteurs ou ayant fait leurs preuves dans d'autres pays. La démographie médicale actuelle est inadmissible : tout doit être mis en œuvre pour que les Français, où qu'ils résident, puissent avoir accès à des soins de qualité dans des délais raisonnables. C'est une question d'équité territoriale.

Notre rapporteur a réalisé un important travail d'auditions, avec plus de quarante personnes entendues, et a échangé avec un échantillon représentatif de l'écosystème de santé de ville, ce qui contribue à la pertinence de son approche et de ses recommandations.

Sur le fondement de ce travail, il nous soumet 32 propositions concrètes et opérationnelles, visant à libérer du temps médical dans les territoires et à promouvoir l'exercice et l'installation dans les zones sous-denses, en ayant à chaque fois comme objectif prioritaire la réduction des fractures médicales.

M. Bruno Rojouan, rapporteur. – J'ai le plaisir de vous présenter aujourd'hui mon premier travail de rapporteur, consacré au renforcement de l'accès territorial aux soins. Après avoir procédé à l'audition de plus de quarante personnes, j'ai acquis la conviction qu'il est urgent d'agir pour mettre fin à une démographie médicale profondément injuste, qui prive certains de nos concitoyens de médecin traitant, les contraint à renoncer aux soins et à attendre plus longtemps pour accéder à un spécialiste.

Aujourd'hui, selon l'endroit où l'on habite en France, on n'est pas soigné de la même façon. C'est inacceptable dans un pays dont le pacte républicain est fondé sur l'égalité. La protection de la santé s'est progressivement affirmée comme un objectif de valeur constitutionnelle et le chapitre liminaire du code de la santé publique garantit « l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé ». Cette promesse républicaine n'est pas tenue. Si l'on veut redonner confiance aux Français dans les institutions, il faut que les principes posés par le constituant et le législateur soient une réalité vécue par tous.

Pour commencer, afin que chacun puisse mesurer l'ampleur de la problématique, j'évoquerai quelques données éloquentes. Au moins 1,6 million de Français renoncent chaque année à des soins médicaux, dont 51 % pour des raisons liées à l'insuffisance de la démographie médicale. Pour les Français les plus éloignés des soins, les délais d'attente dépassent les 104 jours pour accéder à un cardiologue, 126 jours pour un dermatologue et 189 jours pour un ophtalmologiste. Enfin, 11 % des patients âgés de 17 ans et plus n'ont pas de médecin traitant, soit plus de 6 millions de Français.

Ces facteurs entraînent des retards de prise en charge des patients et de leurs pathologies et sont susceptibles d'entraîner, dans les cas les plus graves, des pertes de chances. C'est tout bonnement inacceptable. Or, selon les projections effectuées par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), le nombre de médecins généralistes diminuera jusqu'en 2024 et l'on ne reviendra au niveau actuel qu'en 2030. En outre, les évolutions démographiques – augmentation et vieillissement de la population – entraîneront une hausse des besoins de soins. Autrement dit, à législation constante, si nous ne faisons rien, le pire est devant nous en

termes de densité médicale ! Une décennie noire pour l'accès aux soins vient de s'ouvrir.

Ces constats nous obligent ; la sévérité du *numerus clausus*, même s'il est désormais desserré, et la liberté d'installation des médecins ont conduit à la raréfaction du temps médical et à sa mauvaise répartition territoriale. C'est une ressource précieuse, qui doit être utilisée avec discernement. Le temps que les médecins consacrent au quotidien aux tâches administratives doit être limité, afin qu'ils aient plus de temps pour soigner.

J'ai beaucoup écouté les acteurs qui ont eu la bonté de répondre à mon invitation ; j'ai cherché à connaître le ressenti de tous les acteurs du système de santé ; j'ai parcouru la littérature spécialisée sur le sujet, cherché à comprendre les mesures qui ont fonctionné dans d'autres pays et la raison des échecs de celles qui n'ont pas produit les effets escomptés. De cet exercice au long cours, j'ai acquis la conviction qu'il n'existe pas, malheureusement, de solution miracle et qu'aucune mesure isolée ne saurait être suffisante ou efficace : seul un ensemble de mesures coordonnées permettra d'améliorer, de manière pérenne, l'accès aux soins. C'est la raison pour laquelle je propose une combinaison de mesures d'équilibrage territorial de l'offre de soins, libératrices de temps médical et de formation des professionnels de santé, en conférant des leviers d'action plus opérationnels à un niveau déconcentré plus fin et en associant les collectivités territoriales.

Les aides à l'installation ont montré leurs limites. Elles n'ont d'ailleurs pas été évaluées, si bien que nous ne savons pas réellement quelles sont celles qui fonctionnent et celles qui ont été inutiles. Je plaide pour que l'on puisse disposer d'études afin d'apprécier à un niveau global leurs effets et de pouvoir disposer d'un guide de bonnes pratiques et des mesures à éviter parce qu'inefficaces.

J'ai perçu au cours des auditions que les mentalités avaient évolué : la régulation n'est plus taboue, la coercition est parfois ouvertement envisagée par certains, tant les élus locaux sont désemparés face aux attentes médicales fortes de leurs populations. Ma philosophie s'est voulue modérée, afin de limiter les effets pervers et désincitatifs des mesures contraignantes : c'est pourquoi j'ai souhaité que la liberté reste la règle et les solutions de régulation l'exception, quand aucun autre moyen ne m'a semblé opératoire pour répondre aux nécessités pressantes induites par les inégalités territoriales d'accès aux soins.

Dans un premier temps, il m'a paru nécessaire de faire face à l'urgence en matière de démographie médicale en optimisant le temps médical disponible au bénéfice des patients. Une étude du Conseil national de l'Ordre des médecins montre que les médecins considèrent « que le temps médical, sous toutes ses facettes, est cannibalisé par le poids du temps administratif ». On estime que ce temps représente, selon les praticiens, entre

10 % et 30 % de leur temps de travail. Il s'agit là d'un gaspillage de temps médical utile. Pour éviter cela, je préconise d'accompagner de manière plus volontariste la montée en puissance des assistants médicaux, que l'on pourrait d'ailleurs appeler des assistants administratifs, car ils n'ont quasiment pas de rôle médical. Ils déchargent les médecins du temps administratif, assurent de meilleures conditions d'exercice et favorisent l'accès aux soins des patients, tout en augmentant la file active des patients. En repositionnant le médecin au centre de sa relation avec le patient, l'assistant médical permet une meilleure organisation du temps médical.

Le déploiement de ces assistants, qui sont au nombre de 2 800 aujourd'hui et réservés aux seuls praticiens exerçant de manière coordonnée, pourrait être bien plus massif. Une telle solution serait rapide à mettre en œuvre, la formation des assistants médicaux étant de courte durée, d'un an environ. On pourrait fixer l'objectif d'atteindre 10 000 assistants médicaux d'ici à deux ans. En outre, il est souhaitable de permettre le recrutement d'un assistant médical par un ou plusieurs médecins dans les zones sous-denses en levant la condition d'exercice conjoint ou coordonné et d'accompagner financièrement l'aménagement du cabinet afin de permettre d'accueillir l'assistant dans de bonnes conditions. Une telle mesure produirait des effets dans une temporalité rapide.

Il me paraît essentiel de fluidifier la répartition des tâches entre professions de santé et professions paramédicales, en encourageant le développement de la pratique avancée, notamment des infirmiers, afin de leur permettre d'exercer des missions et des compétences plus étendues, jusque-là dévolues aux seuls médecins. Les infirmiers permettent de rapprocher les soins des territoires, grâce à des extensions de compétences au profit de professionnels mieux répartis. Les médecins ne se retrouvent ainsi plus seuls, sans confrère, pour organiser les parcours de soins et assurer la continuité des soins.

Je recommande la création du statut d'infirmier en pratiques avancées praticien, comme l'a proposé l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) dans un rapport au mois de janvier dernier, ainsi que des mesures adéquates de revalorisation et de financement. Ces mesures de coopération renforcée ont démontré leur efficacité et leur pertinence, à l'instar du dispositif des infirmiers Asalée, pour Actions de santé libérale en équipe. L'évaluation de ce dispositif a montré un net gain de temps médical.

De même, différentes mesures permettant au médecin de consacrer du temps de qualité à ses patients sont envisageables : permettre aux pharmaciens de renouveler les prescriptions périmées dès lors qu'un diagnostic a été posé et d'accéder à la dispensation sous protocole, c'est-à-dire à la délivrance de médicaments de prescription médicale obligatoire sans présentation d'une ordonnance ; expérimenter l'accès direct aux masseurs-kinésithérapeutes et orthophonistes pour économiser une partie du temps médical consacré à l'orientation des patients dans le

parcours de soins. Il s'agit ici, en bonne intelligence, de veiller à la bonne division du travail médical entre professionnels afin de décongestionner le temps médical, qui pourrait être en toute sécurité pris en charge par d'autres professionnels. Le médecin resterait le point d'entrée principal, mais il est nécessaire de déléguer à d'autres professionnels la réalisation de certains gestes médicaux, afin de ne pas faire peser la charge des soins de ville sur les seuls médecins, dont les journées sont déjà bien chargées.

D'autres mesures temporaires permettraient d'éviter une baisse du temps médical disponible du fait d'un nombre de départs à la retraite plus grand que le nombre de médecins formés prêts à exercer dans les territoires : ainsi le cumul emploi-retraite doit être facilité et rendu beaucoup plus incitatif dans les zones sous-denses. Pour ce faire, les médecins concernés doivent être exonérés des cotisations retraite dans la mesure où ils n'acquièrent pas de droits nouveaux à pension. Il semble également opportun de relever les honoraires de consultation du médecin généraliste de 25 à 30 euros, sans augmentation du reste à charge pour les patients. La valeur de l'acte médical en France est l'un des plus bas d'Europe. Il convient donc de mieux valoriser l'expertise de l'acte médical, d'autant plus si les délégations de tâches sont plus nombreuses, les consultations potentiellement plus longues et moins nombreuses. Cette mesure contribuerait en outre à garantir l'attractivité du métier de médecin, dont le Conseil national de l'Ordre des médecins dit que c'est « une vocation de plus en plus lourde à porter ».

Il convient également de soutenir le déploiement de la télémédecine, qui facilite l'accès aux soins des populations résidant dans les territoires sous-dotés. Je tiens à préciser qu'il ne me paraît pas opportun que les téléconsultations deviennent l'unique voie d'entrée dans le parcours de santé, afin que ne se développe pas une médecine à deux vitesses. La crise sanitaire m'a cependant fait évoluer sur ce point : les solutions numériques en santé ont permis d'accompagner la continuité des soins tout en limitant les contacts humains, afin d'enrayer la progression du virus. Aujourd'hui, 71 % des médecins s'y sont mis, au moins une fois, et les patients leur ont emboîté le pas. On dénombre ainsi environ un million de téléconsultations par mois.

Dans ce contexte, il me semble souhaitable d'encourager le déploiement de bornes de téléconsultation en zones sous-denses et un accompagnement par un infirmier libéral ou un professionnel de santé. Il faut surtout assouplir les règles de prise en charge des téléconsultations par l'assurance maladie, en garantissant leur remboursement sans condition pour les patients résidant en zones sous-denses. Pour que la téléconsultation produise ses pleins effets, il convient également de soutenir le déploiement de la fibre et du haut débit afin que des patients ne soient pas privés de ces prises en charge. À cet égard, j'encourage la mise en œuvre des propositions

de ma collègue Patricia Demas sur l'inclusion numérique, qui peut favoriser l'inclusion sanitaire.

J'évoquerai à présent les mesures visant à promouvoir et à faciliter l'installation et l'exercice dans les zones sous-denses. Il convient d'être plus volontariste pour les territoires à la démographie médicale la plus préoccupante, où l'accès aux professionnels de santé est insuffisant et où les habitants rencontrent les difficultés les plus grandes pour le bon déroulement de leurs parcours de soins.

Un double zonage a été élaboré pour définir ces territoires : les zones d'intervention prioritaire (ZIP) et les zones d'action complémentaire (ZAC). Un arrêté ministériel d'octobre 2021 a procédé à la mise à jour de ces zonages : la population située en ZIP est passée de 18 % à plus de 30 %. Autrement dit, près d'un tiers des Français résident dans un désert médical ! La DREES a développé un indicateur pour saisir les inégalités territoriales, l'accessibilité potentielle localisée (APL), pour tenir compte de la proximité, de la disponibilité des médecins généralistes et des besoins de la population selon l'âge. Mais du fait de la multiplicité des indicateurs et du caractère multifactoriel des inégalités d'accès aux soins, il est aujourd'hui malaisé de cerner précisément les difficultés et de décliner des objectifs pertinents d'accessibilité dans chaque territoire. Je propose donc l'instauration d'un conseil national d'orientation de l'accès territorial aux soins et la mise en œuvre de commissions départementales de la démographie médicale.

Les médecins sont quasiment les seuls professionnels de santé à disposer d'une entière liberté d'installation. Il me paraît souhaitable d'adapter cette liberté de manière temporaire, le temps que les inégalités territoriales les plus criantes soient résorbées : c'est pourquoi je propose de conditionner l'installation dans les zones sur-dotées à la cessation d'activité d'un médecin exerçant la même spécialité afin de favoriser une meilleure répartition territoriale. De même, il me semble essentiel d'instaurer un conventionnement sélectif temporaire pour rééquilibrer les installations dans les territoires sous-dotés. En écoutant les étudiants, les professionnels de santé et les élus locaux, une idée m'est venue : les collectivités territoriales pourraient instaurer des guichets uniques à destination des étudiants en santé et des praticiens à la recherche les uns d'un terrain de stage, les autres d'un lieu d'installation, afin de leur offrir un accompagnement humain et de faire la promotion de leur territoire. Cela se fait dans certains départements, dans d'autres pas du tout.

Sur ce point, il me paraît fondamental d'augmenter le nombre de terrains de stage dans les zones sous-denses en levant les freins à leur attractivité. Je vois plusieurs mesures pour répondre à cette exigence : accroître l'incitation financière à devenir maître de stage, particulièrement dans les zones d'intervention prioritaire, en facilitant les formations à la maîtrise de stage et en bonifiant les honoraires pédagogiques de 30 %.

Plusieurs études convergent sur ce point : le stage est un canal privilégié pour favoriser la découverte des territoires et les futures installations.

Il convient également d'accompagner les étudiants en leur octroyant des indemnités de transport mieux conçues. Aujourd'hui, elles s'élèvent à 130 euros brut par mois dès lors que le terrain de stage est situé à plus de 15 kilomètres, et ce quelle que soit la distance parcourue. En outre, elles n'ont pas été revalorisées depuis 2014. C'est une source de blocage très puissant, qui empêche une bonne irrigation territoriale des étudiants en médecine. Il me paraît indispensable de procéder à la barémisation de cette indemnité et de la revaloriser annuellement pour tenir compte de l'évolution du coût de la mobilité et du prix des carburants. Une réflexion doit être menée pour examiner la possibilité d'ouvrir cette indemnité de transport aux étudiants en maïeutique (les sages-femmes), en pharmacie et en kinésithérapie. Dans les terrains éloignés du lieu de résidence et de formation, il faut encourager le développement des internats ruraux par les collectivités territoriales, lesquelles pourraient recevoir une dotation de lutte contre la désertification médicale pour faire face à ces nouvelles dépenses.

L'imagination est le maître mot pour lutter contre la désertification médicale. Plusieurs mesures novatrices pourraient être expérimentées, à l'instar d'une offre de soins itinérante dans les territoires ruraux, sous la forme d'un bus santé – cela a bien fonctionné pour la vaccination contre le covid –, de la mise en place d'un moratoire sur les fermetures de pharmacies pour éviter que ne se créent des déserts pharmaceutiques, de la défiscalisation des permanences de soins dans les zones sous-dotées, de la majoration des droits à retraite au terme de trois ou cinq ans d'exercice dans une zone d'intervention prioritaire et de la simplification des modalités de création des structures de coopération médicale. Les crises doivent être le creuset de solutions ambitieuses, mais simples.

J'en viens enfin aux solutions de plus long terme, afin d'accroître les capacités de formation des universités et des instituts de formation. Sur le temps long, ce sont les capacités de formation qui constituent le levier principal des politiques d'offre de soins, mais elles ne produisent leur effet qu'au terme d'un délai équivalent à la durée des études concernées, de cinq à dix ans. Le desserrement du *numerus clausus* à la rentrée 2020-2021, devenu *numerus apertus*, ne peut produire pleinement ses effets tant que les capacités de formation des universités sont contraintes. Il faut former plus d'étudiants, ce qui suppose des postes d'enseignants supplémentaires et des aménagements dans les facultés de médecine et des autres cursus pour accueillir ces nouveaux contingents.

Le cursus de formation pourrait être modifié pour tenir compte des inégalités territoriales : on pourrait ainsi créer une quatrième année de médecine professionnalisante, qui permettrait d'envoyer 3 900 médecins junior en priorité absolue dans les zones sous-denses. Il me paraît opportun d'accroître le nombre d'étudiants en médecine en portant de 40 % à 50 % le

nombre de places dans cette spécialité lors des épreuves de fin de deuxième cycle des études de médecine. Il est également de bonne pratique de rehausser le nombre de places à l'internat dans les spécialités les plus attractives dans les régions ayant plus de difficultés à attirer et d'envisager la possibilité que le cursus de masso-kinésithérapie soit universitaire pour lever les lourdes contraintes financières pesant sur le choix de ce cursus. De même, il serait de bonne pratique d'intégrer une formation à l'exercice libéral pendant les études médicales, pour éviter la fameuse peur de l'installation de certains jeunes praticiens. Il me paraît également nécessaire de diversifier l'origine sociale et géographique des étudiants en médecine pour favoriser des installations territoriales mieux réparties.

L'instauration de bourses pour les étudiants issus de zones sous-dotées est une formule à explorer : cette mesure, qui produit les effets les plus puissants à long terme, a fait ses preuves dans plusieurs pays. Un médecin qui s'installe dans un secteur sous-doté est lui-même souvent issu d'un tel territoire. Je connais la réticence de certains de mes collègues concernant les mesures de discrimination positive, mais c'est un pari qui s'appuie sur la littérature scientifique comparée, que m'ont encouragé à prendre les associations étudiantes que j'ai entendues. Je pense ici à la formule analogue mise en œuvre à l'Institut d'études politiques de Paris, dans le cadre des conventions d'éducation prioritaire.

Enfin, et c'est à mes yeux crucial, il faut déconcentrer les processus de décision en matière d'offre de soins libérale. Aujourd'hui, personne n'est responsable de la mauvaise répartition territoriale de l'offre de soins alors que plus d'un Français sur trois, voire bien plus, en pâtit. Tout le monde se renvoie la balle : l'absence de mécanismes correctifs et d'instance responsable de ces inégalités contribue au maintien des inégalités territoriales et au défaut de réponse rapide pour y remédier, tout en favorisant les corporatismes. Cela ne peut plus durer.

Il faut réaffirmer la mission de service public du système de santé, rappeler la nécessité de mettre en œuvre des mécanismes correctifs en faveur de l'équité territoriale en santé et développer la notion de responsabilité populationnelle territoriale. De même, il est impératif de mieux associer les élus locaux à l'organisation de la proximité des soins, dans une logique de subsidiarité et de connaissance territoriale plus fine, de renforcer la place des maires au sein de la gouvernance des hôpitaux et d'aller plus loin que ce qu'a permis la loi relative à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et portant diverses mesures de simplification de l'action publique locale (3DS) en renforçant les moyens alloués aux délégations départementales des agences régionales de santé en leur déléguant des compétences décisionnaires à l'échelon territorial.

Telle est la situation inquiétante qui nous attend en termes d'inégalités d'accès aux soins si nous ne faisons rien et si nous ne mettons pas en œuvre un bouquet de mesures pour tenter d'y remédier. Le bon accès

aux soins de nos concitoyens nous oblige à être ambitieux et volontaristes ; il faut répondre à cette urgence pressante. La crise nous a montré la faiblesse de notre système hospitalier, mais aussi la résilience de notre médecine de ville. Changeons d'approche et cessons de ne penser qu'à l'hôpital. Il est en effet ici question de l'égalité qui figure au sommet de notre pacte républicain, de la santé de la population et de l'attractivité de nos territoires. Répondons aux espoirs que les Français éloignés des soins placent dans la représentation nationale et faisons en sorte que cette décennie ne soit pas perdue !

M. Bruno Belin. – Je félicite le rapporteur pour son travail et son rapport sur ce sujet.

En ce qui concerne les téléconsultations, il faut avoir conscience qu'il existe une double peine : là où elle n'est pas possible, c'est non seulement parce qu'il n'y a pas de médecins, mais également parce qu'il n'y a pas de fibre ! En outre, les conventions de la Caisse primaire d'assurance maladie prévoient que les téléconsultations ne sont prises en charge que si elles ont lieu le 29 février, s'il y a de la neige et si le patient est en train de mourir... Elles ne rendent pas possible l'accès à un spécialiste. Évidemment, il faut qu'un professionnel de santé soit présent sur le lieu d'implantation afin d'accompagner, voire d'assister le patient.

Il faut évidemment revaloriser le tarif de la consultation des généralistes. Je rappelle que les plombiers de SOS Plombiers sont mieux payés que les médecins de SOS Médecins.

Les médecins âgés aujourd'hui de 67 ou 68 ans vont bientôt partir, car ils sont usés. Or il faut absolument conserver ces médecins expérimentés et flécher les assistants médicaux sur ces professionnels en premier lieu. Surtout, il faut absolument promouvoir des formations accélérées, car il est urgent de recruter.

Enfin, le *numerus apertus* est une supercherie : chaque université fixe le nombre d'étudiants qu'elle accueille, en fonction de ses moyens humains et de ses locaux. Les riches font des riches, les pauvres font des morts !

M. Michel Dennemont. – À titre personnel, ayant été infirmier à domicile pendant quarante-huit ans, je regrette que vous n'évoquiez dans votre rapport que les médecins et non toute la chaîne de soins.

Mme Évelyne Perrot. – Connaît-on le taux de femmes et d'hommes chez les étudiants en médecine, sachant que cette profession s'est énormément féminisée ?

Dans mon département, nous avons créé une maison d'accueil pour étudiants en médecine, avec des maîtres de stage des universités. Pour autant, les étudiants ne restent pas. Ils repartent dans la ville où ils ont fait leurs études. Il va falloir trouver une autre solution pour les retenir sur place.

M. Joël Bigot. – Je remercie le rapporteur pour la qualité de son travail et son exhaustivité.

Vous proposez aujourd’hui des mesures de discrimination positives en faveur des jeunes originaires des zones sous-denses. Or un jeune de 18 ans entre seul à l’université, mais en ressort douze ans plus tard dans une situation différente : il est parfois accompagné, sans possibilité de s’installer dans les zones sous-denses. Il faudra surveiller l’efficacité d’une telle mesure.

Quelles sont les différences entre les ZIP et les ZAC ?

Quid de la proposition votée par les deux chambres prévoyant que les jeunes médecins doivent effectuer leur dernière année de médecine dans des zones sous-denses ? Nous attendons toujours la publication du décret.

Enfin, quel est selon vous l’échelon le plus pertinent pour combattre la désertification médicale ?

Le rapport nous paraît de bonne facture, bien équilibré, ouvert. C’est pourquoi nous le voterons.

M. Gérard Lahellec. – Merci, monsieur le rapporteur, pour ce travail exhaustif.

Nous savons que le desserrement du *numerus clausus* ne produira pas ses effets à court terme. Nous sommes même en droit de nous demander s’il en produira tels que nous les souhaitons un jour !

Mon département, les Côtes-d’Armor, est dans une situation encore plus difficile que les autres départements bretons. Cette situation accroît le manque d’attractivité du territoire et dissuade de nouveaux praticiens de s’y installer. Une jeune cancérologue que j’interrogeais sur l’attractivité de son métier m’a répondu : « Vous savez, quand on passe plus de douze heures par jour au boulot, l’attractivité tient aux conditions de travail et d’exercice de son métier. » On gagnerait donc sûrement à renforcer l’attractivité de toute la chaîne médicale.

M. Jean Bacci. – À mon tour, je félicite le rapporteur pour son rapport. Nous nous reconnaissons tous dans les propos qu’il a tenus.

Permettez-moi de vous faire part de l’expérience qui a été menée il y a treize ans dans mon territoire du Var, laquelle a été un fiasco. Les médecins n’assurant plus la permanence des soins le soir et les week-ends, nous avons mis en place une cabine de téléconsultation, en relation avec une maison médicale. Les médecins locaux et le SAMU y ont vu une concurrence déloyale. Le SAMU n’y envoyait personne ! Peut-être étions-nous trop en avance...

Mme Marie-Claude Varailas. – À qui incombe la charge financière liée aux assistants médicaux ? En Dordogne, malgré la politique très

volontariste du département, un nombre très élevé de nos concitoyens n'ont plus aujourd'hui de médecin traitant.

Autre difficulté : les jeunes médecins touchent 2 000 euros pour une garde de vingt-quatre heures. Cela ne les incite pas à s'installer dans le département.

De nombreux professionnels, dans l'éducation nationale par exemple, ne choisissent pas leur affectation. Pourquoi ne pas exiger des étudiants qu'ils exercent quelques années dans les territoires en déficit ? La délégation aux droits de femmes a réalisé une étude sur la situation des femmes dans la ruralité. Treize départements en France n'ont plus de gynécologues médicaux. On en est là ! Je pense donc qu'on se doit de réfléchir à des mesures coercitives.

Mme Angèle Prévile. – Je remercie M. le rapporteur et Patricia Demas pour le travail très riche qu'ils ont mené.

Je suis entièrement favorable aux mesures de discrimination positive. Quelle proportion des étudiants en médecine sont fils d'agriculteurs ou d'ouvriers ? Je suis persuadée que cette proportion a beaucoup diminué par rapport à il y a trente ou quarante ans, ce qui pourrait en partie expliquer la désertification médicale. Les enfants d'agriculteurs viendraient plus facilement s'installer dans les territoires ruraux.

Dans ma communauté de communes, nous avons mis en place une formation pour les lycéens afin de les préparer à faire des études de médecine, ainsi que des bourses. Peut-être faut-il mettre en place ailleurs ce genre de dispositif ?

M. Jean-Claude Anglars. – Je remercie M. le rapporteur pour son travail, le diagnostic qu'il pose est bon, ainsi que les ordonnances !

Certaines des mesures évoquées me paraissent fondamentales. Le statut d'infirmier en pratique avancée est un sujet important. Il faut également que les médecins aient accès à un dossier médical partagé. Il faut créer des internats en milieu rural et une quatrième année de médecine générale pour projeter dans les territoires sous-denses 4 000 médecins junior. Enfin, il faut des maîtres de stage, car, on le sait, ce ne sont pas les aides financières qui favorisent l'installation.

Je suis d'accord sur les zonages : ils ont fait plus de mal que de bien.

Je suis également d'accord sur la création de commissions départementales. On sait comment se décident les choses aujourd'hui : les ARS décident chaque année du nombre de médecins qui seront formés. Or il faut que chaque territoire puisse s'exprimer sur le sujet.

M. Guillaume Chevrollier. – À mon tour, je salue le travail du rapporteur, qui pose un bon diagnostic.

L'accès aux soins est une préoccupation majeure de nos concitoyens. Dans la Mayenne, le conseil départemental a lancé des états généraux de la santé, qui ont abouti aux mêmes conclusions sur le développement des infirmiers en pratique avancée, le recours aux médecins retraités ou les contrats locaux de santé. Les internats doivent également être développés.

Vous n'avez pas abordé dans votre rapport la prévention, qui me semble pourtant être une voie intéressante à explorer, sachant que, selon les cancérologues, 40 % des cancers pourraient être évités.

Mme Christine Herzog. – Je félicite à mon tour le rapporteur pour son travail.

La situation des départements frontaliers n'est pas abordée dans le rapport. En Moselle, dans les communes situées près du Luxembourg, beaucoup de maires se plaignent, car de nombreux médecins quittent les maisons de santé qu'ils ont créées pour exercer au Luxembourg, pour des raisons financières.

Mme Laurence Muller-Bronn. – Je félicite également le rapporteur pour son travail sur ce véritable sujet de société.

Quel sera le profil des assistants médicaux, leur formation, leur niveau, leur rémunération ? De quelle manière pourront-ils assister les médecins ?

Nous manquons d'infirmiers. Où va-t-on en trouver ? Va-t-on déshabiller Paul pour habiller Jacques ?

Nous avons des médecins en Alsace, car ils peuvent se former en Allemagne, où le *numerus clausus* n'est pas appliqué, puis exercer en France. Cela étant, les équipements manquent. Aujourd'hui, un radiologue veut des IRM, des scanners, etc. De ce point de vue, nous sommes dépendants de l'ARS. Tant qu'on limitera le nombre de ces équipements, on n'améliorera pas l'attractivité des territoires ruraux.

Mme Évelyne Perrot. – Des communes se sont endettées pour construire des maisons de santé, accueillir des médecins étrangers, leur offrir des logements, parfois meublés, mais ces médecins rentrent chez eux au bout de deux ans, avec une manne pour faire construire une maison ! C'est un réel problème, sachant en outre qu'il arrive que ces médecins ne parlent pas du tout le français. Cette solution n'est donc pas la bonne.

M. Jean-François Longeot, président. – Je comprends les maires qui mettent en œuvre ce type de solution, mais cela provoque une concurrence entre communes.

La discrimination positive me paraît importante. On peut multiplier le *numerus clausus* par dix ou cinquante, mais si on continue à concentrer les médecins au même endroit, on n'améliorera pas la situation.

Il faudra que l'Ordre des médecins comprenne que des efforts doivent être faits, sinon des mesures coercitives devront être prises.

M. Bruno Rojouan, rapporteur. - Beaucoup de maires font l'acquisition de cabines de téléconsultation. Il est toutefois impensable qu'elles soient installées dans une mairie ou dans une maison France Services. En outre, il faut au minimum un professionnel de santé pour l'accueil des patients.

Dans le rapport, nous proposons que les médecins retraités intervenant en zones sous-denses soient exonérés de cotisations retraite. On peut aussi imaginer l'instauration d'un bonus pour les médecins retraités ou les médecins exerçant en zones sur-dotées qui consulteraient une journée ou une demi-journée par semaine dans une commune sous-dotée. Il faut imaginer des formules très souples.

Actuellement, un médecin peut suivre environ un millier de patients. Si l'on instaurait un médecin chef d'équipe, on pourrait passer à 2 500 patients par médecin. Il faut déléguer une partie des responsabilités des médecins à d'autres professionnels, pharmaciens ou infirmiers, et les décharger administrativement, sachant que nous manquerons de médecins dans les cinq ou six ans à venir. Il faut faire avec ce qu'on a !

Actuellement, les assistants médicaux sont payés par la CNAM. Ils sont en général titulaires d'un BTS. Leur temps de formation est donc assez court. L'Allemagne manque également de médecins, mais 100 % du temps du médecin est consacré au patient, grâce aux assistants médicaux.

Mme Laurence Muller-Bronn. - En France, certains médecins n'ont même pas un assistant, ils font tout eux-mêmes. Culturellement, le médecin français travaille seul. Il faut faire évoluer les mentalités, instituer une culture du partage des revenus et des connaissances.

M. Bruno Rojouan, rapporteur. - Les médecins formés aujourd'hui sont aux deux tiers des femmes, ce qui peut expliquer certaines évolutions. En outre, les jeunes disent qu'il ne faut pas compter sur eux pour travailler comme les anciens soixante-dix heures par semaine. Il faudra donc peut-être deux ou trois jeunes médecins pour remplacer un ancien !

Les ZIP sont des zones plus fragiles que les ZAC. À ce titre, les médecins installés dans les premières sont éligibles à un financement plus important.

En moyenne, les médecins étrangers restent six mois en France.

Si nous ne proposons pas d'instaurer une obligation d'installation, c'est parce que nous prévoyons par ailleurs deux mesures assez contraignantes. Nous n'autorisons les installations supplémentaires dans les territoires sur-dotés que lorsque des médecins s'en vont. En outre, il va être difficile de faire accepter la mesure sur le conventionnement / non-conventionnement ! Essayons donc de faire passer ces deux mesures

d'abord. Les 4 000 médecins junior, eux, seront envoyés dans les territoires sous-dotés, pour une période d'un an.

Le niveau départemental est plus approprié que l'échelon régional pour combattre la désertification médicale. Il est également important de faire entrer les élus locaux dans les instances de discussion et de décision.

Il ne faut pas non plus que nous donnions l'impression que l'État n'a plus de rôle à jouer dans ces inégalités.

Mme Martine Filleul. – Il faut mettre l'État face à ses responsabilités !

M. Bruno Rojouan, rapporteur. – On sait que les jeunes médecins qui s'installent dans des territoires ruraux sont souvent eux-mêmes issus du milieu rural. Il faut donc peut-être inciter les lycéens des territoires ruraux à faire des études de médecine. On compte 8 % d'enfants d'ouvriers chez les médecins, 45 % d'enfants de cadres. La discrimination positive se justifie pour ces raisons.

Par ailleurs, c'est dans les régions où l'on peine à implanter des médecins qu'il faut intensifier les formations dans les spécialités concernées.

Il faut envisager une autre chaîne de soins : le médecin serait chef d'équipe, le pharmacien entrerait dans la chaîne, ainsi que l'infirmier. Il n'y aurait plus besoin de passer systématiquement par le médecin pour renouveler une ordonnance ou pour être suivi pour une maladie chronique.

Si on arrive à mettre en œuvre ces quelques mesures – conventionnement / non conventionnement, blocage du nombre d'installations dans les territoires sur-dotés, augmentation du nombre de patients suivis par un médecin, instauration de maîtres de stage et octroi d'avantages importants, discrimination positive, dispositif des médecins junior –, cela ne sera pas si mal !

M. Jean-François Longeot, président. – Nous évoquons ce sujet de société depuis des années. L'État doit prendre ses responsabilités, la santé étant l'une de ses prérogatives.

Pour notre part, nous devons convaincre nos collègues de la commission des affaires sociales ! En tant que sénateurs, nous ne devons pas réfléchir en tant que professionnels de la médecine. Il faut penser aux territoires et régler les problèmes qui se posent – ceux des territoires transfrontaliers, ceux des communes qui s'endettent, etc.

Mme Martine Filleul. – Comme l'a indiqué Joël Bigot, il faut rappeler au Gouvernement l'engagement qu'il avait pris de publier le décret d'application prévu dans la loi de 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé que nous avons votée de manière transpartisane et qui prévoyait l'envoi d'internes dans les déserts médicaux. Ce travail transpartisan ne doit pas passer à la trappe.

La commission adopte à l'unanimité les propositions et autorise la publication du rapport d'information.

LISTE DES PERSONNES ENTENDUES

PERSONNES ENTENDUES PAR M. BRUNO ROJOUAN

Mardi 14 décembre 2021

- *Personnalité qualifiée* : **M. Emmanuel VIGNERON**, géographe de la santé.

- *Table ronde (Conférence des doyens des facultés de pharmacie, Conférence des doyens des facultés de médecine, Conférence des présidents d'université, Conférence des doyens des facultés de chirurgie dentaire)* : **MM. Gaël GRIMANDI**, président de la Conférence des doyens des facultés de pharmacie, **Patrice DIOT**, président de la Conférence des doyens des facultés de médecine, doyen de la faculté de médecine de Tours, **Joël ALEXANDRE**, président de l'université de Rouen (Conférence des présidents d'université), **Mme Caroline BERTRAND**, directrice de l'UFR Sciences odontologique de l'université de Bordeaux (Conférence des doyens des facultés de chirurgie dentaire), **M. Emmanuel NICOLAS**, doyen de la faculté de chirurgie dentaire de Clermont-Ferrand (Conférence des doyens des facultés de chirurgie dentaire).

Mardi 4 janvier 2022

- *Table ronde (Conseil national de l'ordre des infirmiers, Conseil national de l'ordre des sages-femmes, Ordre national des pédicures-podologues)* : **M. Patrick CHAMBOREDON**, président du Conseil national de l'ordre des infirmiers, **Mme Anne-Marie CURAT**, présidente du Conseil national de l'ordre des sages-femmes, **MM. David MEYER**, chef de cabinet, conseiller technique, chargé des relations institutionnelles (Conseil national de l'ordre des sages-femmes), **Guillaume BROUARD**, secrétaire général de l'Ordre national des pédicures-podologues.

- *Table ronde (Fédération nationale des étudiants en kinésithérapie, Association nationale des étudiants sages-femmes, Association nationale des étudiants en pharmacie de France)* : **M. Maxime BERNARD**, président de la Fédération nationale des étudiants en kinésithérapie, **Mmes Claire GORAL**, vice-présidente chargée de la stratégie de financement de la formation de la Fédération nationale des étudiants en kinésithérapie, **Laura FAUCHER**, présidente de l'Association nationale des étudiants sages-femmes, **Émie JOURNAIN**, vice-présidente chargée des affaires sociales de l'Association nationale des étudiants sages-femmes, **M. Numan BAHROUN**, président de l'Association nationale des étudiants en pharmacie de France, **Mme Juliette MARAT**, vice-présidente chargée de l'enseignement supérieur de l'Association nationale des étudiants en pharmacie de France.

Mardi 18 janvier 2022

- Table ronde (Regroupement autonome des généralistes jeunes installés et remplaçants [Reagjir], Intersyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale [ISNAR-IMG], Association nationale des étudiants en médecine de France [ANEMF], Intersyndicale nationale des internes [ISNI]), **Mmes Agathe LECHEVALIER**, présidente du Reagjir, **Mathilde RENKER**, présidente de l'ISNAR-IMG, **M. Adrien HAAS-JORDACHE**, vice-président de l'ISNAR-IMG, **Mme Rozenn CILLARD**, porte-parole chargée des relations publiques et de la communication de l'ANEMF, **MM. Gaëtan CASANOVA**, président de l'ISNI, **Mathieu BEAUDEAU**, vice-président politiques de santé et démographie médicale de l'ISNI.

Mardi 25 janvier 2022

- Association des maires de France et des présidents d'intercommunalité (AMF) : **M. Frédéric CHÉREAU**, maire de Douai, élu référent santé.

Jeudi 27 janvier 2022

- Table ronde (Syndicat des médecins libéraux [SML], Fédération des médecins de France [FMF]) **M. Philippe VERMESCH**, président du SML, **Mme Corinne LE SAUDER**, présidente de la FMF.

- Ministère des solidarités et de la santé - Direction générale de l'offre de soins : **Mmes Sophie AUGROS**, conseillère médicale de la directrice générale, **Nathalie SCHNEIDER**, cheffe de projet accès territorial aux soins, **M. Samuel DELAFUYS**, chef de bureau coopération et contractualisations.

Vendredi 28 janvier 2022

- Table ronde (Les entreprises de télémédecine [LET], Livi, Hellocare) : **MM. François LESCURE**, président de LET, **Cédric MERLAUD**, public affairs manager de Livi, **Paul-Martin GOUSSET**, public affairs officer de Livi, **Mme Amandine HAUTOT**, directrice commerciale d'Hellocare.

- Syndicat des médecins généralistes [MG France] : **M. Jacques BATTISTONI**, Président, **Mme Agnès GIANOTTI**, première vice-présidente.

Mardi 8 février 2022

- Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) : **M. Patrick BOUET**, président.

Mercredi 23 février 2022

- Confédération des syndicats médicaux français (CSMF) : **MM. Jean-Paul ORTIZ**, président et **Franck DEVULDER**, président des Spécialistes-CSMF

- Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) : **Mme Marguerite CAZENEUVE**, directrice déléguée à la gestion et à l'organisation des soins, **M. Artus DE CORMIS**, directeur adjoint de cabinet, **Mme Veronika**

LEVENDOF, responsable de la mission relations avec le parlement et veille législative.

**PERSONNES ENTENDUES AVEC LES RAPPORTEURS MMES MARTINE FILLEUL,
PATRICIA DEMAS ET CHRISTINE HERZOG ET M. BRUNO BELIN**

Mercredi 9 février 2022

- *Association des maires de France et des présidents d'intercommunalité (AMF)* : **Mmes Charlotte DE FONTAINES**, chargée des relations avec le Parlement, **Nathalie FOURNEAU**, responsable du département aménagement du territoire, **Constance DE PÉLICHY**, maire de La Ferté Saint-Aubin.

Mardi 15 février 2022

- *Association des maires ruraux de France (AMrF)* : **M. François DESCOEUR**, maire d'Anglards-de-Salers, membre du conseil d'administration de l'Association des maires ruraux de France, **Mme Adèle LABORDERIE**, juriste-conseil, **M. Cédric SZABO**, directeur.

- *Assemblée des petites villes de France (APVF)* : **MM. Vincent CHAUVET**, membre du Bureau, maire d'Autun, **Sacha BENTOLILA**, conseiller relations avec le Parlement.

Mardi 22 février 2022

- *Association nationale des pôles territoriaux et des pays (ANPP)* : **MM. Frédéric REISS**, premier vice-président, **Michaël RESTIER**, directeur, **Mme Lisa LABARRIÈRE**, chargée de mission.

Mardi 1^{er} mars 2022

- *Assemblée des communautés de France (AdCF)* : **M. Benjamin SAINT HUILE**, Président de la Communauté d'Agglomération Maubeuge-Val de Sambre.

- *Groupe SOS* : **Mme Chloé BRILLON**, Directrice générale action territoriale, notamment en charge des 1000 cafés, **M. Bertil DE FOS**, Directeur général d'Auxilia, cabinet du Groupe SOS, notamment en charge du programme « mon centre-ville un incroyable commerce ».

- *Agence nationale de la cohésion des territoires (ANCT)* : **M. Yves LE BRETON**, directeur général, **M. Agnès REINER**, directrice générale déléguée appui opérationnel et stratégique, **M. Jérôme GUTTON**, directeur général délégué Territoire et Ruralité, **M. Pierre-Louis ROLLE**, directeur inclusion numérique.

Mercredi 2 mars 2022

- *Assemblée des départements de France (ADF)* : **M. Bruno FAURE**, Président du département du Cantal.