

PROPOSITION DE LOI

LUTTE CONTRE LA DÉSERTIFICATION MÉDICALE DES COLLECTIVITÉS

Première lecture



La désertification médicale s'accélère partout en France, mais frappe les territoires de manière différenciée. Afin de promouvoir un égal accès aux soins sur tout le territoire, les solutions nationales doivent être complétées par des initiatives locales.

La proposition de loi, qui vise à autoriser la mise à disposition de fonctionnaires territoriaux auprès de cabinets médicaux ou de maisons de santé, a été adoptée par la commission.

**1. EN RÉPONSE À LA DÉSERTIFICATION MÉDICALE, DIVERS DISPOSITIFS EXISTENT, PRINCIPALEMENT À L'ÉCHELLE NATIONALE****A. UNE INADÉQUATION ENTRE OFFRE ET DEMANDE DE SOINS EST À L'ORIGINE DE DIFFICULTÉS D'ACCÈS AUX SOINS****1. Une demande de soins dynamique peine à être satisfaite par une démographie médicale déclinante**

Depuis 2010, la France connaît un « effet ciseaux » entre offre et demande de soins. La conjonction d'une hausse de la demande de soins et d'une stagnation, voire d'une baisse, de l'offre de soins pose le défi de l'accès aux soins sur de nombreux territoires.

D'une part, la demande de soins tend à augmenter sous l'effet d'une démographie dynamique mais vieillissante : la population française s'est accrue de 2,5 millions d'habitants depuis 2010, et son âge moyen est en hausse de 2 ans sur la période.

D'autre part, l'offre de soins tend à décroître, notamment du fait du *numerus clausus* en vigueur de 1971 à 2019, qui a eu pour effet de déformer la pyramide des âges médicale, les cohortes formées avant son instauration étant plus nombreuses que les suivantes. Les départs à la retraite progressifs des générations de médecins formées avant l'instauration du *numerus clausus* expliquent donc une démographie médicale déclinante. Avec 214 000 médecins de moins de 70 ans en activité, la France a perdu 2 000 médecins depuis 2016, soit une baisse de 1 % des effectifs. Cette diminution est particulièrement marquée chez les généralistes, dont les effectifs ont chuté de 100 000 en 2012 à 94 500 en 2021, soit une baisse de 5,6 %.



2. Des difficultés d'accès aux soins aggravées par une répartition insuffisamment égalitaire des médecins sur le territoire

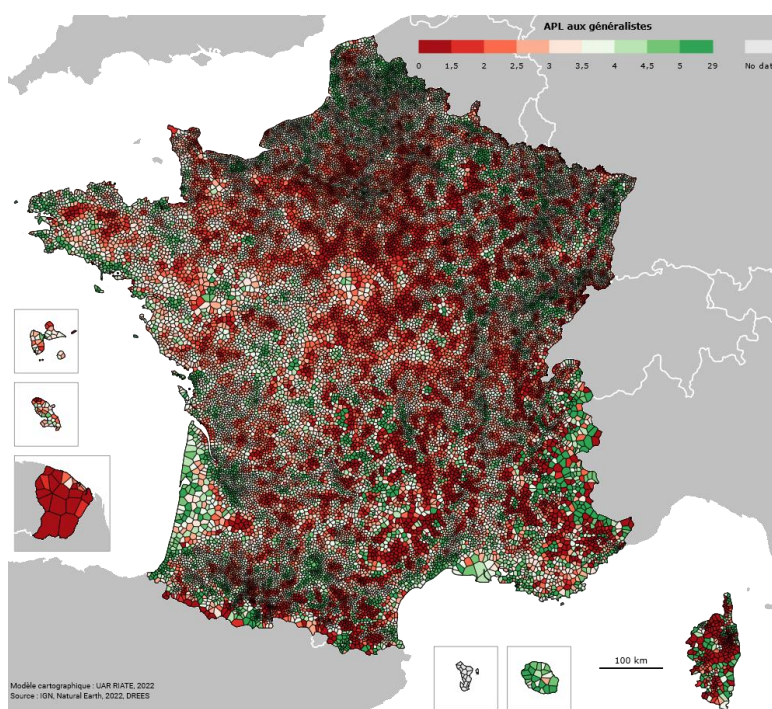
L'effet ciseaux entre offre et demande de soins provoque des difficultés d'accès aux soins différenciées selon les territoires.

L'**accessibilité potentielle localisée (APL)**, qui chiffre le **nombre de consultations disponibles par an et par habitant sur chaque territoire**, permet de quantifier la désertification médicale. Dans 86 départements, l'APL a diminué depuis 2015, reflétant une accessibilité médicale en recul. Dans 8 départements, la baisse de l'APL excède 15 % et est donc particulièrement préoccupante.

8,9 millions d'habitants (13 % de la population) vivent dans une commune dont l'APL est inférieure à 2,5 consultations de généralistes par an en 2021 et disposent donc d'une offre médicale insuffisante.

Les difficultés d'accès aux soins sont aggravées par une répartition insuffisamment égalitaire des médecins sur le territoire. Ainsi, la densité de médecins généralistes pour 100 000 habitants atteint 161 en Provence-Alpes-Côte d'Azur contre 110 en Centre – Val de Loire, et celle de spécialistes varie entre 72 en Guyane et 229 en Île-de-France.

APL aux généralistes par commune, en 2021



Source : Commission des affaires sociales du Sénat d'après données DREES

B. DES RÉPONSES AUJOURD'HUI PRINCIPALEMENT NATIONALES

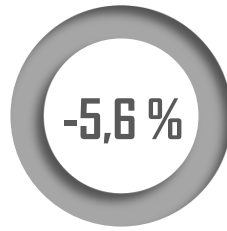
1. La définition de zones sous-denses, éligibles à des aides spécifiques

Pour mieux connaître les zones sous-denses en médecins et permettre d'apporter des réponses adaptées aux problématiques qu'elles rencontrent, **la loi a consacré à l'article L. 1434-4 du code de la santé publique la notion de « zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins »**, définies par le directeur général de l'ARS. Ces zones, **où habitent 72,2 % de la population française**, sont subdivisées entre des zones d'intervention prioritaire (ZIP) et des zones d'action complémentaire (ZAC), en fonction du niveau de déficit d'offre de soins.

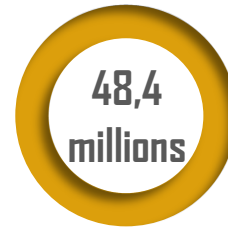
Dans ces zones, la loi prévoit la mise en place de « **dispositifs d'aide** » définis dans les conventions médicales afin de répondre à la désertification médicale.



Médecins généralistes en
exercice en 2021



Évolution depuis 2012



Population habitant en
zones sous-denses ARS

2. La Cnam et les ARS sont en première ligne dans la lutte contre la désertification médicale, tandis que les marges de manœuvre des collectivités sont plus limitées

La **Caisse nationale de l'assurance maladie** (Cnam) et les **agences régionales de santé** (ARS) sont aujourd'hui les **principaux financeurs** des dispositifs prévus en vue de favoriser l'accessibilité des consultations médicales.

En zones sous-denses uniquement, la Cnam propose quatre types de contrats incitatifs, notamment le **contrat d'aide à l'installation des médecins** visant à **financer les frais d'installation des médecins en zones sous-denses jusqu'à 60 000 €**, et le **contrat de solidarité territoriale médecin prévoyant des financements complémentaires pour l'exercice ponctuel en zones sous-denses**. Depuis leur création en 2017, environ 5 000 contrats ont été signés, pour un montant d'aides distribué de 94 millions d'euros. Afin de dégager du temps médical en réduisant la charge administrative pesant sur les médecins, la Cnam propose **une aide à l'embauche d'assistants médicaux** dans les cabinets libéraux, pouvant atteindre 36 000 euros par an en zones sous-denses.

Aux dispositifs conçus par la Cnam s'ajoutent ceux gérés par les ARS. Les deux principaux sont le **contrat de début d'exercice**, qui offre notamment aux médecins en primo-installation en zones sous-denses une **garantie de revenus** pour leur première année d'exercice, et le **contrat d'engagement au service public**, consistant en un versement de **1 200 euros bruts mensuels aux étudiants en médecine** en contrepartie d'un **engagement à exercer en zones sous-denses**.

Si la politique de santé relève en France de la responsabilité de l'État, **le caractère territorialisé de la désertification médicale pourrait justifier une implication accrue des collectivités**, pour mieux assurer l'accès aux soins sur leur territoire. Certaines collectivités sont déjà à l'origine d'initiatives notables au service de l'accès aux soins de leurs administrés. Parmi elles, **des aides financières** pour accompagner l'installation de médecins, **des mises à disposition de locaux**, ou encore **la création de centres de santé ou de maisons de santé**.

Dans une logique d'adaptation de la décision publique au plus près du terrain, de nouveaux leviers d'action pourraient être déployés afin de promouvoir un égal accès aux soins sur le territoire.

2. LA MISE À DISPOSITION DE FONCTIONNAIRES, UN NOUVEAU LEVIER D'ATTRACTIVITÉ MÉDICALE POUR LES COLLECTIVITÉS

A. LA MISE À DISPOSITION D'UN FONCTIONNAIRE EST AUJOURD'HUI RÉSERVÉE À CERTAINES ENTITÉS

La mise à disposition consiste, pour un agent public réputé occuper son emploi, en l'exercice de ses fonctions hors de l'administration où il a vocation à servir.

L'agent public mis à disposition continue à percevoir la rémunération correspondant à son corps ou cadre d'emploi d'origine, versée par l'administration d'origine et, sauf dérogation, remboursée par l'entité d'accueil. Il continue de bénéficier de ses droits à l'avancement et à la retraite.

La mise à disposition de fonctionnaires est encadrée par la loi et aujourd'hui **réservée à des entités de droit public, exerçant une mission de service public, ou – à titre expérimental et sur un champ restreint – des organismes sans but lucratif**.

La proposition de loi vise à élargir la liste des entités éligibles à la mise à disposition de fonctionnaires territoriaux en y ajoutant les cabinets médicaux et les maisons de santé situés en zones sous-denses.

B. LA MISE À DISPOSITION DE FONCTIONNAIRES TERRITORIAUX VISE À ALLÉGER LA CHARGE ADMINISTRATIVE ET FINANCIÈRE DES MÉDECINS SOUHAITANT S'INSTALLER EN ZONES SOUS-DENSES

La mise à disposition de personnel allègerait les contraintes financières et administratives pesant sur l'installation des médecins en zones sous-denses.

La mise à disposition d'un fonctionnaire local pourrait répondre à la préoccupation de médecins prêts à s'installer en zones sous-denses, mais **inquiets de la charge administrative à supporter en leur permettant de la partager, voire de la déléguer**. Dans une même logique de libération de temps médical, le personnel mis à disposition pourrait être chargé de l'accueil de la patientèle. Le fonctionnaire mis à disposition, à même de connaître les professionnels et les caractéristiques du territoire, pourrait également contribuer à **fluidifier la coordination de l'offre de soins**.

En ce qui concerne l'aspect financier, le texte entend **libérer temporairement le bénéficiaire de la charge des salaires et des cotisations du personnel**. Selon les termes de la convention de mise à disposition, les entités d'accueil pourraient en effet bénéficier d'une avance de trésorerie contribuant à lever des obstacles financiers associés à l'installation sur un nouveau territoire.

Le rapporteur a souhaité préciser **l'aspect temporaire du dispositif**, qui entend offrir au médecin le soutien nécessaire avant qu'il ne puisse recruter son propre personnel, et non s'y substituer durablement. **Aussi a-t-il présenté un amendement limitant la durée de recours à trois mois**, renouvelable deux fois et conditionnant à une arrivée récente la mise à disposition en cabinet.

En s'articulant avec les dispositifs pérennes existants, le texte ambitionne de proposer un accompagnement sur toute la durée de l'installation des médecins en zones sous-denses.

Afin de maintenir le lien entre mise à disposition et service public, le rapporteur a amendé le texte en conditionnant le recours au dispositif à la participation à la permanence des soins ambulatoires.

Réunie le mercredi 8 mars 2023 sous la présidence de Catherine Deroche, la commission des affaires sociales a adopté la proposition de loi modifiée par l'amendement de son rapporteur.



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



Daniel Chasseing
Sénateur (LIRT) de la Corrèze
Rapporteur

Consulter le dossier législatif

<https://www.senat.fr/dossier-legislatif/ppl22-102.html>