



N° 284

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

QUATORZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 10 octobre 2012.

PROPOSITION DE LOI

*visant à garantir un accès aux soins égal
sur l'ensemble du territoire,*

(Renvoyée à la commission des affaires sociales, à défaut de constitution d'une commission spéciale dans les délais prévus par les articles 30 et 31 du Règlement.)

présentée par

M. Philippe VIGIER,

député.

EXPOSÉ DES MOTIFS

MESDAMES, MESSIEURS,

Alors que le préambule de la Constitution de 1946, énonce en son article 11 que « la Nation [...] garantit à tous, [...] la protection de la santé », la France est aujourd'hui plus que jamais confrontée à une situation paradoxale en termes d'accès aux soins : malgré un niveau d'offre de soins encore globalement élevé et un nombre de médecins qui n'a jamais été aussi important, les inégalités d'accès aux soins s'accroissent dans nos territoires.

Notre système de santé est aujourd'hui confronté à un double défi ; démographique et économique. Il doit s'adapter et se moderniser pour garantir des soins de qualité à l'ensemble de la population.

Au 1^{er} janvier 2009, selon les chiffres publiés par l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE), la France comptait 101 667 généralistes et 107 476 spécialistes, soit un total de 209 143 médecins. Ce chiffre élevé constitue un record et s'explique par la formation d'un grand nombre de praticiens dans les années 1960 et 1970.

Pour autant, les difficultés et les inégalités d'accès aux soins devraient s'aggraver à court et moyen terme sous l'effet conjugué du vieillissement de la population, de l'évolution des modes de prise en charge, de la hausse du niveau d'exigence de nos concitoyens et de la forte prévalence des maladies chroniques.

Ces facteurs auront pour conséquence une augmentation importante de la demande de soins alors même, qu'en parallèle, le potentiel démographique des professions de santé devrait mécaniquement diminuer d'ici 2025.

En effet, la modulation d'un *numerus clausus* pour les études médicales, institué en 1971, a longtemps constitué le levier d'action privilégié par les pouvoirs publics pour équilibrer le niveau de l'offre de soins. Suite au resserrement du *numerus clausus* à partir de la fin des années soixante-dix, le nombre de médecins entrant dans la vie active chaque année a commencé à baisser à partir du milieu des années quatre-vingt-dix.

Ainsi, selon une étude de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DRESS) publiée en février 2009, le nombre de médecins en France devrait chuter d'ici 2019 avec 188 000 praticiens en exercice, soit 10 % de moins qu'en 2006. Il faut souligner que depuis le début des années 1990, la médecine française connaît de nombreuses mutations, notamment au niveau de ses modes d'exercice. Alors qu'il y a 30 ans, un médecin sur deux choisissait l'exercice libéral, ils ne sont plus qu'un sur dix à faire ce choix aujourd'hui. Entre le 1^{er} janvier 2009 et le 1^{er} janvier 2010, le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) note ainsi une baisse de 1 % des médecins inscrits en activité libérale et 25 % de médecins retraités en exercice libéral en plus sur la même période.

La densité médicale diminuera donc mécaniquement (292 professionnels pour 100 000 habitants en 2030 contre 327 aujourd'hui) puisque dans le même temps, la population française devrait augmenter de 10 %.

Cette densité moyenne cache cependant d'importantes disparités géographiques. Ainsi, la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) compte 419 médecins pour 100 000 habitants quand la Picardie n'en compte que 260. Il existe donc de forts écarts de densité médicale entre régions : des travaux réalisés par les missions régionales de santé révèlent que 2,3 millions de personnes vivent dans 643 zones identifiées comme « en difficulté » ou « fragiles » en termes de présence médicale. Or, la baisse du nombre de médecins va se traduire par un creusement de ces disparités, notamment dans les zones d'ores et déjà sous-médicalisées.

Certaines zones actuellement sous-médicalisées (comme le Nord-Pas-de-Calais, la Lorraine, la Basse-Normandie, le Centre et les Pays-de-Loire) se rapprocheraient de la moyenne, tandis que d'autres (comme le Poitou-Charentes, le Limousin et l'Aquitaine) passeraient d'une sous-population médicale à une situation bien meilleure que la moyenne. D'autres régions plutôt favorisées à l'heure actuelle, notamment le Languedoc-Roussillon et le Midi-Pyrénées, verraient leur situation s'inverser. La France va surtout devoir faire face à une aggravation des déserts médicaux dans les campagnes et les banlieues défavorisées. L'étude de la DRESS prévoit ainsi une diminution d'ici 2030 de 25,1 % du nombre de médecins exerçant en zone rurale et de 10,5 % dans les zones périurbaines.

Les projections réalisées en matière de démographie médicale convergent donc vers un seul et même constat : les disparités géographiques vont en s'accroissant.

La question de la démographie médicale ne peut donc plus se résumer au seul débat d'experts. L'accès équitable aux soins est devenu une des préoccupations quotidiennes majeures des Français.

Apporter une réponse ambitieuse au défi de la désertification médicale, c'est se fixer deux objectifs majeurs :

– Répondre aux inquiétudes des habitants des territoires ruraux et périurbains qui ont peur de ne pas pouvoir être pris en charge en cas de maladie et pour qui la désertification médicale est devenue une source d'anxiété et d'angoisse ;

– Renforcer l'attractivité des territoires affectés par l'absence d'une offre de soins cohérente, facteur déterminant pour choisir de s'installer ou non sur un territoire.

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, agit principalement sur la régulation du flux des étudiants par l'augmentation du *numerus clausus* et sur la régulation des flux d'internes et d'étudiants en région, en fonction des besoins.

Cette approche était basée sur une vision pluriannuelle organisée aux niveaux national et régional des dispositifs de détermination du *numerus clausus*, d'ouverture des postes aux examens d'internat et d'offre de post internat afin de rééquilibrer la démographie médicale.

Elle prévoit également la mise en place d'un contrat santé solidarité afin de lutter contre les déserts médicaux. Ce contrat prévoyait que les médecins des zones surdotées auraient obligation, à compter de 2012, de porter assistance à leurs collègues des zones sous-dotées. À défaut, ils se seraient vus astreints au versement d'une contribution de solidarité destinée à financer des mesures d'incitation à l'installation dans les zones sous-dotées. Or, quelques mois plus tard, en juin 2010, Roselyne Bachelot, alors ministre de la santé, annonçait qu'elle mettait « entre parenthèses » cette mesure phare dont les décrets d'application n'avaient pas encore été publiés.

En lieu et place de ce dispositif, le ministère de la santé confiait à l'ordre des médecins la mission de repérer les territoires et les périodes où la continuité des soins risque de ne pas être assurée, afin de trouver, avec les médecins concernés et les pouvoirs publics, les réponses les plus adaptées, selon un dispositif à déterminer ensemble et a annoncé la mise en œuvre d'un contrat entre l'agence régionale de santé et les médecins, basé sur le volontariat, avec notamment la proposition de contreparties aux médecins qui s'engagent à exercer dans une zone sous-dotée plusieurs demi-journées par semaine.

Cette mesure incitative demeure pourtant largement insuffisante. Il est devenu urgent d'apporter une réponse aux besoins de la population et de réduire les inégalités criantes entre les territoires en matière d'accès aux soins. Si aucune action n'est menée, les zones rurales risquent de présenter rapidement des carences graves en matière de desserte sanitaire.

En 2008, le Président de la République souhaitait que le développement des maisons de santé connaisse une accélération. Le projet de loi « hôpital, patients, santé, territoires » devait ainsi renforcer leur rôle en instituant un schéma régional d'aménagement de l'offre de soins ambulatoire, en partie fondé sur l'implantation de ces structures dans les territoires.

Pourtant, en dépit de l'incitation financière existante, ces structures tardent à se mettre en place. En effet, la fragilité juridique des dispositifs oblige les promoteurs-professionnels de santé à des montages complexes, et introduit des risques sociaux et fiscaux. Par ailleurs, les modalités classiques de rémunérations ne permettent ni de valoriser les nouvelles missions, ni d'adopter un cadre souple de répartition des ressources financières entre professionnels.

Ces mesures sont aujourd'hui insuffisantes pour répondre au défi majeur de l'accès équitable pour tous sur l'ensemble du territoire. Il faut apporter enfin une réponse à la fracture médicale qui s'aggrave dans notre pays. Dans cette perspective, une approche globale et un véritable pilotage de la démographie médicale sont nécessaires. Aussi, la présente proposition de loi a pour objet de renforcer les critères de démographie médicale dans la détermination du *numerus clausus*. Le nombre et la répartition des étudiants autorisés à poursuivre leurs études en médecine au-delà de la première année du premier cycle doivent être déterminés avant tout en fonction des évolutions prévisibles de la démographie médicale et des

besoins de santé de la population sur l'ensemble du territoire. C'est l'objet de l'article premier de la présente proposition de loi.

L'article 2 prévoit qu'au cours de la troisième année d'internat, tout étudiant en médecine doit exercer un stage pour une durée minimale de douze mois au sein d'une maison de santé pluridisciplinaire ou d'un établissement hospitalier dans les zones dans lesquelles est constaté un déficit en matière d'offre de soins afin de sensibiliser davantage les étudiants en médecine à la problématique de la désertification médicale.

L'article 3 vise à substituer à l'examen national classant un internat régional : alors que 80 % des jeunes médecins s'établissent dans la région dans laquelle ils ont été formés, le concours de l'internat national favorise le déracinement d'étudiant de leurs régions de formation. Dans ces conditions, ce système entretient et aggrave la fracture médicale et les inégalités d'accès aux soins quand en parallèle, les professionnels de santé restent peu enclins à contribuer de leur fait au rééquilibrage de la démographie médicale. Ainsi, un sondage commandité par le Conseil National de l'Ordre des Médecins montre que 63 % des étudiants et 60 % des jeunes médecins n'envisagent pas de s'installer en zone rurale, en raison des fortes exigences de disponibilité requises et de l'isolement de ces zones (BVA, 2007).

Le dispositif du cumul emploi-retraite est aujourd'hui sans effet sur la répartition territoriale des médecins et bénéficie au contraire prioritairement aux médecins installés en zones surdotées. L'article 4 vise par conséquent à renforcer le bénéfice du cumul emploi-retraite pour les territoires confrontés à la désertification médicale qui en ont le plus besoin.

L'article 5 prévoit qu'à partir de 2020, tout médecin doit, à l'issue de sa formation, et pour une durée minimum de trois ans, s'installer dans un secteur géographique souffrant d'un nombre insuffisant de médecins pour répondre aux besoins de la population en termes d'accès aux soins.

Outre la poursuite de l'augmentation du *numerus clausus* dont les effets ne seront visibles qu'à l'horizon 2020-2025, de nouvelles mesures de pilotage doivent être mises en place. C'est pourquoi les articles 6, 7 et 8, 9 et 10 conditionnent l'exercice de la médecine, de la chirurgie dentaire, de la profession de sage-femme, de la profession d'infirmier libéral, et de masseur-kinésithérapeute à l'octroi d'une autorisation d'installation délivrée par le représentant de l'État et le directeur général de l'agence régionale de santé selon des critères de démographie médicale. Ces articles permettront ainsi de se laisser la possibilité d'interdire les créations et

transferts de cabinets ayant pour conséquences de conduire au dépassement d'un nombre plancher de professionnels de santé pour 100 000 habitants. Les professionnels de la santé qui contreviendraient à ces règles d'installations ne verraient plus leurs actes remboursés par la sécurité sociale.

L'article 11 vise à développer la mise en place de la télémédecine par les établissements de santé, les cabinets médicaux, les maisons de santé et les pôles de santé.

L'article 12 procède à une coordination du code de la santé publique relatif aux compétences du directeur général de l'agence régionale de santé, eu égard aux responsabilités nouvelles que le dispositif lui confèrera.

Enfin, l'article 13 prévoit des clauses d'évaluation permettant d'apprécier les conditions de mise en œuvre des dispositions visées plus haut, d'évaluer leur impact effectif, et, le cas échéant, d'envisager leur évolution. À cette fin, il est proposé de constituer un comité d'évaluation qui rassemblera des parlementaires, des représentants de l'administration et des professions de santé. Il sera amené à procéder tous les deux ans à cette évaluation, et à en rendre compte tant au Gouvernement qu'au Parlement.

PROPOSITION DE LOI

Article 1^{er}

- ① Le 2° du I de l'article L. 631-1 du code de l'éducation est ainsi modifié :
- ② 1° À la première phrase, les mots : « tient compte » sont remplacés par les mots : « est arrêté en fonction » ;
- ③ 2° À la dernière phrase, après le mot : « garantir », sont insérés les mots : « un accès aux soins équitable sur l'ensemble du territoire et ».

Article 2

- ① Après la dernière phrase de l'article L. 632-5 du même code, il est inséré une phrase ainsi rédigée :
- ② « Au cours de la troisième année du troisième cycle des études médicales, tout étudiant en médecine doit effectuer un stage pratique, d'une durée minimale de 12 mois, au sein d'une maison de santé pluridisciplinaire, d'un pôle de santé ou d'un établissement de santé situés dans les zones, définies en application de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique, dans lesquelles est constaté un déficit en matière d'offre de soins. »

Article 3

- ① I. – L'article L. 632-2 du même code est ainsi modifié :
- ② 1° Le premier alinéa est ainsi modifié :
- ③ a) Après le mot : « ouvert », sont insérés les mots : « , dans chaque région, » ;
- ④ b) Sont ajoutés les mots : « dans la même région » ;
- ⑤ 2° Au deuxième alinéa, les mots : « subdivision territoriale » sont remplacés par le mot : « région » ;
- ⑥ 3° Après le deuxième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

- ⑦ « Chaque étudiant peut en outre se présenter aux épreuves classantes régionales organisées dans deux autres régions. » ;
- ⑧ 4° La première phrase du quatrième alinéa est complétée par les mots : « et les conditions dans lesquelles les étudiants admis en troisième cycle peuvent être autorisés à l'effectuer dans une région dans laquelle ils n'ont pas passé l'épreuve classante régionale mentionnée au deuxième alinéa du présent article. » ;
- ⑨ 5° À la fin de la seconde phrase du quatrième alinéa, le mot : « nationales » est remplacé par le mot : « régionales » ;
- ⑩ 6° Au dernier alinéa, les mots : « les subdivisions territoriales mentionnées au deuxième alinéa, » sont supprimés.
- ⑪ II. – Le quatrième alinéa de l'article L. 632-6 du même code est ainsi modifié :
- ⑫ 1° À la première phrase, après les mots : « lieux d'exercice », sont insérés les mots : « situés dans la région où a été dispensée leur formation et » ;
- ⑬ 2° La dernière phrase est supprimée.

Article 4

- ① Après l'article L. 1434-8 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1434-8-1 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 1434-8-1.* – Le mécanisme de solidarité faisant participer les médecins en zones surdenses à l'exercice de la médecine dans les zones sous-denses, prévu à l'article L. 1434-8, est complété par un abaissement de charges sociales pour les médecins au-delà de l'âge légal du départ en retraite, dès lors que ceux-ci exercent dans une zone sous-dense.
- ③ « Les conditions d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'État. »

Article 5

- ① Après l'article L. 4131-6 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 4131-6-1 ainsi rédigé :

- ② « *Art. L. 4131-6-1.* – Dans un délai de trois mois à compter de la délivrance de leur diplôme d'État de docteur de médecine, les médecins désireux d'exercer leurs fonctions à titre libéral en font la déclaration auprès de l'agence régionale de santé de la région dans laquelle ils souhaitent exercer. À partir de 2020, ils sont tenus de s'installer pour une durée d'au moins trois ans dans un territoire dans lequel le schéma visé à l'article L. 1434-7 indique que l'offre de soins de premier recours ne suffit pas à répondre aux besoins de santé de la population.
- ③ « L'alinéa précédent s'applique également aux médecins titulaires des titres de formation mentionnés à l'article L. 4131-1 et aux médecins mentionnés à l'article L. 4131-1-1, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État.
- ④ « Le non-respect du présent article donne lieu au versement, par le médecin concerné, d'une pénalité financière dont le montant est fixée par voie réglementaire. »

Article 6

- ① I. – Après l'article L. 4131-6 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 4131-6-2 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 4131-6-2.* – I. – Les créations, transferts ou regroupements de cabinets de médecins soumis aux conventions prévues à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale sont subordonnés à l'octroi d'une autorisation délivrée par le directeur général de l'agence régionale de santé, après avis du représentant de l'État dans le département et du conseil régional ou interrégional de l'ordre des médecins. Les créations et transferts de cabinets ayant pour conséquence de dépasser, dans les régions, une densité maximale de médecins pour 100 000 habitants ne peuvent être autorisés.
- ③ « II. – Dans le cas d'un transfert ou d'un regroupement de cabinets de médecins soumis aux conventions précitées d'une région à une autre, l'autorisation est délivrée par décision conjointe des directeurs généraux des agences régionales de santé territorialement compétentes, après avis des représentants de l'État dans les départements et des conseils régionaux ou interrégionaux de l'ordre des médecins concernés.
- ④ « III. – Lorsqu'il est saisi d'une demande de création, de transfert ou de regroupement de cabinets, le directeur général de l'agence régionale de

santé peut imposer une distance minimale entre l'emplacement prévu pour le futur cabinet et le cabinet existant le plus proche.

- ⑤ « IV. – En cas de création, transfert ou regroupement de cabinets non autorisé conformément aux I à III, le directeur général de l'agence régionale de santé peut prononcer le placement du médecin concerné hors des conventions mentionnées au I.
- ⑥ « V. – Le cabinet médical dont la création, le transfert ou le regroupement a été autorisé doit être effectivement exploité au plus tard à l'issue d'un délai d'un an à compter de la notification de l'autorisation, sauf cas de force majeure. En cas de non-respect de cette obligation, le directeur général de l'agence régionale de santé peut prononcer le placement du médecin concerné hors des conventions mentionnées au I. »
- ⑦ II. – L'article L. 4131-7 du même code est complété par les 3° à 7° ainsi rédigés :
- ⑧ « 3° Les conditions de délivrance de l'autorisation mentionnée à l'article L. 4131-6-2 ;
- ⑨ « 4° Les modalités de présentation et d'instruction des demandes d'autorisation de création, transfert et regroupement de cabinets médicaux ;
- ⑩ « 5° Les modalités de contrôle du respect des obligations prévues à l'article L. 4131-6-2 ;
- ⑪ « 6° Les conditions minimales d'installation auxquelles doivent satisfaire les cabinets médicaux ;
- ⑫ « 7° Les critères de définition de la densité maximale visée au I de l'article L. 4131-6-2. »

Article 7

- ① I. – Après l'article L. 4141-5-1 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 4141-5-2 ainsi rédigé :
- ② « Art. L. 4141-5-2. – I. – Les créations, transferts ou regroupements de cabinets de chirurgiens-dentistes sont subordonnés à l'octroi d'une autorisation délivrée par le directeur général de l'agence régionale de santé, après avis du représentant de l'État dans le département et des conseils régionaux ou interrégionaux de l'ordre des chirurgiens-dentistes concernés. Les créations et transferts de cabinets ayant pour conséquence de dépasser,

dans les départements, une densité maximale de chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants ne peuvent être autorisés.

- ③ « II. – Dans le cas d'un transfert ou d'un regroupement de cabinets de chirurgiens-dentistes d'une région à une autre, l'autorisation est délivrée par décision conjointe des directeurs généraux des agences régionales de santé territorialement compétentes, après avis des représentants de l'État dans les départements et des conseils régionaux ou interrégionaux de l'ordre des chirurgiens-dentistes concernés.
- ④ « III. – Lorsqu'il est saisi d'une demande de création, de transfert ou de regroupement de cabinets, le directeur général de l'agence régionale de santé peut imposer une distance minimale entre l'emplacement prévu pour le futur cabinet et le cabinet existant le plus proche.
- ⑤ « IV. – En cas de création, transfert ou regroupement de cabinets non autorisé conformément aux I à III, le directeur général de l'agence régionale de santé peut prononcer le placement du chirurgien-dentiste concerné hors de la convention mentionnée à l'article L. 162-9 du code de la sécurité sociale.
- ⑥ « V. – Le cabinet de chirurgiens-dentistes dont la création, le transfert ou le regroupement a été autorisé doit être effectivement exploité au plus tard à l'issue d'un délai d'un an à compter de la notification de l'autorisation, sauf cas de force majeure. En cas de non-respect de cette obligation, le directeur général de l'agence régionale de santé peut prononcer le placement du chirurgien-dentiste concerné hors de la convention mentionnée à l'article L. 162-9 du code de la sécurité sociale. »
- ⑦ II. – L'article L. 4141-6 du même code est complété par les mots et cinq alinéas ainsi rédigés :
- ⑧ « Il fixe également :
- ⑨ « – les conditions de délivrance de l'autorisation mentionnée à l'article L. 4141-5-2 ;
- ⑩ « – les modalités de présentation et d'instruction des demandes d'autorisation de création, transfert et regroupement de cabinets de chirurgiens-dentistes ;
- ⑪ « – les modalités de contrôle du respect des obligations prévues à l'article L. 4141-5-2 ;

- ⑫ « – les conditions minimales d’installation auxquelles doivent satisfaire les cabinets de chirurgiens-dentistes ;
- ⑬ « – les critères de définition de la densité maximale visée au I de l’article L. 4141-5-2. »

Article 8

- ① I. – Après l’article L. 4151-6 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 4151-6-1 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 4151-6-1.* – I. – Les créations, transferts ou regroupements de cabinets de sages-femmes sont subordonnés à l’octroi d’une autorisation délivrée par le directeur général de l’agence régionale de santé, après avis du représentant de l’État dans le département et du conseil interrégional de l’ordre des sages-femmes. Les créations et transferts de cabinets ayant pour conséquence de dépasser, dans les départements, une densité maximale de sages-femmes pour 100 000 habitants ne peuvent être autorisés.
- ③ « II. – Dans le cas d’un transfert ou d’un regroupement de cabinets de sages-femmes d’une région à une autre, l’autorisation est délivrée par décision conjointe des directeurs généraux des agences régionales de santé territorialement compétentes, après avis des représentants de l’État dans les départements et du ou des conseils interrégionaux de l’ordre des sages-femmes concernés.
- ④ « III. – Lorsqu’il est saisi d’une demande de création, de transfert ou de regroupement de cabinets, le directeur général de l’agence régionale de santé peut imposer une distance minimale entre l’emplacement prévu pour le futur cabinet et le cabinet existant le plus proche.
- ⑤ « IV. – En cas de création, transfert ou regroupement de cabinets non autorisé conformément aux I à III, le directeur général de l’agence régionale de santé peut prononcer le placement de la sage-femme concernée hors de la convention mentionnée à l’article L. 162-9 du code de la sécurité sociale.
- ⑥ « V. – Le cabinet de sages-femmes dont la création, le transfert ou le regroupement a été autorisé doit être effectivement exploité au plus tard à l’issue d’un délai d’un an à compter de la notification de l’autorisation, sauf cas de force majeure. En cas de non-respect de cette obligation, le directeur général de l’agence régionale de santé peut prononcer le placement de la

sage-femme concernée hors de la convention mentionnée à l'article L. 162-9 du code de la sécurité sociale. »

- ⑦ II. – L'article L. 4151-10 du même code est complété par six alinéas ainsi rédigés :
- ⑧ « Il fixe également :
- ⑨ « – les conditions de délivrance de l'autorisation mentionnée à l'article L. 4151-6-1 ;
- ⑩ « – les modalités de présentation et d'instruction des demandes d'autorisation de création, transfert et regroupement de cabinets de sages-femmes ;
- ⑪ « – les modalités de contrôle du respect des obligations prévues à l'article L. 4151-6-1 ;
- ⑫ « – les conditions minimales d'installation auxquelles doivent satisfaire les cabinets de sages-femmes ;
- ⑬ « – les critères de définition de la densité maximale visée au I de l'article L. 4151-6-1. »

Article 9

- ① I. – Après l'article L. 4311-11 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 4311-11-1 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 4311-11-1.* – I. – Les créations, transferts ou regroupements de cabinets d'infirmiers sont subordonnés à l'octroi d'une autorisation délivrée par le directeur général de l'agence régionale de santé, après avis du représentant de l'État dans le département et du conseil régional de l'ordre des infirmiers. Les créations et transferts de cabinets ayant pour conséquence de dépasser, dans les départements, une densité maximale d'infirmiers pour 100 000 habitants ne peuvent être autorisés.
- ③ « II. – Dans le cas d'un transfert ou d'un regroupement de cabinets d'infirmiers d'une région à une autre, l'autorisation est délivrée par décision conjointe des directeurs généraux des agences régionales de santé territorialement compétentes, après avis des représentants de l'État dans les départements et des conseils régionaux de l'ordre des infirmiers concernés.

- ④ « III. – Lorsqu’il est saisi d’une demande de création, de transfert ou de regroupement de cabinets, le directeur général de l’agence régionale de santé peut imposer une distance minimale entre l’emplacement prévu pour le futur cabinet et le cabinet existant le plus proche.
- ⑤ « IV. – En cas de création, transfert ou regroupement de cabinets non autorisé conformément aux I à III, le directeur général de l’agence régionale de santé peut prononcer le placement de l’infirmier ou l’infirmière concernés hors de la convention mentionnée à l’article L. 162-9 du code de la sécurité sociale.
- ⑥ « V. – Le cabinet d’infirmiers dont la création, le transfert ou le regroupement a été autorisé doit être effectivement exploité au plus tard à l’issue d’un délai d’un an à compter de la notification de l’autorisation, sauf cas de force majeure. En cas de non-respect de cette obligation, le directeur général de l’agence régionale de santé peut prononcer le placement de l’infirmier ou l’infirmière concernés hors de la convention mentionnée à l’article L. 162-9 du code de la sécurité sociale. »
- ⑦ II. – L’article L. 4311-29 du même code est complété par les 5° à 9° ainsi rédigés :
- ⑧ « 5° – les conditions de délivrance de l’autorisation mentionnée à l’article L. 4311-11-1 ;
- ⑨ « 6° – les modalités de présentation et d’instruction des demandes d’autorisation de création, transfert et regroupement de cabinets d’infirmiers ;
- ⑩ « 7° – les modalités de contrôle du respect des obligations prévues à l’article L. 4311-11-1 ;
- ⑪ « 8° – les conditions minimales d’installation auxquelles doivent satisfaire les cabinets d’infirmiers ;
- ⑫ « 9° – les critères de définition de la densité maximale visée au I de l’article L. 4311-11-1. »

Article 10

- ① I. – Après l’article L. 4321-11 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 4321-11-1 ainsi rédigé :

- ② « Art. L. 4321-11-1. – I. – Les créations, transferts ou regroupements de cabinets de masseurs-kinésithérapeutes sont subordonnés à l’octroi d’une autorisation délivrée par le directeur général de l’agence régionale de santé, après avis du représentant de l’État dans le département et du conseil régional de l’ordre de masseurs-kinésithérapeutes. Les créations et transferts de cabinets ayant pour conséquence de dépasser, dans les départements, une densité maximale de masseurs-kinésithérapeutes pour 100 000 habitants ne peuvent être autorisés.
- ③ « II. – Dans le cas d’un transfert ou d’un regroupement de cabinets de masseurs-kinésithérapeutes d’une région à une autre, l’autorisation est délivrée par décision conjointe des directeurs généraux des agences régionales de santé territorialement compétentes, après avis des représentants de l’État dans les départements et du ou des conseils interrégionaux de l’ordre des de masseurs-kinésithérapeutes concernés.
- ④ « III. – Lorsqu’il est saisi d’une demande de création, de transfert ou de regroupement de cabinets, le directeur général de l’agence régionale de santé peut imposer une distance minimale entre l’emplacement prévu pour le futur cabinet et le cabinet existant le plus proche.
- ⑤ « IV. – En cas de création, transfert ou regroupement de cabinets non autorisé conformément aux I à III, le directeur général de l’agence régionale de santé peut prononcer le placement du masseur-kinésithérapeute concerné hors de la convention mentionnée à l’article L. 162-9 du code de la sécurité sociale.
- ⑥ « V. – Le cabinet de masseurs-kinésithérapeutes dont la création, le transfert ou le regroupement a été autorisé doit être effectivement exploité au plus tard à l’issue d’un délai d’un an à compter de la notification de l’autorisation, sauf cas de force majeure. En cas de non-respect de cette obligation, le directeur général de l’agence régionale de santé peut prononcer le placement du masseur-kinésithérapeute concerné hors de la convention mentionnée à l’article L. 162-9 du code de la sécurité sociale. »
- ⑦ II. – L’article L. 4321-22 du même code est complété par les 5° à 9° ainsi rédigés :
- ⑧ « 5° – les conditions de délivrance de l’autorisation mentionnée à l’article L. 4321-11-1 ;

- ⑨ « 6° – les modalités de présentation et d’instruction des demandes d’autorisation de création, transfert et regroupement de masseurs-kinésithérapeutes ;
- ⑩ « 7° – les modalités de contrôle du respect des obligations prévues à l’article L. 4321-11-1 ;
- ⑪ « 8° – les conditions minimales d’installation auxquelles doivent satisfaire les cabinets de masseurs-kinésithérapeutes ;
- ⑫ « 9° – les critères de définition de la densité maximale visée au I de l’article L. 4321-11-1. »

Article 11

- ① L’article L. 6316-1 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ② « Les établissements de santé, les cabinets médicaux, les maisons de santé et les pôles de santé s’engagent à développer en France la mise en place de la télémédecine telle que définie par le présent article. »

Article 12

Au septième alinéa de l’article L. 1432-2 du code de la santé publique, après les mots : « présent code », sont insérés les mots : « et aux articles L. 4131-6-2, L. 4141-5-2 et L. 4151-6-1, L. 4311-11-1 et L. 4321-11-1 ».

Article 13

- ① I. – Avant la fin de la deuxième année suivant l’entrée en vigueur de la présente loi, un comité composé de députés, sénateurs, de représentants des collectivités territoriales, des administrations compétentes de l’État et des ordres des professions de santé concernées procède à l’évaluation de la mise en œuvre de la présente loi et propose les mesures d’adaptation qu’il juge nécessaires. Le rapport établi par ce comité est transmis au Gouvernement ainsi qu’au Parlement.
- ② II. – Un décret en Conseil d’État détermine les règles d’organisation et de fonctionnement de ce comité.

Article 14

- ① Les charges qui pourraient résulter de l'application de la présente loi pour l'État sont compensées à due concurrence par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.
- ② La perte de recettes et les charges qui pourraient résulter de l'application de la présente loi pour les organismes de sécurité sociale sont compensées à due concurrence par la majoration des droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

