

N° 646
SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2021-2022

Enregistré à la Présidence du Sénat le 3 juin 2022

PROPOSITION DE LOI

visant à favoriser l'accès aux soins dans les déserts médicaux,

PRÉSENTÉE

Par MM. Daniel CHASSEING, Jean-Pierre DECOOL, Emmanuel CAPUS, Jean-Pierre GRAND, Joël GUERRIAU, Jean-Louis LAGOURGUE, Claude MALHURET, Alain MARC, Pierre MÉDEVIELLE, Mme Colette MÉLOT, M. Franck MENONVILLE, Mme Vanina PAOLI-GAGIN, MM. Pierre-Jean VERZELEN, Dany WATTEBLED, Mmes Denise SAINT-PÉ, Valérie BOYER, MM. Alain HOUPERT, Jean HINGRAY, Patrice JOLY, Mathieu DARNAUD, Mmes Sabine DREXLER, Anne VENTALON, Frédérique GERBAUD, Brigitte MICOULEAU, Vivette LOPEZ, M. Patrick CHAUVET, Mme Françoise GATEL, MM. Ludovic HAYE, Jean-Noël GUÉRINI, Marc LAMÉNIE, Mmes Brigitte LHERBIER, Marie-Laure PHINERA-HORTH, M. Jean-Claude REQUIER, Mme Nadia SOLLOGOUB, MM. Jean-Pierre CORBISEZ, Jacques LE NAY et Henri LEROY,

Sénateurs et Sénatrices

(Envoyée à la commission des affaires sociales, sous réserve de la constitution éventuelle d'une commission spéciale dans les conditions prévues par le Règlement.)

EXPOSÉ DES MOTIFS

Mesdames, Messieurs,

En France, comme dans de nombreuses régions du monde, les déserts médicaux sont le symptôme d'un décalage progressif et persistant entre l'offre et la demande de soins. Leur existence contrarie le principe d'égal accès de chaque personne aux soins que son état de santé nécessite, découlant du droit à la protection de la santé reconnu à toute personne par le préambule de la Constitution de 1946.

En 2017, 11 300 communes étaient concernées par une offre de soins insuffisante pour sa population, soit une commune sur trois¹. Loin de se résorber, ce phénomène tend à s'aggraver, avec un effet ciseau résultant de l'augmentation de la demande de soins en raison du vieillissement de la population et du départ à la retraite d'un grand nombre de médecins généralistes non remplacés. L'Île-de-France figure parmi les régions les plus touchées, avec près de la moitié des médecins libéraux franciliens âgés de plus de 60 ans. Dans les territoires ultramarins, les tensions sur l'offre de soins sont exacerbées, en particulier à Mayotte dont la densité médicale est vingt fois plus faible que dans l'Hexagone. Conséquences directes d'un déséquilibre dans la démographie médicale, 20% des Français ne disposent pas de médecins traitants, près de la moitié des patients confrontés à des délais d'attente particulièrement longs décide de reporter ou de renoncer à leurs soins et les services des urgences sont de plus en plus saturés.

Ces déséquilibres dans la démographie médicale sont essentiellement dus à deux facteurs : le manque antérieur d'anticipation des besoins futurs avec une diminution du *numerus clausus* jusqu'au début des années 2000 et une moindre attractivité de certains territoires au regard de l'évolution des attentes des jeunes médecins, dans un contexte de liberté d'installation. Depuis une vingtaine d'année, les gouvernements successifs ont déployé une multitude de dispositifs pour tenter d'enrayer ce phénomène : incitations financières, fin du *numerus clausus*, création de postes de médecins généralistes à exercice partagé ville-hôpital, augmentation des délégations de compétences, création de postes d'assistants médicaux, etc.

¹ Emmanuel Vigneron : « La France des déserts médicaux », Le Monde, 30 mars 2017.

Si les incitations financières se sont révélées peu efficaces, il ressort d'une étude internationale menée par la DRESS² que les étudiants issus de déserts médicaux et ceux ayant effectué un stage en médecine générale ambulatoire, en particulier dans un désert médicale, sont plus enclins à s'installer dans ces mêmes zones.

Partant de ce constat, cette proposition de loi présente un ensemble de mesures, de court terme et de plus long terme, visant à favoriser l'accès aux soins dans les déserts médicaux.

Afin de limiter le reste à charge des patients contraints de se rendre aux urgences en raison d'une offre de soins limitée, l'**article 1^{er}** prévoit une exonération ou une limitation du forfait patient urgence dans les zones sous-dotées en médecins. Il s'agit d'une mesure de court terme, visant à améliorer l'accès aux soins non programmés dans les déserts médicaux et à lutter contre le renoncement aux soins d'une partie de la population.

L'**article 2** propose d'allonger d'un an la durée des études de médecine générale afin de prévoir une année de stage dans une zone sous-dotée, sous la responsabilité d'un médecin référent. Il s'agit de prévoir une immersion des étudiants prochainement diplômés dans les déserts médicaux afin d'encourager leur installation ultérieure et de favoriser l'accès aux soins dans ces territoires, sans remettre en cause la liberté d'installation des médecins.

L'**article 3** prévoit que les centres hospitaliers régionaux et les centres hospitaliers universitaires mettent à disposition du personnel médical pour renforcer l'offre de soins dans les centres de santé et les maisons de santé situées dans des déserts médicaux – les conditions de cette mise à disposition étant assurées par les projets territoriaux de santé.

L'**article 4** est un gage financier.

En complément de cette proposition de loi, nous défendons par ailleurs plusieurs mesures d'ordre réglementaire :

- instaurer un guichet unique d'accompagnement à l'installation des médecins dans les déserts médicaux visant à centraliser à l'échelle de chaque département les besoins territoriaux en coordination avec le conseil départemental, les aides financières, l'accompagnement administratif et les informations relatives à la vie familiale du professionnel ;

² « Remédier aux pénuries de médecins dans certains zones géographiques. Les leçons de la littérature étrangère » Les dossiers de la DRESS N°89, décembre 2021.

- développer le mentorat des étudiants en médecine issus de zones sous-dotées lors du premier cycle de leur scolarité afin de favoriser la découverte de la médecine et leur réussite ;

- plus généralement, favoriser l'attractivité des études médicales pour les élèves issus de la ruralité ;

- instaurer au sein des facultés de médecine une filière dédiée à la médecine rurale ;

- limiter le délai de soutenance de la thèse d'exercice en médecine à l'issue des études afin de favoriser l'installation rapide des médecins.

Enfin, nous encourageons vivement le gouvernement à effectuer une évaluation globale de l'efficacité des différents dispositifs déployés depuis 2005.

Proposition de loi visant à favoriser l'accès aux soins dans les déserts médicaux

Article 1^{er}

- ① I. – Le dernier alinéa du I de l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée : « Elle peut également être supprimée ou limitée, en cas de passage dans une structure des urgences d'un établissement de santé située dans une zone caractérisée par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins définie en application de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique, pour les assurés ayant leur domicile dans la même zone. »
- ② II. – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du I est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus à l'article 575 du code général des impôts.

Article 2

- ① I. – Le II de l'article L. 632-2 du code de l'éducation est ainsi modifié :
- ② 1° Avant le premier alinéa, il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :
- ③ « La durée du troisième cycle des études de médecine, fixée par le décret en Conseil d'État mentionné au III en fonction des spécialités, est d'au moins quatre années. » ;
- ④ 2° À la première phrase du même premier alinéa, le mot : « dernière » est remplacé par le mot : « troisième » ;
- ⑤ 3° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :
- ⑥ « La dernière année du troisième cycle de médecine générale consiste en un stage en pratique ambulatoire réalisé dans les zones mentionnées au même 1°, sous un régime d'autonomie supervisée, et sous la supervision d'un médecin généraliste libéral agréé situé dans cette même zone ou dans une zone voisine, d'un centre de santé, avec l'accord du président du conseil départemental de l'ordre des médecins. »
- ⑦ II. – Un décret précise les modalités d'application du I du présent article.
- ⑧ III. – Le I n'est pas applicable aux étudiants ayant entamé leur troisième cycle de médecine générale à la promulgation de la présente loi.

Article 3

- ① Le III de l'article L. 1434-10 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ② « En particulier, les projets territoriaux de santé déterminent les conditions dans lesquelles les directeurs de centres hospitaliers régionaux et centres hospitaliers universitaires mettent à disposition des personnels médicaux pour renforcer l'offre de soins dans les centres de santé et maisons de santé situés dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins, au sens du 1° de l'article L. 1434-4. »

Article 4

- ① I. – Les conséquences financières qui pourraient résulter pour l'État de l'application de la présente loi sont compensées, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle à l'article 575 du code général des impôts.
- ② II. – Les conséquences financières qui pourraient résulter pour les organismes de sécurité sociale de l'application de la présente loi sont compensées, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits mentionnés à l'article 575 du code général des impôts.