



N° 1542

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

QUINZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 19 décembre 2018.

PROPOSITION DE LOI

pour des mesures d'urgence contre la désertification médicale,

(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 Mesdames et Messieurs

Guillaume GAROT, Valérie RABAULT, Joël AVIRAGNET, Ericka BAREIGTS, Gisèle BIÉMOURET, Jean-Louis BRICOUT, Hervé SAULIGNAC, Sylvie TOLMONT, Cécile UNTERMAIER, Boris VALLAUD, Michèle VICTORY et les membres du groupe Socialistes ⁽¹⁾ et apparentés ⁽²⁾,

députés.

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

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

EXPOSÉ DES MOTIFS

MESDAMES, MESSIEURS,

Les récents mouvements qui ont secoué notre pays ont mis en lumière le sentiment d'abandon éprouvé par les habitants de certains de nos territoires.

En matière d'offre de soins, les enquêtes d'opinion le confirment : un Français sur deux en milieu rural a du mal à avoir accès à un médecin, selon une enquête réalisée par l'Institution Viaoice et publiée le mercredi 12 décembre dernier.

Les 296 755 médecins inscrits à l'Ordre n'ont jamais été aussi nombreux en France. Mais leur répartition sur le territoire n'a jamais été aussi inégale.

D'un côté, les métropoles et les départements littoraux qui comptent des médecins en très grand nombre. Les départements de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur comptent 343,9 médecins pour 100 000 habitants.

De l'autre, des territoires urbains et ruraux qui ne sont pas aussi attractifs et où les médecins manquent. La Région Centre-Val-de-Loire, par exemple, compte 224,6 médecins pour 100 000 habitants.

Face à cette inégalité, de nombreux dispositifs ont été imaginés, expérimentés, et généralisés depuis 2012. Mille huit cents contrats d'engagement de service public ont été passés avec des étudiants, et près de mille maisons de santé ont été construites en cinq ans.

Malgré ces efforts, les chiffres publiés par l'Ordre des médecins concernant la démographie médicale restent toujours aussi alarmants, notamment pour la médecine générale. La France compte, en 2018, 87 801 médecins généralistes « en activité régulière » contre 97 012 en 2007, soit une baisse 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 dix prochaines années.

Cette disparité territoriale est d'autant plus importante que dans quarante-cinq départements où la population générale est en hausse, le nombre de médecins est en baisse.

Pour répondre à l'urgence, le Gouvernement a présenté à la rentrée 2018, le plan « Ma santé 2022 », qui formule plusieurs propositions *a priori* utiles : déploiement de communautés professionnelles territoriales

de santé (CPTS), développement des assistants médicaux, suppression du *numerus clausus*.

Mais, la plupart de ces dispositifs s'inscrivent dans une logique d'incitation, comme les dispositifs mis en place ces dix dernières années, sans résultat probant.

Si la proposition de supprimer le *numerus clausus* est une des réponses à la diminution inquiétante du nombre de médecins généralistes installés, elle ne garantit en rien un meilleur maillage territorial de l'offre de soins.

Surtout, cette suppression ne répond pas à l'urgence de la situation, puisqu'elle ne concernera que les médecins diplômés dans une dizaine d'années, à l'issue de leur formation.

Un rapport de la Cour des Comptes publié en 2017 établit un diagnostic sans concession sur l'inégalité d'accès aux soins. Outre la mise en lumière des difficultés que connaît notre système de santé, ce rapport démontre que les nombreux dispositifs incitatifs très coûteux mis en place par l'assurance maladie et l'État n'ont pas permis de lutter efficacement contre les disparités territoriales, qui continuent de s'aggraver.

L'enjeu est de répondre à l'urgence pour apporter sans attendre les réponses les plus opérationnelles. Tous les leviers doivent être actionnés, pour mobiliser tous les moyens et ressources de temps médical disponible.

Il s'agit donc de faire appel à toutes les solutions, en levant certains blocages, en permettant aux territoires d'être innovants, et en conjuguant incitation et régulation de l'installation. C'est même par la régulation que les mesures d'incitation trouveront leur pleine efficacité.

La présente proposition de loi crée donc un dispositif de régulation de l'installation, appelé « conventionnement territorial ». Ce dispositif saura également être efficace pour permettre une plus juste répartition des futurs médecins diplômés, une fois effective la suppression du *numerus clausus*.

Cette proposition s'inscrit dans un choix plus large pour un système de santé modernisé, fondé sur une 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, hélas repoussé par l'actuel Gouvernement alors qu'il se pratique dans la plupart des systèmes de santé européens ;

l'obligation pour les employeurs de fournir une complémentaire santé à tous leurs employés, qui a bénéficié à plus d'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.

L'offre de soins doit être repensée, grâce à des outils nouveaux, qui pourront garantir aux médecins un exercice facilité, et aux citoyens un même accès à la santé sur tout le territoire.

C'est notamment l'objet de l'**article 1^{er}** de la présente proposition de loi qui prévoit que dans des zones définies par les partenaires conventionnels (assurance maladie et professionnels concernés), ou à défaut par les ARS après concertation des syndicats médicaux, dans lesquelles existe une offre de soins à un niveau particulièrement élevé, 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. C'est en fonction d'une moyenne nationale que pourra s'apprécier le niveau d'offre de soins, permettant de considérer des territoires particulièrement bien dotés en médecins généralistes et spécialistes ; le conventionnement à l'assurance maladie sera donc l'outil de cette régulation, pour ne pas densifier davantage des zones déjà suffisamment pourvues alors que d'autres manquent cruellement de médecins.

Le principe de la liberté d'installation demeure, mais le conventionnement n'est possible que de manière sélective pour les nouvelles installations.

Ce conventionnement territorial ne s'appliquerait pas aux médecins souhaitant conventionner avec l'assurance maladie en secteur 1, dans un territoire où l'offre de soins est abondante où les médecins conventionnés secteur 2 sont nombreux.

L'adoption de ce principe de conventionnement territorial des médecins libéraux permettrait de compléter utilement les dispositifs d'incitation à l'installation dans les zones sous-dotées existants. Pour lutter plus efficacement contre la désertification médicale, il est impératif de mobiliser l'ensemble des solutions possibles, en particulier lorsqu'elles ont fait leurs preuves pour d'autres professions de santé. Les pharmaciens, par exemple, sont soumis à des règles d'installation efficaces, puisque le maillage des pharmacies a été préservé en France.

Ce dispositif ne saura être réellement efficace que s'il s'accompagne d'un véritable soutien aux territoires sous-dotés.

C'est l'objet de l'**article 2** de la présente proposition de loi, qui prévoit le soutien aux « territoires innovation santé » dans les zones sous-dotées, via notamment l'attribution de crédits du fonds d'intervention régional, qui permettra à ces territoires de développer des liens entre la médecine de ville et les établissements de santé et leurs plateaux techniques, pourra permettre l'organisation de la permanence des soins, et développera la télémédecine et la téléexpertise.

L'**article 3** assouplit les procédures d'autorisation d'exercice des personnes titulaires d'un diplôme, certificat, ou autre titre permettant l'exercice de la profession de médecin obtenu dans un État autre que les États membres de l'Union européenne. Cet article indique que les candidats à la profession de médecin, après avoir satisfait aux épreuves nécessaires, doivent justifier d'un an de fonctions accomplies dans un service ou un organisme agréé pour la formation des internes, contre trois ans actuellement.

Cet article, comme le suivant, est inspiré des conclusions du Rapport parlementaire d'enquête sur l'égal accès aux soins des Français sur l'ensemble du territoire et sur l'efficacité des politiques publiques mises en œuvre pour lutter contre la désertification médicale en milieu rural et urbain (juillet 2018).

L'**article 4** de la présente proposition de loi développe l'assistance aux médecins. Ce dispositif qui autorise les remplaçants ou les adjoints de médecin à exercer la médecine en cas d'afflux exceptionnel de population, doit également pouvoir être mis en place dans les zones sous-dotées.

Pour garantir un maillage territorial efficient de l'offre de soins, les médecins, pharmaciens et les autres professionnels de santé doivent pouvoir coopérer facilement, afin de faciliter l'accès aux soins de tous.

L'**article 5** prévoit ainsi une expérimentation visant à permettre à des pharmaciens d'officine de pouvoir dispenser certains médicaments, dont la liste est définie par arrêté des ministres, à prescription médicale obligatoire dans le cadre d'un protocole inscrit dans les projets des communautés professionnelles territoriales de santé. Cette expérimentation fera l'objet d'un rapport d'évaluation transmis au Parlement par le Gouvernement.

PROPOSITION DE LOI

Article 1^{er}

- ① I. – Après le 20° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, il est inséré un 20 *bis* ainsi rédigé :
- ② « 20° *bis* Les conditions à remplir pour être conventionné, notamment celles relatives aux zones d'exercice définies par l'agence régionale de santé en application de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique ; »
- ③ II. – Si dans les douze mois suivant la promulgation de la présente loi, aucune mesure de limitation d'accès au conventionnement n'a été instituée dans les conditions prévues au 20° *bis* de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, l'accès des médecins au conventionnement prévu par ledit article est régulé dans les conditions suivantes :
- ④ 1° Le directeur général de l'agence régionale de santé détermine par arrêté, après concertation avec les représentants des médecins, les zones dans lesquelles le niveau de l'offre de soins est particulièrement élevé ;
- ⑤ 2° Dans les zones mentionnées au 1°, un médecin ne peut accéder au conventionnement que concomitamment à la cessation d'activité d'un confrère exerçant dans la même zone. Est assimilé à une cessation d'activité le transfert de la résidence professionnelle du confrère vers une zone mentionnée au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique ;
- ⑥ 3° Le 2° ne s'applique pas au médecin souhaitant adhérer à la convention mentionnée à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale qui s'engage à respecter les tarifs qui y sont fixés.
- ⑦ Les 1°, 2° et 3° cessent d'avoir effet à la date d'entrée en vigueur des mesures de limitation d'accès au conventionnement instituées dans les conditions prévues au 20° *bis* de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale.
- ⑧ Les modalités d'application du présent II sont fixées par décret en Conseil d'État.

Article 2

- ① Le deuxième alinéa de l'article L. 1434-13 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée :
- ② « L'attribution des crédits de ce fonds vise principalement à constituer des territoires « innovation santé », notamment au regard des liens développés avec les établissements de santé et leurs plateaux techniques, des nouvelles technologies de l'information et de la communication ou de l'organisation de la permanence des soins, dans les zones mentionnées au 1° de l'article L. 1434-4. »

Article 3

La première phrase du cinquième alinéa du I de l'article L. 4111-2 du code de la santé publique est complétée par les mots : « ; cette durée est ramenée à une année lorsque la résidence professionnelle dans laquelle le candidat déclare à l'autorité compétente vouloir s'établir est située dans une zone mentionnée au 1° de l'article L. 1434-4 ; dans ce cas, le candidat autorisé à exercer ne peut demander son inscription au tableau prévu à l'article L. 4112-1 qu'auprès du conseil départemental de l'ordre dans le ressort duquel se trouve la résidence professionnelle qui a été déclarée à l'autorité compétente »

Article 4

- ① Le premier alinéa de l'article L. 4131-2 du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° La première occurrence du mot : « soit » est supprimée ;
- ③ 2° Après la première occurrence du mot : « médecin » sont insérés les mots : « , ou à titre de renfort dans les zones mentionnées au 1° de l'article L. 1434-4 » ;
- ④ 3° La deuxième occurrence du mot : « soit » est remplacée par le mot : « ou » ;
- ⑤ 2° Après la deuxième occurrence du mot : « médecin » sont insérés les mots : « dans les zones mentionnées au 1° du même article ou ».

Article 5

- ① I. – À compter du 1^{er} janvier 2019, l'État peut, à titre expérimental et pour une durée de trois ans, autoriser la dispensation, par les pharmacies d'officine, de certains médicaments à prescription médicale obligatoire dans le cadre de protocoles inscrits dans les projets de santé des communautés professionnelles territoriales de santé.
- ② II. – Un décret fixe le champ et les modalités de mise en œuvre des expérimentations prévues au I. Il précise notamment les caractéristiques de l'appel à projets national ainsi que les conditions d'évaluation de l'expérimentation en vue d'une éventuelle généralisation.
- ③ Le contenu de chaque projet d'expérimentation est défini par un cahier des charges arrêté par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.
- ④ Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la liste des projets retenus au vu des résultats de l'appel à projets national après avis des agences régionales de santé concernées.
- ⑤ III. – Un rapport d'évaluation est réalisé six mois avant le terme de l'expérimentation et fait l'objet d'une transmission au Parlement par le Gouvernement.

Article 6

- ① Les charges pour l'État sont compensées à due concurrence par la création de taxes additionnelles aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.
- ② Les charges 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.

Ericka BAREIGTS,