



N° 477

# ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

QUINZIÈME LÉGISLATURE

---

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 6 décembre 2017.

## PROPOSITION DE LOI

*visant à lutter contre la désertification médicale,*

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

présentée par Mesdames et Messieurs

Olivier FAURE, Guillaume GAROT, Stéphane LE FOLL, Marie-Noëlle BATTISTEL, Gisèle BIÉMOURET, Jean-Louis BRICOUT, Christine PIRES-BEAUNE, Cécile UNTERMAIER, Joël AVIRAGNET et les membres du groupe Nouvelle Gauche <sup>(1)</sup> et apparentés <sup>(2)</sup>,

députés.

---

(1) *Ce groupe est composé de Mesdames et Messieurs* : Joël Aviragnet, Ericka Bareigts, Delphine Batho, Marie-Noëlle Battistel, Gisèle Biémouret, Christophe Bouillon, Jean-Louis Bricout, Luc Carounas, Alain David, Laurence Dumont, Olivier Dussopt, Olivier Faure, Guillaume Garot, David Habib, Régis Juanico, Marietta Karamanli, Jérôme Lambert, Stéphane Le Foll, George Pau-Langevin, Christine Pires Beaune, Dominique Potier, Joaquim Pueyo, François Pupponi, Valérie Rabault, Hervé Saulignac, Cécile Untermaier, Hélène Vainqueur-Christophe, Boris Vallaud.

(2) MM. Christian Hutin, Serge Letchimy, Mme Josette Manin.

## EXPOSÉ DES MOTIFS

MESDAMES, MESSIEURS,

Beaucoup de Français peinent aujourd'hui à trouver un médecin généraliste, sans même parler des spécialistes.

Avec près de 290 000 médecins inscrits à l'ordre, le nombre de praticiens n'a jamais été aussi élevé en France. Mais leur répartition sur le territoire n'a jamais été aussi inégale.

D'un côté des métropoles ou des départements très ensoleillés, au bord de la mer, avec des médecins en surnombre. Comme les départements de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, qui compte en moyenne 152,6 médecins généralistes pour 100 000 habitants.

De l'autre, des territoires urbains et ruraux qui n'ont pas la même attractivité, et des médecins qui manquent. La Centre-Val-de-Loire par exemple, compte 107 médecins généralistes pour 100 000 habitants.

Sur l'égal accès aux soins, de nombreux dispositifs ont en effet été imaginés, expérimentés, et généralisés depuis 2012. Ainsi, mille huit cents contrats d'engagement de service public ont été passés avec des étudiants. Près de mille maisons de santé ont été construites en cinq ans. Et le numerus clausus, a été augmenté de 11 % (élargissant ainsi de six cents places l'accès à la 2<sup>ème</sup> année de médecine).

Pourtant, les derniers chiffres publiés le 12 octobre 2017 par l'Ordre des Médecins concernant la démographie médicale sont particulièrement alarmants, notamment pour la médecine générale. La situation est également inquiétante pour certaines spécialités médicales.

La France comptait ainsi, au 1<sup>er</sup> janvier 2017, 88 137 médecins généralistes « en activité régulière » contre 97 012 en 2007, soit une baisse de près de dix mille généralistes en activité en moins de dix ans. Selon les projections du Conseil de l'Ordre, cette baisse devrait s'accroître dans les 10 prochaines années avec, sur la période 2007-2025, le départ à la retraite d'un médecin généraliste sur quatre.

Rapportée aux variations de la population, l'Atlas 2017 démontre également que ces disparités territoriales peuvent être plus graves qu'il n'y paraît : alors que dans quarante-cinq départements la population générale est en hausse, le nombre de médecins est en baisse.

Un récent rapport de la Cour des Comptes établit un diagnostic sans appel sur l'inégalité d'accès aux soins. Il met en lumière les impasses que connaît notre système de santé, et démontre que tous les instruments incitatifs à la disposition de l'assurance maladie et de l'État n'ont pas permis de lutter suffisamment contre les disparités territoriales, qui ne cessent de s'aggraver. Des disparités territoriales qui seraient de plus, très coûteuses, pour les patients, mais aussi pour l'assurance maladie.

Pour répondre à cette cruelle situation, la présente proposition de loi crée donc un dispositif de régulation de l'installation, appelé « conventionnement territorial ».

Au-delà, cette proposition s'inscrit dans un choix plus large pour un système de santé modernisé, fondé sur la double exigence d'égalité des citoyens et de qualité des soins.

Concernant l'accès à des soins de qualité, des transformations majeures ont été mises en place lors du précédent quinquennat : le tiers-payant généralisé d'abord, qui se pratique dans la plupart des systèmes de santé européens ; mais aussi l'obligation pour les employeurs de fournir une complémentaire santé à tous leurs employés, qui a bénéficié à plus de un million de salariés du secteur privé qui n'étaient pas couverts ; la mise en place de la protection universelle maladie, qui permet une prise en charge des frais de santé sans rupture de droits en cas de changement de situation professionnelle ou familiale. Sans oublier l'élargissement de l'accès à la CMU-C et à l'ACS, qui a bénéficié à un million de personnes supplémentaires.

D'un point de vue financier, au cours des cinq dernières années, notre système de santé a été préservé, pérennisé, sans qu'aucun droit n'ait été supprimé. De nouveaux droits ont même été créés. Ainsi, entre 2013 et 2017, l'Assurance maladie a connu une économie de seize milliards d'euros, notamment grâce à la baisse des coûts des médicaments, à la maîtrise médicalisée des dépenses, et au virage ambulatoire. Ces économies ont permis d'investir dans le budget des hôpitaux, en progression de dix milliards d'euros, et dans la création de trente et un mille postes de soignants à l'hôpital depuis 2012, dont vingt-six mille infirmiers.

L'enjeu est aujourd'hui de poser la bases d'un nouveau système de santé, accessible à tous, et financièrement soutenable. Rien ne sera possible sans une évolution des mentalités, faisant de la prévention le pivot d'une politique de santé.

C'est sans doute là une façon nouvelle de pratiquer la médecine, et d'envisager la santé de chacun. C'est une des clés de l'avenir.

Évolution des pratiques, prévention : c'est l'ensemble de l'offre de soins qui doit être repensé, avec des outils nouveaux, pour garantir à tous le même accès à la santé. Cela suppose un maillage médical adapté.

C'est l'objet de l'**article 1<sup>er</sup>** de la présente proposition de loi qui prévoit que dans des zones définies par les ARS en concertation avec les syndicats médicaux dans lesquelles existe un fort excédent en matière d'offre de soins, un nouveau médecin libéral ne peut s'installer en étant conventionné à l'assurance maladie que lorsqu'un médecin libéral de la même zone cesse son activité. Le principe de la liberté d'installation demeure donc, mais le conventionnement n'est possible que de manière sélective pour les nouvelles installations.

L'adoption d'un tel principe de conventionnement territorial des médecins libéraux permettrait de compléter utilement les dispositifs d'incitation à l'installation dans les zones sous-dotées. En matière de lutte contre les déserts médicaux, il est en effet urgent de mobiliser l'ensemble des solutions possibles, en particulier lorsque celles-ci ont déjà fait leurs preuves pour d'autres professions de santé. Rappelons par exemple que les pharmaciens sont soumis à des règles d'installation efficaces, puisque le maillage des pharmacies a été préservé en France.

L'**article 2** et l'**article 3** visent à garantir la mise en œuvre, par l'État, du tiers payant, dans les maisons de santé, et dans les centres de santé. Le tiers payant est un levier majeur pour faire évoluer l'offre de santé et faire progresser la justice sociale.

La généralisation du tiers payant, repoussée récemment par le Gouvernement, présente à l'évidence des enjeux techniques majeurs. Sa mise en œuvre en priorité dans les maisons de santé, et dans les centres de santé, incitera les professionnels à choisir ce mode d'exercice, libéral ou salarié, dans ces structures collectives. Cette mise en œuvre constituera la première étape de la généralisation du tiers-payant.

## PROPOSITION DE LOI

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

- 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 les zones définies par les agences régionales de santé en concertation avec les organisations syndicales représentatives des médecins au plan national, dans lesquelles est constaté un fort excédent en matière d'offre de soins, le conventionnement à l'assurance maladie d'un médecin libéral ne peut intervenir qu'en concomitance avec la cessation d'activité libérale d'un médecin exerçant dans la même zone.
- ③ Un décret en Conseil d'État fixe les modalités d'application du présent article. »

### Article 2

- ① Avant le dernier alinéa de l'article L. 6323-3 du code de la santé publique, sont insérés trois alinéas ainsi rédigés :
- ② « Sans préjudice des dispositions de l'article L. 161-36-3 du code de la sécurité sociale, les professionnels de santé exerçant dans les maisons de santé appliquent le tiers payant aux bénéficiaires de l'assurance maladie sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.
- ③ « Les conditions dans lesquelles est appliqué le tiers payant sur la part des dépenses couvertes par leur organisme d'assurance maladie complémentaire sont fixées par convention entre la maison de santé et les représentants des organismes complémentaire d'assurance maladie. Cette convention précise notamment le délai maximal de paiement, les conditions dans lesquelles le paiement peut être garanti au professionnel s'il est amené exceptionnellement à pratiquer le tiers payant au vu d'autres justificatifs de droits ainsi que les pénalités applicables en cas de non-respect du délai.
- ④ « Un décret en Conseil d'État fixe les modalités d'application du présent article. »

### **Article 3**

- ① Après le neuvième alinéa de l'article L. 6323-1 du code de la santé publique, sont insérés trois alinéas ainsi rédigés :
- ② « Sans préjudice des dispositions de l'article L. 161-36-3 du code de la sécurité sociale, les professionnels de santé exerçant dans les centres de santé appliquent le tiers payant aux bénéficiaires de l'assurance maladie sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.
- ③ « Les conditions dans lesquelles est appliqué le tiers payant sur la part des dépenses couvertes par leur organisme d'assurance maladie complémentaire sont fixées par convention entre la maison de santé et les représentants des organismes complémentaire d'assurance maladie. Cette convention précise notamment le délai maximal de paiement, les conditions dans lesquelles le paiement peut être garanti au professionnel s'il est amené exceptionnellement à pratiquer le tiers payant au vu d'autres justificatifs de droits ainsi que les pénalités applicables en cas de non-respect du délai.
- ④ « Un décret en Conseil d'État fixe les modalités d'application du présent article. »

### **Article 4**

La charge pour les organismes de sécurité sociale est compensée à due concurrence par la majoration des droits mentionnés aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.



