



N° 1612

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

QUINZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 23 janvier 2019.

RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES SUR LA
PROPOSITION DE LOI *pour des mesures d'urgence contre la désertification médicale,*

PAR M. GUILLAUME GAROT,

Député.

Voir le numéro :

Assemblée nationale : 1542.

SOMMAIRE

	Pages
AVANT-PROPOS	5
COMMENTAIRES D'ARTICLES	7
<i>Article 1^{er}</i> : Limitation de l'accès au conventionnement pour les médecins dans les zones suffisamment dotées	7
<i>Article 2</i> : Constitution de territoires « innovation santé ».....	18
<i>Article 3</i> : Réduction à un an de la période probatoire des médecins titulaires de diplômes étrangers lauréats des épreuves de vérification des connaissances.....	19
<i>Article 4</i> : Assouplissement des modalités d'assistance aux médecins exerçant en zones sous-denses	23
<i>Article 5</i> : Mise en place d'un cadre expérimental relatif à la dispensation de certains médicaments à prescription obligatoire dans le cadre de protocoles de coopération.....	28
<i>Article 6</i> : Gage.....	32
ANNEXES	33
ANNEXE N° 1 : PERSONNES AUDITIONNÉES PAR LE RAPPORTEUR	33
ANNEXE N° 2 : LISTE DES TEXTES SUSCEPTIBLES D'ÊTRE ABROGÉS OU MODIFIÉS À L'OCCASION DE L'EXAMEN DE LA PROPOSITION DE LOI	35
COMPTE RENDU DES DÉBATS	37

AVANT-PROPOS

Il y a tout juste une année, l'Assemblée nationale examinait une proposition de loi portant sur la lutte contre les déserts médicaux ⁽¹⁾. Inscrit à l'ordre du jour par le groupe Nouvelle gauche, rejeté par la majorité parlementaire, le texte portait notamment sur la mise en place d'un mécanisme de limitation du conventionnement avec l'assurance maladie dans les zones les plus largement dotées en médecins - généralistes comme spécialistes. Deux arguments étaient alors avancés à l'appui du rejet : disposer de davantage de temps pour appliquer les mesures incitatives prévues par la convention médicale de 2016, attendre le plan santé dont on annonçait la sortie imminente et qui comportait un volet d'accès aux soins.

Un an plus tard, le contexte doit alerter la représentation nationale. Un certain nombre de nos concitoyens ont fait état de leur sentiment d'abandon. Ces demandes ne peuvent être ignorées et si les doléances apparaissent nombreuses ou parfois contradictoires, il appartient à la représentation nationale de les considérer, de les discuter et, éventuellement de les examiner. Les questions d'accès aux soins demeurent à cet égard l'une des principales inquiétudes exprimées par nos concitoyens. Depuis plusieurs années, nous constatons un affaissement significatif de la courbe de la démographie médicale. Aucun inversement de la tendance n'interviendra au mieux avant la fin des années 2020. Tous les acteurs partagent ce constat : représentants des médecins, administration, élus locaux comme élus nationaux. Peut-on décemment espérer un redressement de la situation et endurer une dizaine d'années d'attente ? Cette situation n'est objectivement pas « entendable ».

La régulation de l'installation n'a jamais été tentée dans notre pays qui lui a préféré les mesures incitatives. À l'évidence, celles-ci, même si elles sont nécessaires et utiles ne peuvent à elles seules permettre une meilleure répartition de l'offre médicale. Car tel est le constat auquel nous sommes aujourd'hui confrontés. Des territoires entiers de notre pays sont aujourd'hui délaissés, les départs en retraite de médecins n'étant pas compensés par l'arrivée de nouvelles générations. Or, la fermeture d'un cabinet se traduit parfois à court terme par le départ des autres professionnels de santé (pharmaciens, infirmiers,...). Doit-on, par fatalisme, acter que certains de nos concitoyens ne méritent pas d'être convenablement soignés ?

La régulation a donc vocation à élargir la palette des outils aujourd'hui existants pour permettre une répartition plus harmonieuse des personnels médicaux sur notre territoire. Pourquoi rejeter *a priori* une solution avant même de l'avoir essayée ? Comment peut-on à l'avance savoir qu'elle générera des effets pervers alors qu'elle n'a encore jamais été appliquée ?

À l'inverse, l'histoire nous montre que les mesures incitatives n'ont pas permis d'enrayer la situation dramatique des déserts médicaux. Il n'est qu'à

(1) Proposition de loi n° 477 visant à lutter contre la désertification médicale.

regarder les chiffres de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) pour constater que les écarts sont criants (*cf.* commentaire de l'article premier). Les axes du plan « Ma santé 2022 » ont leur pertinence. Il faut favoriser l'exercice partagé, encourager la coordination entre professionnels de santé, davantage inciter à l'exercice en zone sous-denses, davantage raisonner en termes de temps médical partagé. Cette prise de conscience est heureuse. Elle n'en est pas moins tardive et peu adaptée à la situation actuelle. Les élus locaux, confrontés au malaise de leurs concitoyens et à leurs besoins, ont tenté l'exercice regroupé, ont tenté la coordination de l'action des médecins, se sont saisis des outils d'incitation. Cela ne suffit malheureusement pas. Tous les élus des territoires délaissés partagent ce constat : parce qu'ils n'ont pas cédé au fatalisme, ils ont entendu favoriser l'attractivité de leur territoire, construire des maisons de santé, encourager les stages. Mais aucune de ces solutions même mises ensemble, n'ont suffi à répondre au problème, faute de médecins intéressés ! La suppression du *numerus clausus* est aussi une bonne idée mais elle ne produira ses effets qu'au mieux dans dix ans. D'ici là, il importe en conséquence d'essayer une nouvelle modalité d'organisation des soins avec la régulation de l'offre.

Ces mesures de régulations concernent d'ailleurs aujourd'hui tous les professionnels de santé, à l'exception des médecins. Chirurgiens-dentistes, sages-femmes, pharmaciens, infirmiers libéraux se sont dotés de mécanismes de répartition de l'offre de soins en s'appuyant par ailleurs sur l'indicateur d'accès aux soins développé par la DREES et l'IRDES⁽¹⁾⁽²⁾. La possibilité de recourir à la régulation de l'installation concerne aussi les autres professions de santé, le principe de la négociation par la voie conventionnelle figurant dans le code de la sécurité sociale. Seule la profession des médecins n'est pas concernée par cette mesure. Dans le contexte actuel, qu'est-ce qui justifie aujourd'hui une telle spécificité ? Pour quelles raisons, la régulation de l'offre fonctionnerait-elle pour les autres professions de santé mais n'emporterait que des effets négatifs pour les médecins ?

Pivot du système de santé, les médecins sont au cœur de l'organisation du système de soins. Tout notre système a été construit autour du médecin traitant, par ailleurs généraliste. Ce pacte ne peut être rompu. Parce que de nombreux patients se trouvent sans solution, il appartient aux médecins eux-mêmes, en toute responsabilité, de relever, avec la puissance publique, le défi d'une juste répartition sur le territoire national.

La régulation n'est sans doute pas la panacée. Elle n'est pas une solution miracle. Mais il serait fâcheux d'écarter cette voie alors que de nombreux patients sont en déshérence. La régulation est même la condition d'efficacité des mesures d'incitation. C'est le levier manquant de la politique publique de l'offre de soins. Telle est la conviction du rapporteur.

(1) Institut de recherche et documentation en économie de la santé.

(2) L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL).

COMMENTAIRES D'ARTICLES

La Commission des Affaires sociales a adopté la proposition de loi modifiée. En conséquence, elle demande à l'Assemblée nationale d'adopter la présente proposition de loi dans le texte figurant dans le document annexé au présent rapport (<http://www.assemblee-nationale.fr/15/ta-commission/r1612-a0.asp>).

Article 1^{er}

Limitation de l'accès au conventionnement pour les médecins dans les zones suffisamment dotées

Supprimé par la commission

Cet article portant sur la régulation du conventionnement des médecins part du constat que les seules mesures incitatives échouent à résorber les inégalités territoriales d'accès aux soins.

Il étend des mesures de régulation par la voie conventionnelle aux médecins à l'instar des dispositifs existants pour les autres professions de santé. Il vise en priorité à contenir la densification des médecins, généralistes comme spécialistes, dans les zones suffisamment dotées. Coordonnée aux dispositifs déjà en place, la régulation doit en outre renforcer l'impact des mesures incitatives dans les zones sous-denses.

Compte tenu de la diminution de la courbe démographique des médecins dans les dix prochaines années, il prévoit, par dérogation et dans l'attente de l'entrée en vigueur de la régulation conventionnelle, la mise en place immédiate d'une régulation administrative.

I. L'INSUFFISANCE DE L'OFFRE DE SOINS EXIGE DES MESURES D'URGENCE

A. LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE NE PERMET PAS DE RÉPONDRE AUX BESOINS

Le rapporteur formule le même constat que lors de l'examen de la proposition de loi qu'il avait défendue en janvier 2018⁽¹⁾ : la situation démographique de la population médicale est telle, qu'au cours des dix prochaines années, on assistera à une diminution drastique du nombre des médecins spécialistes comme généralistes. Celle-ci affectera l'ensemble de nos concitoyens, particulièrement ceux qui souffrent déjà aujourd'hui de résider dans un désert médical.

(1) <http://www.assemblee-nationale.fr/15/propositions/pion0477.asp>.

1. Une diminution régulière depuis près de 20 ans

Depuis le début des années 2000, nous assistons à une baisse vertigineuse de la population médicale. Le dernier Atlas de la démographie médicale, publiée par le conseil national de l'ordre des médecins⁽¹⁾, ne fait que confirmer ce malheureux constat partagé par tous les acteurs : élus, médecins, patients et administration.

Deux facteurs permettent d'expliquer cette baisse. Les restrictions portant sur le *numerus clausus* expliquent d'abord le déficit d'offre médicale que nous constatons tous, à telle enseigne que la majorité actuelle entend le supprimer. Par ailleurs, la population des médecins n'échappe pas à la tendance contemporaine au vieillissement. Le dernier Atlas de la démographie médicale réitère ce constat déjà formalisé l'année dernière. Sur les quelque 300 000 médecins inscrits auprès de l'Ordre, 41 % sont âgés de plus de 60 ans.

2. Une situation qui ne s'améliorerait au mieux qu'en 2030

L'aggravation de la baisse du nombre de médecins dans les dix prochaines années fait consensus et constitue donc un sujet majeur de santé publique. Pas une des auditions menées par le rapport n'infirmes les projections selon lesquelles le creux démographique sera atteint en 2025.

Auditionnée dans le cadre des travaux parlementaires de la présente proposition de loi, la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) indique une diminution prévisionnelle de 8 % des effectifs de médecins généralistes dans les dix prochaines années alors même que la population française continuerait à croître. Compte tenu de ces deux paramètres, la densité médicale diminuerait de 15 % sur la période. Les modèles statistiques prévoient une diminution de la densité pouvant atteindre 20 % étalée sur les quinze prochaines années en intégrant les paramètres liés à l'âge et au sexe.

3. Une double fracture territoriale et sociale insupportable

Évoquer le désert médical, c'est aborder à la fois la question des disparités territoriales et de l'accessibilité financière.

- Les dernières données statistiques du ministère de la santé portent la moyenne nationale de la densité médicale métropolitaine à 340,1 médecins pour 100 000 habitants en 2018 toutes spécialités confondues. L'Eure et la Mayenne figurent parmi les départements les moins pourvus (respectivement 166,7 et 199,7) à comparer au chiffre de 858,3 pour Paris. L'écart est ainsi de 1 à 5.

S'agissant des médecins généralistes, l'écart est plus resserré (de 1 à 2 soit 100 %...) mais témoigne cependant de la persistance d'inégalités qui ne pourront que s'accroître à l'avenir compte tenu des projections démographiques. Le département le

(1) https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_atlas_2018_0.pdf

moins doté est toujours l'Eure (95,9) contre une densité de 248,3 pour Paris et pour une moyenne nationale de 153,5 médecins pour 100 000 habitants.

L'écart est beaucoup plus flagrant si l'on s'attache aux seuls médecins spécialistes : il est de 1 à 8,6, l'Eure et Paris constituant respectivement le département le moins bien pourvu (70,8) et le département le mieux doté (609,9). Cet écart doit cependant être affiné car la répartition des médecins sur le territoire varie selon les spécialités. L'écart est ainsi de 1 à 11,7 pour les ophtalmologistes et de 1 à 24 pour les pédiatres !

Le dernier Atlas de la démographie médicale, publié par le CNOM, confirme par ailleurs le même constat qu'en 2017 d'une France fracturée où les inégalités se creusent entre d'une part, le « littoral atlantique, la majeure partie des départements des régions, Auvergne Rhône Alpes et une large majorité des départements hospitalo-universitaires » qui gagnent des médecins et, d'autre part, la diagonale de l'intérieure Sud-Ouest/Nord Est qui perd ses médecins.

● L'accessibilité aux soins constitue un autre défi. Dans son rapport précité, le rapporteur avait déjà soulevé cet enjeu en s'appuyant sur une étude de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) ⁽¹⁾.

Le rapporteur relevait à cette occasion que « l'insuffisance de l'offre de soins exerçait une influence sur les comportements des patients ». La faible accessibilité de l'offre de soins conditionne notamment les déplacements des patients et contribue *de facto* à l'accentuation des inégalités sociales d'accès aux soins. Les patients modestes sont ainsi moins mobiles que les patients plus aisés et rencontrent plus de difficultés pour consulter un médecin lorsque le temps de trajet est long. Le rapporteur soulignait ainsi qu'un « temps de trajet supérieur à 30 mn dissuaderait même de recourir [au médecin spécialiste] lorsque le patient réside dans une zone caractérisée par une faible accessibilité ».

L'étude de l'IRDES montre également le rapport existant entre le type de territoire appréhendé et l'accessibilité. Elle souligne ainsi que « le fait de ne pas résider dans un grand pôle diminue la probabilité de recourir au praticien le plus proche ou augmente les distances supplémentaires parcourues ».

Ce constat documenté conforte les conclusions de l'enquête menée par UFC-Que choisir ⁽²⁾. Ce travail remarquable révèle que 21,1 millions de Français, soit 1 Français sur trois, ont un accès restreint aux pédiatres, 17,7 millions aux ophtalmologistes et 19,1 millions aux gynécologues. Pour les déserts médicaux au sens strict, entre 12 % et 19 % de la population (7 à 12 millions d'usagers) est concernée.

La même étude illustre le fait que la fracture sanitaire est aussi bien géographique que financière puisque « 8 Français sur 10 subissent un manque de gynécologues et d'ophtalmologistes au tarif opposable ». Entre 2012 et 2016,

(1) Véronique Lucas-Gabrielli, Aurélie Pierre, Laure Com-Ruelle, Magali Coldefy, « Pratiques spatiales d'accès aux soins », *Les rapports de l'IRDES*, n° 564, octobre 2016.

(2) UFC Que choisir, « Accès aux soins en France : La fracture sanitaire s'aggrave », juin 2016.

53 % des usagers ont ainsi subi une diminution de l'accès à des ophtalmologistes pratiquant les tarifs de la sécurité sociale, 57 % pour les pédiatres et 58 % pour les gynécologues.

	Population désert médical	en Population avec un difficile accès aux soins	Total
Médecins généralistes	6 % (4 millions)	24 % (14,9 millions)	30 % (19 millions)
Pédiatres	29 % (18,1 millions)	16 % (10,4 millions)	45 % (28,5 millions)
Gynécologues	55 % (34,7 millions)	27 % (17,2 millions)	82 % (51,9 millions)
Ophthalmologistes	49 % (30,9 millions)	34 % (21,8 millions)	83 % (52,7 millions)

Source : UFC-QUE CHOISIR

B. LES MESURES INCITATIVES NE SUFFISENT PAS À ASSURER L'ACCÈS AUX SOINS

Pour faire face à cette situation dramatique, plusieurs solutions ont été opérées. Le recours plus fréquent aux médecins retraités ainsi qu'aux médecins remplaçants d'une part, la pérennisation de dispositifs incitatifs d'autre part.

1. L'élargissement de l'offre de soins

L'évolution de la courbe démographique des médecins entre 2008 et 2018 fait apparaître une augmentation de la population médicale de 16 %. 255 098 médecins étaient inscrits à l'ordre en 2008 contre près de 300 000 actuellement. Cette évolution positive masque toutefois une situation contrastée. Près de 200 000 médecins sont inscrits en activité régulière, soit deux-tiers des effectifs aujourd'hui recensés. Le reste des bataillons est fourni par des médecins retraités ou des médecins en activité intermittente, particulièrement ceux effectuant des remplacements. S'agissant de l'activité régulière, sa part est en nette diminution. Selon l'ordre des médecins, elle « représentait 78 % de l'ensemble des médecins en 2007 »⁽¹⁾ et elle enregistre une nouvelle baisse de 1,3 point entre 2017 et 2018, « passant ainsi de 68 % à 66.7% au profit des retraités actifs »⁽²⁾.

- La progression des effectifs est d'abord largement imputable au recours aux médecins retraités en raison notamment des possibilités de cumul emploi/retraite (cf. encadré). On notera que le nombre de médecins retraités inscrits à l'ordre a quasiment doublé entre 2008 et 2018 tandis que celle des médecins actifs a à peine progressé de 1 % sur la même période.

(1) Atlas de la démographie médicale précité.

(2) Ibid.

L'Atlas du CNOM souligne cependant que « *l'implantation géographique des médecins retraités actifs ne semble pas couvrir le découpage territorial des zones ARS déficitaires* ». Le CNOM appelle cependant à la réalisation d'« *une étude plus approfondie sur le nouveau zonage afin « d'évaluer la réalité territoriale de l'exercice des médecins retraités actifs* ».

ÉVOLUTION DU NOMBRE DE MÉDECINS ACTIFS ET RETRAITES (2008-2018)

	2008	2018	Evolution
Médecins actifs	215 028	217 107	0,97 %
Médecins retraités	40 070	79 648	98,77 %
Total	255 098	296 755	16,33 %

Source : CNOM

Principes du cumul emploi/retraite pour les médecins

Par dérogation au principe selon lequel la perception d'une pension de retraite suppose la cessation définitive d'activité, la reprise d'une activité rémunérée par un retraité est possible dans le cadre du cumul emploi retraite. Les professions médicales se voient appliquer les règles définies pour l'ensemble des professions libérales par les articles L. 643-6 et suivants du code de la sécurité sociale :

– conformément au droit commun ⁽¹⁾, le service d'une pension de retraite liquidée au titre de leur régime de retraite de base légalement obligatoire est subordonné à la cessation de l'activité professionnelle ;

– ceci ne fait pas obstacle à l'exercice d'une activité relevant du régime d'assurance vieillesse des professions libérales et procurant des revenus inférieurs à un seuil déterminé ; lorsque l'assuré reprend une activité lui procurant des revenus supérieurs à ce seuil, il en informe la section professionnelle compétente et la pension servie par ce régime est réduite à due concurrence du dépassement ; le cumul emploi retraite ainsi écrêté est donc toujours accessible au médecin retraité ;

par dérogation à la règle précédente, un cumul intégral, non plafonné, des revenus tirés de l'activité nouvelle et de la pension servie est possible à deux conditions : d'une part, l'intéressé doit avoir liquidé l'ensemble des pensions de retraite de base et complémentaires auxquelles il peut prétendre ; d'autre part, il doit justifier d'une pension à taux plein en raison de sa durée d'assurance ou de l'âge.

Les articles D. 643-10 et D. 643-10-1 précisent ces dispositions, notamment le seuil de revenus à partir duquel est déclenché l'écrêtement de la pension, les revenus non pris en compte pour l'appréciation du seuil précité – les revenus tirés de la participation à la permanence des soins ou, sous certaines conditions, des activités juridictionnelles, artistiques, littéraires, scientifiques ou consultatives ne sont pas inclus sous le plafond – et les conditions de production des justificatifs.

Dans tous les cas, le médecin retraité doit informer le conseil départemental de l'ordre et la Caisse autonome de retraite des médecins de France (CARMF).

● L'exercice de la médecine fait également apparaître une seconde réalité : celle du recours, de plus en plus fréquent, aux médecins remplaçants. L'Atlas du

(1) L'article L. 161-22 du code de la sécurité sociale définit le droit applicable aux assurés du régime général, du régime des salariés agricoles et des régimes spéciaux de retraite.

CNOM indique que « depuis 2010, l'activité intermittente essentiellement représentée par celle des médecins remplaçants) a augmenté de 22.7 % et de 7.2 % depuis 2017 ». Selon les dernières données disponibles « 62 % des médecins nouvellement inscrits exercent une activité salariée, 23 % sont remplaçants et 12 % sont libéraux ». Ces données statistiques témoignent de deux réalités distinctes. Elles illustrent le retard à l'installation des nouvelles générations qui souhaitent pouvoir exercer dans des conditions proches de la population active (le salariat offre en effet une meilleure couverture sociale et une meilleure complémentarité entre vie professionnelle et vie familiale) ou qui souhaitent multiplier les expériences en enchaînant les remplacements. Dans ce dernier cas, le remplacement se révèle nécessaire afin d'épauler les confrères en situation de suractivité.

2. Des dispositifs incitatifs qui ne permettent pas d'inverser la tendance

Différentes incitations ont été mises en place ces dernières années pour lutter contre la désertification médicale, combinant des mesures mises en place à l'initiative des pouvoirs publics et des dispositifs conventionnels. Cependant, elles tendent à marquer le pas.

a. Les dispositifs contractuels mis en place par les pouvoirs publics

Le « *Pacte territoire Santé* » propose notamment des aides contractuelles à l'installation des jeunes médecins dans les territoires fragiles. On distingue ainsi :

– les contrats d'engagements de service public. Une allocation mensuelle de 1 200 euros brut est attribuée aux étudiants en médecine qui s'engagent à s'installer dans une zone où la continuité des soins est menacée. Selon les informations transmises par la direction générale de l'offre de soins (DGOS), « plus de 2 800 étudiants en médecine ou en odontologie ont bénéficié depuis sa création du contrat d'engagement de service public (CESP) ». La DGOS indique par ailleurs qu' « au titre de l'année universitaire 2017-2018, ce sont ainsi près de 550 étudiants qui ont signé un CESP, soit +13 % par rapport à l'an passé ». Elle souligne en outre que les signataires « sont majoritairement des étudiants de 1^{er} ou 2^{ème} cycle en médecine ». Seules 69 ruptures de contrat ont été recensées depuis l'instauration du dispositif étant précisé qu' « aucun allocataire n'aurait bénéficié d'une dispense de paiement de pénalités ». Une évaluation de ce dispositif est en cours. Les charges liées au CESP sont estimées, pour 2018, à 33 millions d'euros. La DGOS indique enfin qu'une évaluation de la mesure est en cours sous l'égide de la Drees.

– les contrats de « *praticien territorial de médecine générale* » (PTMG). Ces contrats prévoient une garantie de revenus (6 900 euros brut) et une protection sociale améliorée pour les jeunes médecins désireux de s'installer en zones sous-

denses. Selon la DGOS, le nombre cumulé de PTMG signés depuis septembre 2013 est de 1 055 ⁽¹⁾.

– Les contrats de praticien territorial médical de remplacement (PTMR) ont aussi été instaurés afin de faciliter l'intervention des médecins remplaçants dans les zones sous-dotées. Leur nombre est aujourd'hui très faible : moins d'une dizaine selon les informations transmises par la DGOS.

b. Les aides conventionnelles

Des mécanismes en faveur d'un rééquilibrage de l'offre de soins sur le territoire sont aussi prévus dans le cadre de la dernière convention médicale d'août 2016 :

– le contrat d'aide à l'installation des médecins (CAIM). Il apporte une aide financière aux médecins dès leur installation en zone fragile pour les aider à faire face aux frais d'investissement générés par le début d'activité (locaux, équipements, charges diverses...). Son montant forfaitaire peut s'élever jusqu'à 50 000 euros par an ;

– le contrat de stabilisation et de coordination pour les médecins (COSCOM). Il rémunère les médecins afin d'encourager la prise en charge coordonnée. L'aide forfaitaire est fixée à 5 000 euros par an ;

– le contrat de solidarité territoriale médecin (CSTM) soutient l'exercice ponctuel de médecins dans les zones fragiles. Il se traduit par une aide annuelle équivalente à 10 % des honoraires de l'activité conventionnée clinique et technique du médecin réalisée en zones « fragiles » dans la limite de 20 000 euros par an ;

– enfin, le contrat de transition (COTRAM) a pour objet d'accompagner la cessation d'activité des médecins avec l'accueil d'un médecin nouvellement installé dans leur cabinet. Il se traduit aussi par une aide annuelle équivalente à 10 % des honoraires de l'activité conventionnée clinique et technique du médecin réalisée en zones « fragiles » dans la limite de 20 000 euros par an.

Selon les informations transmises par la direction générale de l'offre de soins, le montant des contrats conventionnels définis par la convention médicale de 2016 est estimé à 37,5 millions d'euros par an (contre 32 M€ sous la précédente convention médicale). À la mi-novembre 2018 on dénombre plus de 2 000 contrats conclus répartis comme suit.

BILAN DES AIDES CONVENTIONNELLES À LA MI-NOVEMBRE 2018

	CAIM	COSCOM	CSTM	COTRAM
Nombre d'adhésions	593	1 340	44	47

Source : DGOS.

(1) Situation à la fin du mois de novembre 2018.

L'ensemble de ces dispositifs permet de corriger les écarts de densité médicale mais seulement à la marge. S'ils étaient pleinement efficaces, nous pourrions observer une répartition plus homogène de la population médicale. Entendons-nous bien : le rapporteur n'estime pas qu'ils sont inutiles. Il importe en effet d'offrir aux médecins des compensations lorsque l'exercice en zone sous-dense implique des pertes de revenus ou des sujétions particulières. Toutefois, les dispositifs incitatifs aussi bien que les expédients tels que le cumul emploi retraite sont loin de remplir leur office.

Les effets de la suppression du *numerus clausus* ne se feront par ailleurs ressentir que dans dix ans. Des mesures annoncées dans le cadre du plan « Ma santé 2022 » sont également utiles mais ne suffisent pas à répondre au défi de la désertification. L'objectif affiché du regroupement des professions de santé présente un intérêt évident mais il ne peut répondre à la baisse drastique des effectifs. À situation urgente, mesure urgente. Il convient de compléter cette panoplie significative par la régulation pour donner pleine efficacité aux mesures d'incitation.

II. LE CONVENTIONNEMENT SÉLECTIF PRÉSERVE LA LIBERTÉ D'INSTALLATION DES MÉDECINS

L'article premier pose le principe de la régulation de l'offre médicale par la voie conventionnelle à l'instar des dispositions existant pour les autres professions de santé. Il ne fait donc qu'harmoniser le régime juridique des conventions médicales. Toutefois, compte tenu de la chute drastique des effectifs d'ici 2025, l'article propose à titre dérogatoire et transitoire une meilleure répartition de l'offre médicale par la voie administrative.

1. À terme, le principe de la régulation par la voie conventionnelle

Le **I** pose le principe d'un conventionnement sélectif par ailleurs déjà opératoire pour les autres professions de santé.

À cet effet, il tend à modifier l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale dont l'objet est de poser le principe des rapports conventionnels entre les organismes d'assurance maladie et les médecins et d'en déterminer le périmètre.

L'article L. 162-5 liste ainsi une série de 27 items nécessitant d'être déterminés par la voie conventionnelle. En dehors des obligations respectives de chaque partie prenante, les conventions établissent principalement les modalités de rémunérations des médecins, qu'il s'agisse du tarif du paiement à l'acte ou des autres modes de rémunération.

Le **I** vise à insérer un nouvel alinéa 20 *bis* visant à faire du conventionnement sélectif un thème de négociation conventionnelle. Au terme de la rédaction proposée, les conventions médicales permettront de déterminer les conditions à remplir pour être conventionné particulièrement dans les zones définies par l'agence régionale de santé en application de l'article L. 1434-4 du

code de la santé publique. En d'autres termes, le texte donne mandat aux partenaires conventionnels pour déterminer librement les modalités du conventionnement dans les zones correctement dotées, l'article L. 1434-4 définissant notamment « *les zones dans lesquelles le niveau de l'offre de soins est particulièrement élevé* ».

Cette modalité de régulation de l'offre médicale est respectueuse de l'autonomie des médecins, appelés à négocier les modalités de la régulation, à savoir l'architecture du dispositif et les conditions de son exécution et de son suivi. La rédaction proposée fait également une place aux médecins afin de déterminer le découpage territorial et partant, l'identification des zones à forte densité. En effet, la référence à l'article L. 1434-4 permet de lier les négociations avec les zones déterminées par arrêtés du directeur général de l'agence régionale de santé, après concertation avec les représentants des médecins.

Une telle régulation est par ailleurs cohérente avec les dispositions actuellement prévues pour diverses professions de santé. En effet, le dispositif ne fait qu'étendre aux médecins une disposition déjà applicable aux autres professions de santé. L'article L. 162-9 du code de la sécurité sociale, qui traite des rapports conventionnels entre l'assurance maladie d'une part, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes ou les auxiliaires médicaux ⁽¹⁾ d'autre part, inclut un thème de négociation relatif aux « *conditions à remplir [...] pour être conventionné, notamment [...] celles relatives aux zones d'exercice définies par l'agence régionale de santé* ».

Fortes de cette assise législative, certaines professions de santé se sont dotées d'un mécanisme de conventionnement sélectif.

L'avenant n° 1 à la convention nationale des sages-femmes de 2012 instaure un dispositif de rééquilibrage de l'offre de soins selon le lieu d'installation envisagé. L'accès au conventionnement dans une zone définie comme sur-dotée par l'ARS y est ainsi soumis, sauf dérogation, à certaines conditions préalables de cessation définitive d'activité d'une sage-femme conventionnée dans cette zone ou de réduction significative de son activité. Plus récemment, l'avenant n° 4 aborde la question du suivi de l'évolution du zonage et fixe l'objectif poursuivi par les partenaires conventionnels « *d'utiliser la méthodologie de l'Accessibilité potentielle localisée (APL) développée par la DREES* » ⁽²⁾.

(1) Aux termes du Livre III de la partie législative du code de la santé publique, les auxiliaires médicaux regroupent les professions identifiées par ses titres I^{er} à VII soit par exemple celle d'infirmier ou d'infirmière, de masseur-kinésithérapeute de pédicure-podologue, d'ergothérapeute, ou encore de psychomotricien.

(2) Avis relatif à l'avenant n° 4 à la convention nationale des sages-femmes, signée le 11 octobre 2007 et tacitement renouvelée
https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/449105/document/avenant_4_sf_jo_10_08_2018.pdf

L'indicateur potentiel l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée

La DREES a développé un indicateur susceptible d'évaluer l'accès aux professions de santé à travers la définition de l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée. Cet indicateur mesure l'accessibilité aux soins notamment *via* le temps d'accès ou la disponibilité. Il permet également de prendre en compte d'autres variables telles que le niveau d'activité et les besoins de la population en fonction de ses caractéristiques démographiques.

Des dispositifs similaires ont été également introduits pour les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes ou encore les chirurgiens-dentistes.

La convention relative aux infirmiers libéraux pose le principe d'une régulation et prévoit que, dans les zones sur-dotées « *l'accès au conventionnement d'une infirmière ne peut intervenir que si une autre infirmière cesse son activité définitivement dans la zone considérée* » ⁽¹⁾.

S'agissant des masseurs-kinésithérapeutes, l'avenant n° 5 à la convention prévoit un volet de lutte contre les inégalités d'accès aux soins. Le zonage est assis sur des « bassins de vie pseudo cantons » et prend également appui sur l'indicateur APL de la DREES. Les zones sur-dotées correspondent ainsi aux « *bassins de vie pseudo cantons qui recouvrent 12,5 % de la population française totale pour lesquels l'indicateur d'APL est le plus élevé* » ⁽²⁾.

De même, l'article 3.2 de la convention nationale des chirurgiens-dentistes conclue en 2018 prévoit la mise en place d'un groupe de travail chargé d'élaborer un dispositif de régulation du conventionnement dans les zones sur-dotées « *tenant compte de l'intégralité de l'offre de soins bucco-dentaire* » ⁽³⁾.

À l'instar des chirurgiens-dentistes, la proposition portée par cet article pourrait par exemple conduire à mettre en place un groupe de travail ayant vocation à construire un dispositif opérationnel dans les zones suffisamment dotées, qui arrêterait la méthodologie applicable et tiendrait compte de l'intégralité de l'offre de soins, libérale comme hospitalière et de l'indicateur d'accessibilité développé par la DREES.

Le texte présente cependant un inconvénient majeur car il se caractérise par son caractère différé inhérent à toute délégation de compétence. Pour que le dispositif soit réellement appliqué, il suppose le concours actif des représentants des médecins, qui ne paraît pas acquis alors que la situation actuelle commande des mesures urgentes.

(1) https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/3897/document/convention-infirmiers_assurance-maladie.pdf.

(2) https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/372724/document/avenant_ndeg5-mk_publication_jo.pdf

(3) https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/449078/document/conv_chirurgiens_dentistes_jo_25_08_2018.pdf

2. Dans l'immédiat, la mise en place d'une régulation administrative à titre transitoire

Face à l'urgence de la désertification médicale, le **II** prévoit la mise en place d'une régulation administrative à titre transitoire. Cette mesure est motivée par l'urgence à laquelle nos concitoyens sont confrontés nécessitant une meilleure répartition de l'offre de soins.

Le **premier alinéa du II** dispose tout d'abord que, faute d'accord conventionnel dans l'année suivant l'entrée en vigueur de la loi, une régulation administrative pourra être mise en place. **L'avant-dernier alinéa du II** borne ensuite l'application de la régulation administrative. Il y est mis un terme à compter de l'entrée en vigueur des mesures de régulation déterminées par la voie conventionnelle conformément au I du présent article. La mise en place de la régulation administrative s'exerce dans les conditions prévues aux 1°, 2° et 3° du II.

Le **1° du II** dispose que le directeur général de l'ARS détermine les zones dans lesquelles le niveau de l'offre de soins est le plus élevé. Ce zonage est établi en concertation avec les représentants des médecins. Cette rédaction s'écarte peu des dispositions de l'article L 1434-4 qui prévoit une procédure identique pour les autres professions de santé afin de circonscrire les zones correctement dotées.

Le **2° du II** pose le principe de la limitation de l'accès au conventionnement dans les seules zones correctement dotées (définies au précédent 1°). Dans celles-ci, l'accès au conventionnement d'un médecin nouvellement installé est soumis à la cessation d'activité d'un confrère. Le dispositif est également complété par une précision relative à la notion de « cessation d'activité » qui vise à permettre l'accès au conventionnement lorsque le professionnel qui « cesse » son activité part en fait exercer dans une zone sous-dotée, afin de faire de la mobilité des professionnels de santé un levier de l'égalité territoriale

Le **3° du II** reprend un amendement déjà présenté le rapporteur lors de la discussion de la proposition de loi n° 477, qui tendait à préserver la dimension sociale de l'accessibilité aux soins. UFC-Que choisir, comme d'ailleurs la Cour des comptes, a relevé que les zones largement dotées concentrent de nombreux médecins spécialistes de secteur 2 pratiquant des dépassements d'honoraires susceptibles d'affecter l'accès aux soins. Le rapporteur estime ainsi justifié que l'accès limité au conventionnement ne soit pas opposable aux médecins dont les tarifs relèvent du secteur 1, cette dérogation étant motivée par la pénurie de praticiens aux tarifs opposables. L'alinéa proposé prévoit en conséquence le maintien du conventionnement dans les zones largement dotées lorsque le médecin s'inscrit en secteur 1.

Le dernier alinéa renvoie à un décret en conseil d'État les modalités d'application du II.

*

* *

Article 2

Constitution de territoires « innovation santé »

Supprimé par la commission

Cet article vise à soutenir l'attractivité des projets de santé des communautés professionnelles territoriales de santé en facilitant le financement de leurs innovations *via* le fonds d'intervention régional et en promouvant une labellisation « innovation santé ».

Le plan « Ma santé 2022 » fixe un objectif de 1 000 communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) à l'horizon 2022 et 2 000 structures d'exercice coordonné conventionnées dans les 5 ans.

Cet objectif s'appuie sur l'idée selon laquelle l'exercice isolé, qui a longtemps constitué la règle, demeurera l'exception. Les nouvelles générations plébiscitent davantage le regroupement et les échanges avec leurs confrères.

Cet article concourt à la réalisation de cet objectif en incitant les CPTS à mettre en place une organisation des soins d'excellence. Les territoires doivent s'inscrire dans une démarche d'attractivité en misant sur l'installation des jeunes médecins et sur les nouvelles technologies. Si le développement des nouvelles technologies n'est pas un objectif en soi, il pourrait être envisagé comme un moyen de soulager le travail des médecins et de faciliter la vie des patients.

Il est ainsi proposé de compléter le deuxième alinéa de l'article L. 1434-13 du code de la santé publique qui organise les rapports contractuels entre les ARS d'une part, les équipes de soins primaires et les communautés professionnelles territoriales de santé d'autre part.

L'article L. 1434-13 prévoit que le contrat territorial de santé définit - entre autres - les moyens consacrés aux actions territoriales de santé et les modalités de leur financement. L'alinéa prévoit la possibilité d'attribuer des crédits du fonds d'intervention régional (FIR).

Il est suggéré de prévoir que l'attribution des crédits du FIR vise principalement à constituer des territoires « innovation santé » dans les zones sous dotées. Il est suggéré d'en préciser la portée pratique en visant particulièrement les projets de santé favorisant la coordination entre la ville et l'hôpital (utilisation des plateaux techniques hospitaliers), le recours aux nouvelles technologies de l'information et de la communication ou permettant de parfaire la permanence des soins. La mise en œuvre de cette disposition pourrait prendre la forme d'une labellisation « innovation santé ».

*

* *

Article 3

Réduction à un an de la période probatoire des médecins titulaires de diplômes étrangers lauréats des épreuves de vérification des connaissances

Supprimé par la commission

Cet article, qui concerne l'accès à la profession de médecine des titulaires d'un diplôme hors Union européenne, vise à réduire à un an la durée de la période probatoire pour les lauréats de l'épreuve de vérification des connaissances qui s'engagent à exercer dans les zones sous denses. La modification reprend, en la modifiant à la marge, la proposition du rapport de la commission d'enquête portant sur l'égal accès aux soins des Français sur l'ensemble du territoire (n° 1185).

I. LA PROCÉDURE D'AUTORISATION D'EXERCICE PRÉVUE PAR L'ARTICLE L. 4111-2 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

Pour faire face à une demande de soins importante, il est de plus en plus recouru à des médecins, par ailleurs souvent français, diplômés à l'étranger. Un praticien qui souhaite s'installer durablement ou définitivement en France peut se porter candidat à l'une des procédures d'autorisation d'exercice (PAE) prévues par le code de la santé publique.

Les ressortissants de l'Union européenne (UE) titulaires d'un diplôme hors UE non reconnu par un État membre et les ressortissants non UE titulaires d'un diplôme hors UE peuvent être ainsi autorisés à exercer en France la profession de médecin, chirurgien-dentiste ou sage-femme mais doivent, pour ce faire, suivre les procédures définies au paragraphe I de l'article L. 4111-2.

• **La procédure de droit commun (dite liste « A »)** conditionne l'autorisation d'exercice des praticiens :

– à la réussite d'épreuves de vérification des connaissances, organisées par profession, discipline ou spécialité et à la justification d'un niveau suffisant de maîtrise de la langue française étant précisé qu'un nombre maximal de candidats est fixé en fonction du *numerus clausus* d'une part, que la présentation à l'examen est limitée à trois tentatives d'autre part ;

– à l'accomplissement d'une période d'exercice probatoire :

- d'une durée de trois ans dans un service ou organisme agréé pour la formation des internes, pour les candidats à la profession de médecin ;
- d'une durée d'un an dans un service ou organisme agréé pour la formation des internes, pour les candidats à la profession de chirurgien-dentiste ;

- d'une durée d'un an dans l'unité d'obstétrique d'un établissement public de santé ou d'un établissement public participant au service public, pour les candidats à la profession de sage-femme ;

– à la décision du ministre chargé de la santé, après avis de la commission compétente pour chaque profession.

Selon le rapport de la commission d'enquête portant sur l'égal accès aux soins des Français sur l'ensemble du territoire (n° 1185), « *le concours a lieu à l'automne et les lauréats peuvent entamer leur période probatoire et triennale de fonctions hospitalières à compter du mois de janvier de l'année suivante. 500 places ont été ouvertes au concours en 2017. Il y a donc chaque année entre 1 500 et 1 700 praticiens (chiffre variable selon le nombre de prolongations de fonctions probatoires demandées) qui exercent sans inscription à l'Ordre dans le cadre de la réalisation de ces fonctions probatoires* ».

• **Une deuxième procédure (dite « liste B »)** est applicable notamment « *aux réfugiés, apatrides, bénéficiaires de l'asile territorial et bénéficiaires de la protection subsidiaire* ». Ces derniers doivent satisfaire aux mêmes conditions que celles précédemment décrites exception faite de l'application du *numerus clausus*. En d'autres termes, il suffit que les candidats obtiennent la moyenne pour réussir aux épreuves. Selon le rapport d'enquête, « *leur nombre est aussi éminemment variable selon les périodes mais peut être évalué en moyenne entre 50 et 100* ».

• **Une dernière procédure (dite liste « C »)** concerne certains médecins et chirurgiens-dentistes qui, soit n'ont pas encore réussi les épreuves de vérification des connaissances, soit ne s'y sont pas encore présentés.

Ce dispositif transitoire a été instauré par la loi de financement de sécurité sociale pour 2007⁽¹⁾ et vise à traiter la situation spécifique de praticiens recrutés après 1999, par des établissements publics, en dehors de tout cadre légal, pour répondre à des besoins médicaux. Ces professionnels ont la possibilité de présenter un examen en lieu et place du concours de « liste A ».

Les praticiens, présents dans un établissement de santé public ou un établissement de santé privé d'intérêt collectif au 31 décembre 2016 et recrutés avant le 3 août 2010 dans un établissement public de santé ou un établissement de santé privé d'intérêt collectif, se voient délivrer une autorisation temporaire d'exercice le temps de se présenter à une épreuve de vérification des connaissances.

Les praticiens concernés doivent avoir exercé des fonctions rémunérées pendant au moins deux mois continus entre le 3 août 2010 et le 31 décembre 2011 et trois ans en équivalent temps plein à la date de clôture des inscriptions à l'épreuve à laquelle ils se présentent.

⁽¹⁾ Article 83 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2007.

Dans l'attente de la réussite à l'épreuve de vérification des connaissances (trois tentatives possibles seulement) et de la délivrance de l'autorisation par le ministre chargé de la santé après avis d'une commission administrative, ces praticiens sont autorisés à exercer sous le statut d'associé.

Enfin, les médecins ne peuvent prétendre à exercer temporairement que jusqu'à une date butoir, initialement fixée au 31 décembre 2011 par la LFSS pour 2007 et prorogée à deux reprises, au 31 décembre 2016⁽¹⁾ et au 31 décembre 2018⁽²⁾.

Selon le rapport de la commission d'enquête précité, *« les examens annuels successifs, réservés aux professionnels qui exerçaient en France au 31 décembre 2011, ont permis de ramener ce nombre à 300 environ au terme du dernier examen organisé en 2017 »*.

La loi n° 2018-1245 du 27 décembre 2018 visant à sécuriser l'exercice des praticiens diplômés hors Union européenne propose une nouvelle prorogation jusqu'au 31 décembre 2020. Pour autant, sa rédaction actuelle ne semble pas régler la situation des personnels qui ont continué à être recrutés par des établissements de santé depuis le 3 août 2010, hors des trois procédures susmentionnées, pour pallier des difficultés démographiques. Comme le souligne le rapport de la commission d'enquête précité, *« ils se trouvent aujourd'hui dans une situation de non-droit au regard de l'exercice de la profession de médecin en France »*. Elle ne pourra donc espérer que résorber le stock des personnels recrutés avant 2011, estimé à 300 personnes.

II. LA RÉDUCTION DE LA PÉRIODE PROBATOIRE DES RESSORTISSANTS TITULAIRES D'UN DIPLÔME HORS UE

La proposition n° 1 du rapport d'enquête de M. Philippe Vigier consiste à *« inscrire au tableau de l'Ordre des médecins tout médecin titulaire d'un diplôme étranger qui exerce en France, en révisant la procédure d'autorisation d'exercice (PAE) de façon à dispenser de la période probatoire triennale les lauréats des épreuves anonymes de vérification des connaissances théoriques et pratiques qui sont candidats à la profession de médecin, à la condition qu'ils s'engagent à exercer à titre libéral »*.

Le dispositif le plus praticable, tant sur le plan de la solidité constitutionnelle que sur celui de l'efficacité au regard de l'objectif poursuivi, consiste à alléger la période probatoire lorsque le candidat prévoit de s'installer dans une zone sous-dotée. Sans aller jusqu'à la suppression totale de la période probatoire, le présent article la ramène de trois à un an uniquement pour les

(1) Loi n° 2012-157 du 1^{er} février 2012 relative à l'exercice des professions de médecin, chirurgien-dentiste, pharmacien et sage-femme pour les professionnels titulaires d'un diplôme obtenu dans un État non membre de l'Union européenne.

(2) Article 92 de la loi n° 2016-1888 du 28 décembre 2016 de modernisation, de développement et de protection des territoires de montagne.

médecins s’installant dans les zones définies au 1° l’article L. 1434-4 du code de la santé publique « *caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l’accès aux soins* ».

La mesure concernera évidemment les lauréats des épreuves de vérification des connaissances qui interviendront postérieurement à l’entrée en vigueur de la loi issue de la présente proposition, mais le dispositif proposé inclut *de facto* les lauréats qui seraient en train d’accomplir leur exercice probatoire à cette même date.

● Plutôt que supprimer la période probatoire, il est proposé de ramener de trois à un an sa durée, pour les médecins.

Le maintien d’une période probatoire permet d’éviter le reproche d’une « médecine au rabais » et permet à l’impétrant de prendre la mesure du fonctionnement de notre système de santé et, surtout, permet aux autorités de s’assurer que les connaissances théoriques, vérifiées par les épreuves, s’accompagnent d’une certaine maîtrise pratique.

Un tel maintien préserve la cohérence des différents dispositifs de PAE, qui, tous, prévoient la prise en compte de l’expérience professionnelle, fût-ce selon des modalités diverses ;

La durée probatoire est enfin alignée sur celle des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes.

● Il convient d’apporter une précision sur un point important : la mesure envisagée vise à faciliter, au profit des zones sous-dotées, l’obtention de l’autorisation d’exercer légalement la médecine.

Le bénéfice de la mesure dépend d’un engagement personnel à exercer en zone sous-dotée qui ne peut se concrétiser qu’une fois l’autorisation accordée et les phases ultérieures accomplies (inscription au conseil départemental de l’ordre). Cependant, une telle décision, à caractère individuel, est créatrice de droits pour son bénéficiaire et rend aléatoire et complexe son éventuelle remise en question. L’autorité compétente doit donc se garder du risque que, volontairement ou non, le professionnel de santé ne tienne pas l’engagement sur la base duquel il aura bénéficié du régime préférentiel qu’il vous est proposé d’établir. Plutôt que de définir un régime d’annulation de l’autorisation d’exercice qui pourrait encourir une censure du Conseil constitutionnel, il est donc proposé un dispositif de sauvegarde préventif, à deux niveaux :

– il serait imposé au lauréat de déclarer à l’autorité compétente l’emplacement de sa future résidence professionnelle pour pouvoir bénéficier du régime préférentiel ; les services de l’État auraient ainsi la possibilité de vérifier que cette résidence est bien située dans une zone sous-dotée et un écart qui serait *in fine* constaté avec la résidence effective pourrait être considéré comme entachant de fraude la procédure ;

– il serait imposé au lauréat, une fois obtenue l’autorisation d’exercer, de ne pouvoir s’inscrire qu’au tableau tenu par le conseil départemental de l’ordre dans le ressort duquel se trouve la résidence professionnelle déclarée au moment de la PAE.

*
* *

Article 4

Assouplissement des modalités d’assistance aux médecins exerçant en zones sous-denses

Adopté par la commission avec modifications

Cette modification s’inspire des propositions du rapport de M. Philippe Vigier ⁽¹⁾.

Elle introduit le médecin de renfort et assouplit les conditions de recours aux médecins adjoints.

La commission a modifié cet article en adoptant un amendement de rédaction globale visant à sécuriser le recours aux médecins adjoints dans les zones sous-denses.

I. LES MODALITÉS ACTUELLES D’ASSISTANCE AUX MÉDECINS EXERÇANT EN ZONE SOUS-DENSES

Pour assurer la continuité des soins, le dispositif de recours aux médecins, soit remplaçants soit adjoints, permet aux médecins de bénéficier de l’assistance de confrères ou d’étudiants en médecine. Toutefois, ces modalités ne visent pas spécifiquement à faciliter l’exercice en zone sous-dense. Il s’agit avant tout de soulager le médecin en exercice dans des conditions spécifiques, quelle que soit sa résidence professionnelle. L’article L. 4131-2 du code de la santé publique définit les conditions à remplir pour recourir aux médecins remplaçants ou aux médecins adjoints. Dans les deux cas, les candidats doivent :

– soit « *avoir suivi et validé la totalité du deuxième cycle des études médicales en France ou [être] titulaires d’un titre sanctionnant une formation médicale de base équivalente [...]* » ;

– soit « *avoir validé au titre du troisième cycle des études médicales en France un nombre de semestres déterminé, en fonction de la spécialité suivie.*

Les dispositions réglementaires du code de la santé publique précisent les modalités de recours à chacune des deux situations.

(1) [http://www2.assemblee-nationale.fr/documents/notice/15/rap-enq/r1185-t1/\(index\)/depos](http://www2.assemblee-nationale.fr/documents/notice/15/rap-enq/r1185-t1/(index)/depos).

● L'article R. 4127-65 précise les conditions du remplacement. Il prévoit ainsi qu'un médecin ne peut se faire remplacer dans son exercice que temporairement (trois mois renouvelables), soit par un confrère inscrit au tableau de l'ordre, soit par un étudiant répondant aux conditions fixées par l'article L. 4131-2, qui dispose à cette fin d'une autorisation d'exercer légalement la médecine alors qu'il n'est pas encore diplômé⁽¹⁾. L'article R. 4127-65 précise que le médecin doit, sauf urgence, informer préalablement le conseil de l'ordre dont il relève⁽²⁾, que « *le remplacement est personnel* » et que « *le médecin remplacé doit cesser toute activité médicale libérale pendant la durée du remplacement* ». Cependant, des dérogations à cette dernière règle peuvent être accordées par le conseil départemental de l'ordre, dans l'intérêt de la population, lorsqu'il constate « *une carence ou une insuffisance de l'offre de soins* ».

● Le dispositif du médecin adjoint diffère du remplacement, en ce qu'il permet au médecin installé et à l'adjoint d'exercer simultanément. L'assistance aux médecins est encadrée par les articles L. 4131-2 et R. 4127-88 du code de la santé publique :

– le poste ne peut être pourvu que de façon temporaire, pour trois mois renouvelable, après autorisation du conseil départemental de l'Ordre des médecins, lorsque les besoins de la santé publique l'exigent, en cas d'afflux exceptionnel de population ou, momentanément, lorsque son état de santé le justifie. L'article L. 4131-2 donne une base légale à la notion d'« *afflux exceptionnel de population* » et prévoit qu'un tel afflux est constaté par arrêté du représentant de l'État dans le département ;

– comme pour le remplacement, sont éligibles au statut de médecin adjoint, les confrères et les étudiants en médecine ayant validé leur cursus de troisième cycle, même « non-thésés », après avoir suivi un nombre de semestres prédéfini selon la spécialité choisie.

Il apparaît que les règles applicables au remplacement ne peuvent être utilement modifiées au profit des zones sous-dotées. En revanche, il serait opportun d'étendre à ces zones la possibilité de recourir à l'assistance d'un médecin adjoint prévue par les articles L. 4131-2 et R. 4127-88. D'ailleurs, le rapport de M. Vigier souligne qu'une instruction ministérielle datée du 24 novembre 2016 tend à interpréter la notion d'« *afflux exceptionnel de population* » comme visant « *l'exercice dans des zones caractérisées par une situation de déséquilibre entre l'offre de soins et les besoins de la population, générant une insuffisance voire une carence d'offre de soins, dans une ou plusieurs spécialités* ». Le caractère réglementaire et assez confidentiel d'une interprétation par voie d'instruction ne permet pas d'assurer une réelle équité territoriale. Au surplus, l'instruction, aujourd'hui retirée, donnait de la loi une

(1) *Le remplaçant doit avoir suivi ou validé la totalité du deuxième cycle des études médicales et avoir validé, au titre du troisième cycle, un nombre de semestres déterminé selon la spécialité suivie.*

(2) *Il n'y a donc, pour le remplacement, aucune autorisation à solliciter du conseil de l'ordre.*

interprétation qui s'écartait sensiblement de sa lettre, l'exposant à une annulation en cas de contentieux et justifiant son retrait. Il est donc nécessaire de conforter un édifice juridique satisfaisant sur le fond, mais bien trop fragile.

Le contrat de praticien territorial médical de remplacement (PTMR)

Seul le contrat de praticien territorial médical de remplacement (PTMR) créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 constitue un dispositif qui vise directement à favoriser l'installation libérale des jeunes médecins dans les zones sous-denses.

Ce contrat vise à faciliter l'exercice des « *médecin spécialisé en médecine générale, étudiants remplissant les conditions prévues à l'article L. 4131-2 ou [...] assistant spécialiste à temps partiel au sein d'un établissement public de santé* »⁽¹⁾ à titre de remplaçants dans un ou plusieurs cabinets implantés dans les zones définies par l'ARS conformément au 1° de l'article L. 1434-4.

Il assure au praticien libéral des garanties, avec une rémunération complémentaire aux honoraires perçus d'un montant forfaitaire permettant de couvrir les périodes de disponibilité entre deux contrats de remplacement, un complément de rémunération en cas d'interruption de l'activité pour maladie ou congé de maternité ou paternité ainsi qu'un service d'appui à la gestion de ses remplacements. Par rapport aux remplacements classiques, le contrat PTMR est en outre conclu avec l'ARS pour une durée de douze mois, renouvelable jusqu'à cinq fois.

Ce dispositif reste cependant très peu investi par les jeunes praticiens éligibles – moins d'une dizaine de contrats ayant été signés selon les informations de la DGOS.

II. II. LA MODIFICATION VISE À FACILITER L'ASSISTANCE AUX MÉDECINS DANS LES ZONES SOUS DENSES

Cet article vise à assouplir les conditions d'assistance aux médecins exerçant dans les zones sous dotées. Il vise notamment à étendre les dispositifs d'assistance aux zones où l'offre de soins est insuffisante et institue un statut de médecin de renfort. À cet effet, il modifie le premier alinéa de l'article L. 4131-2 du code de la santé publique.

III. L'INSTAURATION D'UN MÉDECIN DE RENFORT

Les 1° et à 3 visent à introduire le statut de « médecin de renfort ».

Cette modification fait écho à la proposition n° 5 du rapport précité qui vise à créer un statut de « *médecin volant* » qui permettrait à des médecins « *thésés* » de venir ponctuellement épauler d'autres médecins, en particulier ceux installés en zones sous-denses, en qualité de travailleur non salarié.

(1) Article L. 1435-4-5 du code de la santé publique.

Selon ce rapport, les médecins « volants » bénéficieraient d'un statut propre qui ne se confondrait « *ni avec celui des médecins remplaçants dans la mesure où les médecins "épaulés" n'auraient pas à cesser leur activité médicale libérale du fait de l'arrivée d'un confrère en appoint* », ni « *avec celui des médecins adjoints dans la mesure où les médecins venant en renfort exerceraient pour leur propre compte, sans utiliser les feuilles de soins du médecin installé et sans rétrocession d'honoraires, en qualité de travailleurs non-salariés (TNS)* ».

S'il est déjà possible de surseoir à la règle de la suspension d'activité du médecin remplacé ⁽¹⁾, il est cependant proposé d'apporter un complément au premier alinéa de l'article L. 4131-2 du code de la santé publique pour introduire la notion de « renfort » dans les zones sous-dotées.

Le médecin de renfort se distinguerait à la fois du médecin remplaçant et du médecin adjoint. Dans le premier cas, il peut être amené à exercer en même temps que son confrère. Il se distingue du second cas puisqu'il aurait la possibilité d'utiliser ses propres feuilles de soins : les médecins adjoints ne peuvent en effet qu'utiliser le matériel informatique et les feuilles de soins du médecin installé.

Le statut de médecin de renfort pourrait s'apparenter à celui de collaborateur libéral à ceci près qu'il est spécifiquement dédié à l'exercice en zone sous-dense.

La collaboration doit permettre à un jeune médecin d'acquérir de l'expérience auprès d'un confrère avant de lui succéder ou de se constituer une clientèle avant de s'installer, à son compte. La collaboration libérale ne vise principalement que cet objectif.

Le présent texte vise une autre situation : le soutien dans les zones « *caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins* » comme le souligne le 2° qui vise expressément les « *zones mentionnées au 1° de l'article L. 1434-4* ». Ce renfort de médecins « thésés » pourrait s'exercer dans un temps plus long que celui actuellement prévu pour le médecin remplaçant ou le médecin adjoint (limitation à trois mois). Le renfort temporaire pourrait durer voire devenir définitif, tant qu'est constatée une carence d'offre de soins.

Rien n'interdit non plus de combiner cette évolution juridique avec l'assouplissement des modalités d'exercice d'un même médecin sur plusieurs sites distincts.

La notion de médecin de renfort offre un point d'ancrage législatif suffisant pour autoriser des spécificités statutaires permettant de renforcer l'offre de soins dans les zones sous denses sans attenter à l'objectif d'égalité de traitement. La différence de situation peut en effet autoriser une différence de traitement.

(1) *L'article R. 4127-65 du code de la santé publique prévoyant que des dérogations peuvent être « accordées par le conseil départemental, dans l'intérêt de la population, lorsqu'il constate une carence ou une insuffisance de l'offre de soins ».*

Le médecin collaborateur libéral

Aux termes de l'article 18 de la loi n° 2005-882 du 2 août 2005 en faveur des petites et moyennes entreprises et de l'article R. 4127-87 du code la santé publique. Le médecin peut s'attacher le concours d'un médecin collaborateur libéral.

Le médecin collaborateur libéral exerce son activité médicale en toute indépendance et dans le respect des règles de la profession, notamment le libre choix du médecin et l'interdiction du compéragé.

Si les relations entre les deux confrères sont réglées par la voie contractuelle, le médecin collaborateur libéral n'est pas placé dans une relation de subordination.

Enfin, le médecin collaborateur libéral ne peut être qu'un médecin thésé inscrit au tableau de l'Ordre.

1. Le renforcement de statut du médecin adjoint

L'article L. 4131-2 visé par la modification, n'ouvre actuellement la possibilité de recourir ponctuellement à un médecin adjoint qu'en cas « *d'afflux exceptionnel de la population* ». Ce statut strictement encadré suppose donc actuellement l'existence d'un besoin exceptionnel de soins de la population. Le présent article vise à élargir ce dispositif afin de prévoir la possibilité d'une assistance temporaire en cas de carence de l'offre de soins. Le 4° permet ainsi de recourir aux médecins adjoints dans les zones géographiques définies à l'article L. 1434-4 précité.

Au final, cet article élargit le panel des modalités d'assistance aux médecins exerçant dans les zones particulièrement concernées par une pénurie de l'offre médicale.

*

* *

La commission des affaires sociales a adopté un amendement de rédaction globale de l'article 4 visant à ne retenir qu'une des deux modifications souhaitées par le rapporteur. En effet, le texte adopté vise à sécuriser le recours aux médecins adjoints dans les zones sous denses. Il n'entend donc pas instituer la notion de « médecin de renfort ».

*

* *

Article 5

Mise en place d'un cadre expérimental relatif à la dispensation de certains médicaments à prescription obligatoire dans le cadre de protocoles de coopération

Supprimé par la commission

Cet article, qui fait également suite au rapport de la commission d'enquête sur l'égal accès aux soins des Français sur l'ensemble du territoire ⁽¹⁾ vise à instituer, à terme, une coopération entre pharmaciens et médecins, particulièrement dans les zones où les besoins de santé sont difficilement pourvus. Il reprend à cet effet les dispositions de l'amendement AS 502 adopté par la commission des affaires sociales à l'initiative de notre collègue Mme Bagarry à l'occasion de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019.

I. UN DISPOSITIF QUI PEUT FAIRE CONSENSUS

Les travaux de la commission d'enquête sur l'égal accès aux soins des Français sur l'ensemble du territoire ont été l'occasion de mettre en lumière le dispositif *netCare* mis en place en depuis 2012 dans les officines suisses, destiné à éviter aux patients de se rendre aux urgences pour des affections qui ne le nécessitent pas. Il a également été mis en place « *sous des modalités différentes au Canada et en Grande-Bretagne (Minor Ailments Service)* » selon les termes du conseil national de l'ordre des pharmaciens.

Le dispositif s'appuie sur des arbres décisionnels permettant de déterminer s'il est indispensable ou non d'envoyer immédiatement le patient vers un médecin. La régulation prend appui sur un entretien préliminaire permettant aux pharmaciens d'identifier la pathologie concernée. Lorsque la gravité l'exige, le patient est dirigé soit vers un médecin, soit aux urgences. 25 arbres décisionnels ont ainsi été établis par un « *groupe d'experts de pharmaciens et de médecins* » ⁽²⁾ afin de prendre en charge différentes pathologies telles que la cystite, la pharyngite, la sinusite, la conjonctivite, les brûlures, l'acné, le zona, l'eczéma, la piqûre de tique ou encore la rhinite allergique.

Dans le cas contraire, le pharmacien peut proposer un traitement ou proposer une vidéo-consultation avec un médecin situé dans un centre de télé-médecine si les circonstances l'exigent. Le pharmacien est appelé à dispenser les médicaments nécessaires à la prise en charge de la pathologie et peut se faire faxer si nécessaire une ordonnance par un médecin. Cette organisation se

(1) *Rapport sur la proposition de résolution de M. Philippe Vigier et plusieurs de ses collègues tendant à la création d'une commission 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 (673), n° 733.*

(2) http://www.prescrire.org/Docu/PostersRencontres2014/Poster_RUGGLImartine.pdf.

caractérise enfin par le suivi du patient puisque trois jours après son passage en pharmacie, ce dernier est contacté lors d'un appel de routine.

Aux termes du rapport d'enquête, il apparaît que « *la majorité [des] consultations concernent des cystites (41 %), des conjonctivites (23 %) et des pharyngites, et que la consultation simple par le pharmacien s'avère suffisante dans 75 % des cas* ». Le même rapport souligne en outre que, parmi les consultations simples, « *seules 9 % ont ensuite donné lieu à une consultation par un médecin* ».

Cette initiative heureuse a inspiré le dépôt d'un amendement ⁽¹⁾ à l'occasion de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019. Adopté dans un premier temps par la commission des affaires sociales, il a par la suite été rejeté en séance publique au bénéfice d'un autre amendement ⁽²⁾ « *permettant d'expérimenter de nouvelles relations de travail interprofessionnelles entre les pharmaciens et les médecins* » ⁽³⁾.

Désormais intégré au sein de l'article 29 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2019, le dispositif adopté par le Parlement apparaît très clairement en retrait par rapport au dispositif défendu par Mme Bagarry. S'il s'inscrit judicieusement dans le cadre général d'expérimentation de l'article 51 de la LFSS pour 2018 (cadre des expérimentations innovantes), sa portée est plus restreinte puisqu'il ne vise que le renouvellement des traitements chroniques ou l'ajustement de leur posologie.

II. LA MISE EN PLACE D'UN CADRE EXPÉRIMENTAL

Pour libérer du temps médical, cet article vise à créer un cadre expérimental dérogeant, de façon très encadrée, au monopole de la prescription des médicaments aujourd'hui dévolus aux médecins. L'expérimentation vise à alléger la dispensation de certains médicaments à prescription obligatoire dans le cadre d'un protocole dûment établi par les parties prenantes.

Le I prévoit à cet effet la mise en place d'une expérimentation à compter du 1^{er} janvier 2019.

Le dispositif de Mme Bagarry repris par l'article 5 est sensiblement plus large que celui porté par l'article 29 de la LFSS pour 2019 puisqu'il vise « *certaines médicaments à prescription médicale obligatoire* » dont la liste pourra relever du décret d'application mentionné au II du présent article.

Aux termes du code de la santé publique, les médicaments à prescription obligatoire sont ceux qui ne peuvent être délivrés que sur présentation d'une

(1) Amendement AS 502 de Mme Bagarry.

(2) Amendement n° 1491 de M. Mesnier.

(3) <http://www.assemblee-nationale.fr/15/cri/2018-2019/20190040.asp#P1482263>.

ordonnance datant de moins de trois mois. Leur délivrance peut cependant être renouvelée par le pharmacien sous certaines conditions, notamment dans la limite d'un délai de douze mois. On distingue deux listes :

– la liste I comprend les médicaments dont le renouvellement relève d'une indication écrite du prescripteur précisant le nombre de renouvellements ou la durée du traitement ;

– la liste II comprend les médicaments dont le renouvellement est par principe autorisé sauf interdiction expresse du prescripteur.

La délivrance d'un médicament relevant de la liste II peut être renouvelée lorsque le prescripteur ne l'a pas expressément interdit.

Concrètement, il est requis aux médecins et aux pharmaciens d'officine de délimiter le cadre de la coopération et le champ de la délégation en s'inspirant du dispositif *netCare*, particulièrement des arbres décisionnels. Le rapport d'enquête cite ainsi plusieurs pathologies susceptibles d'être concernées et qui ne sont pas couvertes par l'expérimentation de l'article 29 de la LFSS : « *cystite, pharyngite, sinusite, dyspepsie, conjonctivite, piqûre de tique, lombalgie, brûlures, asthme aigu, asthme-conseil, rhinite allergique, verrues, constipation, diarrhées, acné, impétigo, zona, eczéma, mycoses, pityriasis versicolore, vulvo-vaginite, céphalées* »⁽¹⁾.

Ce cadre expérimental s'appuiera en outre sur la mise en place de protocoles de coopération entre professionnels de santé. À l'instar de l'article 29, le dispositif retenu par l'article 5 n'entend pas privilégier les protocoles de coopération de l'article L. 4011-1 du code de la santé publique dont la mise en œuvre se heurte à des difficultés d'application. L'objet de l'article vise à établir un cadre de coopération à la fois suffisamment structurant mais aussi léger pour ne pas décourager les initiatives territoriales.

Le patient est informé, par les professionnels de santé, de cet engagement dans un protocole impliquant d'autres professionnels de santé dans une démarche de coopération interdisciplinaire impliquant des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganisation de leurs modes d'intervention auprès de lui.

On notera également que la rédaction proposée s'inscrit en parfaite cohérence avec la nouvelle organisation territoriale de santé prévue par la loi de modernisation de notre système de santé ainsi qu'avec le plan « Ma santé 2022 ». Elle pose en effet le principe de l'articulation entre les protocoles et les projets de santé élaborés par les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

Rappelons que l'un des objectifs du plan « Ma santé 2022 » consiste à déployer plus de 1 000 CPTS. Dans le fil de cette démarche, l'article 5 formalise une logique de projet requérant une coopération entre professions de santé pour

(1) Rapport d'enquête précité.

améliorer l'accès aux soins. Cette dimension est par ailleurs parfaitement ordonnée à la vocation des CPTS qui doivent assurer « *une meilleure coordination de l'action* » des professionnels de santé, « *concourir à la structuration des parcours de santé [...]* et à la réalisation des objectifs du projet régional de santé ».

Les communautés professionnelles territoriales de santé

La communauté professionnelle territoriale de santé est composée de professionnels de santé qui peuvent être regroupés sous la forme d'une ou de plusieurs équipes de soins primaires, d'acteurs assurant des soins de premier ou de deuxième recours (médecin traitant, médecin généralistes, médecins spécialistes, centres de santé et maison de santé). Elle compte également des acteurs médico-sociaux et sociaux

Les membres de la communauté professionnelle territoriale de santé formalisent un projet de santé qui précise son territoire d'action.

Elles sont constituées à l'initiative des professionnels. À défaut, l'agence régionale de santé peut prendre l'initiative de la création d'une CPTS en concertation avec les représentants des professions de santé.

Enfin, le rapporteur tient à noter que le cadre expérimental relève d'une logique ascendante : l'initiative revient en premier lieu aux professionnels de santé. Il leur appartient d'en définir le cadre, la portée et les modalités d'application, l'objectif étant de faciliter la vie de nos concitoyens dans un cadre normé par des gestes simples dans le respect de la séparation des tâches relevant de chaque profession.

Le **II** vise à définir la mise en place du cadre expérimental.

Au terme du premier alinéa, un décret précisera le champ et les modalités de leur mise en œuvre. Le cadre expérimental s'appuyant sur un appel à projets national, il appartiendra au décret d'en préciser les caractéristiques. Dans l'optique d'une généralisation, le texte précisera enfin les conditions d'évaluation.

D'un point de vue pratique, chacun des projets devra se conformer à un cahier des charges défini par voie d'arrêté et, en tout état de cause, recueillir l'avis de l'agence régionale de santé dont les professionnels relèvent.

Le **III** prévoit enfin la production d'un rapport d'évaluation six mois avant le terme de l'expérimentation. Ce dernier fait par ailleurs l'objet d'une transmission au Parlement.

*

* *

Article 6
Gage

Adopté par la commission

L'article 6 est l'article de gage, qui vise à assurer la recevabilité financière de la proposition de loi au regard de l'article 40 de la Constitution.

Cet article prévoit un gage pour les éventuelles pertes de recettes et charges supplémentaires entraînées par la proposition de loi, par l'introduction de taxes additionnelles sur les tabacs.

ANNEXES

ANNEXE N° 1 : PERSONNES AUDITIONNÉES PAR LE RAPPORTEUR

- **Conseil national de l'Ordre des Médecins** (*) – **Dr François Arnault**, délégué général aux relations internes, et le **Dr François Simon**, président de la section exercice professionnel
- **Ministère des Solidarités et de la Santé – Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)** – **M. Jean-Marc Aubert**, directeur, **Mme Muriel Barlet**, sous-directrice de l'observation de la santé et de l'assurance maladie, et **Mme Hélène Chaput**, cheffe de bureau
- **Conseil national de l'Ordre des pharmaciens** (*) – **Mme Carine Wolf-Thal**, présidente, et **Mme Hélène Leblanc**, directeur des affaires publiques européennes et internationales
- **Ministère des Solidarités et de la Santé - Direction générale de l'offre de soins (DGOS)** – **Mme Cécile Courrèges**, directrice générale, **Mme Eve Robert**, cheffe de projet Accès aux soins, DGOS, **Mme Nathalie Schneider**, chargée de mission au bureau premiers recours à la sous-direction de la régulation de l'offre de soins, et **M. Michel Varroud-Vial**, Conseiller Médical soins primaires et professionnels libéraux
- *Audition commune des associations :*
 - **France assos santé** – **M. Marc Morel**, directeur général et **M. Alexis Vervialle**, chargé de mission offre de soins
 - **Association des citoyens contre les déserts médicaux (ACCDM)** – **M. Maxime Lebigot**, président, et **M. Michel Carreric**, secrétaire
 - **Union fédérale des consommateurs (UFC) Que Choisir** (*) – **M. Mathieu Escot**, responsable des études
- *Table ronde des syndicats de médecins :*
 - **Syndicat des médecins libéraux (SML)** – **Dr Philippe Vermesch**, président, et **Dr William Joubert**, secrétaire général
 - **Confédération des syndicats médicaux de France (CSMF)** (*) – **Dr Luc Duquesnel**

- **Le Bloc – Union AAL - SYNGOF – UCDF – Dr Bertrand de Rochambeau**, co-président

- **Syndicat des médecins généralistes (MG France) – M. Jean-Louis Bensoussan**, secrétaire général

- **Fédération des Médecins de France (FMF) – M. Jean-Paul Hamon**, président

➤ *Table ronde des syndicats de jeunes médecins :*

- **Jeunes médecins – Dr Emanuel Loeb**, président

- **Association nationale des étudiants en médecine de France (ANEMF) – Mme Clara Bonnavion**, présidente, et **M. Thomas Iampietro**, vice-président chargé des perspectives professionnelles

- **Intersyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale (ISNAR-IMG) – Mme Lucie Garcin**, présidente et **M. Pierre Guillet**, vice-président

- **InterSyndicat National des Internes (ISNI) – Antoine Reydellet**, président, et **M. Sylvain Gautier**, secrétaire général

- **Syndicat national des jeunes médecins généralistes (SNJMG) – Mme Sayaka Oguchi**, présidente, et **M. Benoît Blaes**, vice-président

- **Regroupement autonome des généralistes jeunes installés et remplaçants (ReAGJIR) - Mme Barbara Trailin**, vice-présidente

^(*) *Ces représentants d'intérêts ont procédé à leur inscription sur le répertoire de la Haute Autorité de transparence pour la vie publique s'engageant ainsi dans une démarche de transparence et de respect du code de conduite établi par le Bureau de l'Assemblée nationale*

ANNEXE N° 2 :
LISTE DES TEXTES SUSCEPTIBLES D'ÊTRE ABROGÉS OU MODIFIÉS À
L'OCCASION DE L'EXAMEN DE LA PROPOSITION DE LOI

Projet de loi	Dispositions en vigueur modifiées	
<i>Article</i>	<i>Codes et lois</i>	<i>Numéro d'article</i>
1 ^{er}	Code de la sécurité sociale	L. 162-5
2	Code de la santé publique	L. 1434-13
3	Code de la santé publique	L. 4111-2
4	Code de la santé publique	L. 4131-2

COMPTE RENDU DES DÉBATS

La commission examine au cours de ses séances du mercredi 23 janvier 2019 la proposition de loi pour des mesures d'urgence contre la désertification médicale (n° 1612) (M. Guillaume Garot, rapporteur).

http://videos.assemblee-nationale.fr/video.7167338_5c4823fecc033.commission-des-affaires-sociales--propositions-de-lois-diverses-23-janvier-2019

http://videos.assemblee-nationale.fr/video.7173935_5c4892d3e189e.commission-des-affaires-sociales--propositions-de-lois-diverses-23-janvier-2019

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Mes chers collègues, nous en venons à l'examen de la proposition de loi pour des mesures d'urgence contre la désertification médicale, dont M. Guillaume Garot est le rapporteur.

M. Guillaume Garot, rapporteur. Madame la présidente, mes chers collègues, la crise des gilets jaunes et les cahiers de doléances ont mis en lumière une réalité que beaucoup d'entre nous connaissent : je veux parler du quotidien des territoires qui perdent leurs bureaux de poste, leurs gares, leurs perceptions, mais aussi leurs cabinets médicaux, que ce soit dans la Creuse, en Seine-Saint-Denis, dans la Meuse ou dans le Lot.

Pour y remédier, la proposition de loi que nous vous soumettons ce matin s'attache à définir des mesures d'urgence contre la désertification médicale. Que recouvre cette expression en janvier 2019 ?

Paradoxalement, le nombre de médecins inscrits à l'ordre a augmenté au cours des dernières années, puisqu'on comptait 297 000 médecins en 2018 contre seulement 255 000 il y a dix ans. Mais il faut aller plus loin dans le constat, car tous ces médecins ne sont pas en activité médicale, tant s'en faut : le nombre de médecins en activité régulière recule, leur proportion étant passée de 78 % en 2008 à 66,7 % aujourd'hui.

Surtout, les inégalités territoriales sont criantes. En ce qui concerne les médecins généralistes libéraux, le rapport entre le département le moins bien doté et le département le mieux doté est de 2,2 : autrement dit, il y a deux fois plus de médecins généralistes libéraux par habitant dans les départements les mieux dotés. Cet écart est encore plus fort pour certaines spécialités : le rapport entre les départements les moins bien dotés et les mieux dotés est de 1 à 12 pour les ophtalmologistes, de 1 à 24 pour les pédiatres, et de 1 à 23 pour dermatologues – compte non tenu des deux départements qui en sont totalement dépourvus ! Le problème est d'autant plus grave que la situation ne va pas s'améliorer dans les cinq ni même les dix prochaines années, car toute une génération de médecins va

prochainement partir en retraite, ce qui va provoquer un creux démographique en 2025.

Face à cette réalité que nul ne conteste, ni le Gouvernement, ni aucun des acteurs que nous avons auditionnés, la ministre de la santé a annoncé un plan d'action, « Ma santé 2022 », qui tente d'apporter certaines réponses, dont certaines me semblent aller dans le bon sens – ainsi la suppression du *numerus clausus* ou la création des assistants médicaux, visant à libérer du temps médical.

Le problème, c'est que ce plan ne s'attaque pas au cœur du sujet, c'est-à-dire à ces inégalités territoriales. Celles-ci n'ont fait que s'accroître entre 2010 et 2017. La Nièvre a perdu 27 % de ses médecins généralistes et l'Indre en a perdu 24 % alors que, dans le même temps, d'autres départements ont vu le nombre de leurs médecins augmenter : la Savoie a connu une augmentation de 8 %, les Pyrénées-Atlantiques de 3 %, la Charente-Maritime de 4 % et le Var de 3 % – ce qui, dans ce département, représente 150 médecins supplémentaires rien qu'entre 2012 et 2017.

Le plan annoncé par le Gouvernement présente donc un angle mort, celui des inégalités territoriales, car il ne produira réellement ses effets qu'à moyen et long terme. Or, l'urgence se fait ressentir dès aujourd'hui. Cette urgence est médicale, mais aussi politique, car elle représente un enjeu de solidarité et de responsabilité pour nous tous – législateur, mais aussi élus locaux et professionnels de santé. Je suis convaincu qu'on ne peut faire face à l'urgence territoriale et sociale d'aujourd'hui avec les réponses d'hier : continuer dans cette logique reviendrait à dire aux Français qui se sentent abandonnés que nous n'avons pas l'intention de mettre en œuvre de nouvelles solutions pour leur venir en aide, ce qui ne serait pas responsable. C'est pourquoi nous vous proposons ces mesures d'urgence, dans un souci d'efficacité et avec la conviction qu'il va falloir faire preuve d'audace, en mettant en œuvre des solutions inédites pour lutter contre la désertification médicale.

Partant du constat que toutes les mesures prises jusqu'à présent, quels qu'aient été les gouvernements, n'ont pas produit les effets qu'on en attendait, l'article 1^{er} pose le principe d'une régulation appliquée au moyen d'un conventionnement territorial. Il étend ainsi aux médecins des mesures de régulation par voie conventionnelle – j'insiste sur ce point –, à l'instar de ce qui existe déjà pour d'autres professions de santé. L'objectif de cet article est de contenir la densification des médecins généralistes et spécialistes dans les zones suffisamment dotées, où les besoins de santé sont correctement pourvus.

Nous savons qu'il faut agir sans tarder. C'est pourquoi l'article 1^{er} prévoit dans son troisième alinéa que, si la négociation conventionnelle n'aboutit pas dans les douze mois, c'est la puissance publique qui prendra le relais pour poser le cadre de la régulation. Par ailleurs, lorsqu'on parle d'accès aux soins, l'un des principaux enjeux est celui de l'accessibilité géographique, mais aussi sociale : en certains points du territoire, on trouve beaucoup plus de médecins en secteur 2 que

de médecins en secteur 1. Par exception, le conventionnement territorial que nous proposons ne concernerait donc pas les médecins qui s'installeraient en secteur 1 dans les zones où les besoins sont bien pourvus.

Le principe de cette régulation est extrêmement simple : cela consiste à dire aux médecins qu'ils ne doivent pas aller s'installer là où les besoins de santé sont déjà pourvus, et à les encourager à le faire partout ailleurs, là où de nombreux patients les attendent – en d'autres termes, là où on a besoin d'eux.

J'entends des voix s'élever pour dénoncer une atteinte insupportable à la liberté d'installation. Ce à quoi je réponds d'abord qu'il faut se garder d'agiter un chiffon rouge pour éviter d'avoir à traiter le vrai problème... Ensuite, je maintiens qu'encadrer la liberté d'installation relève de l'intérêt général, et qu'il est parfaitement légitime que la Nation, qui forme les médecins et garantit leurs revenus grâce à l'assurance maladie, exprime ses préoccupations et demande qu'il soit apporté une réponse aux carences dans l'offre de soins. Dès lors, il revient au législateur de mettre au point des solutions efficaces, auxquelles seront associés les médecins.

On me dit parfois aussi que la régulation, cela ne fonctionne pas. À cela, j'ai envie de répondre que la régulation n'est qu'une solution parmi d'autres, et qu'elle doit systématiquement être associée à l'incitation : c'est en se combinant que les deux mécanismes atteignent une pleine efficacité.

Au demeurant, si la régulation est aussi inefficace que le prétendent certains, pourquoi en a-t-on retenu le principe pour d'autres professions de santé, notamment les pharmaciens, les infirmiers et infirmières, les kinésithérapeutes et les sages-femmes ? Pourquoi ce qui fonctionne très bien pour toutes ces professions ne fonctionnerait-il pas pour les médecins ?

Voilà pour l'article 1^{er}, qui pose le principe de la régulation à travers le conventionnement territorial.

Les articles 2, 3, 4 et 5 actionnent d'autres leviers afin de parvenir à la plus grande efficacité possible, et c'est bien dans leur globalité qu'il faut considérer toutes ces solutions, qui doivent être mises en œuvre sans jamais perdre de vue l'équilibre que nous devons maintenir.

L'article 2 vise à concentrer les moyens publics sur les projets de santé qui améliorent l'attractivité des territoires, en d'autres termes à flécher des crédits publics vers les projets de territoire les plus innovants, en ce qu'ils répondent aux attentes en termes de pratique médicale, en particulier chez les jeunes générations de médecins. Bon nombre d'entre eux disent préférer exercer en groupe plutôt que de manière isolée : des projets en ce sens peuvent leur être proposés. Ils disent avoir besoin de maintenir un lien avec l'hôpital : il faut privilégier ce lien entre la ville et l'hôpital, et notamment permettre aux médecins libéraux, généralistes et aux spécialistes, d'accéder au plateau technique de l'hôpital. Ils souhaitent pouvoir

travailler en télé-expertise et en télé-médecine : on peut promouvoir des projets de ce type.

Si, par ailleurs, certains projets de territoire sont de nature à organiser harmonieusement la permanence des soins – ce qu’on appelle les gardes –, ce sera une raison supplémentaire de favoriser leur mise en œuvre. Il s’agit en fait de concentrer des moyens afin de « booster » l’attractivité de territoires qui, s’ils sont peut-être les plus en souffrance en termes de présence médicale, sont souvent aussi les plus audacieux, les plus agiles, les plus innovants en termes de réponses apportées aux demandes des médecins. C’est pourquoi nous proposons une labellisation « territoire innovation santé » destinée à mettre en valeur l’ambition des territoires concernés et surtout à marquer le soutien de la puissance publique à des projets très innovants,

L’article 3 tend à adopter une proposition, adoptée à une large majorité par la commission 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, dont Philippe Vigier était le rapporteur. Il s’agit de réduire la période probatoire pour les médecins diplômés à l’étranger, hors Union européenne, qui, après avoir réussi le concours, exerceraient en zone sous-dense. Plusieurs points méritent d’être précisés : premièrement, ni le concours ni les épreuves de maîtrise de la langue française ne sont supprimés. Deuxièmement, la période probatoire n’est pas non plus supprimée, ce que proposait du reste la commission d’enquête : il est simplement proposé de la ramener de trois ans à un an – comme cela se fait déjà pour les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes.

L’article 4 reprend deux propositions contenues dans le rapport d’enquête que je viens d’évoquer. D’une part, il introduit le médecin de renfort dans les zones sous-dotées, d’autre part, il étend le recours au médecin adjoint, afin de prévoir la possibilité d’une assistance temporaire en cas de carence de l’offre de soins.

Le dernier article de la proposition de loi, l’article 5, qui s’inscrit également dans le prolongement d’une proposition de la commission d’enquête rapportée par Philippe Vigier, vise à instituer un cadre expérimental de coopération entre les pharmaciens et les médecins, en particulier dans les zones où les besoins de santé sont difficilement pourvus. Pour ce faire, nous avons repris le dispositif proposé à l’occasion du dernier PLFSS par un amendement de notre collègue Delphine Bagarry ; il s’inscrit dans le cadre des projets de santé, en particulier celui des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), qui constituent l’un des objectifs du plan « Ma santé 2022 ». Et surtout, il est « protocolisé », soumis à une démarche très encadrée, rigoureuse et destinée à rassurer. Le but est de permettre aux pharmaciens de prescrire des médicaments pour des pathologies bénignes – par exemple des conjonctivites, des cystites ou des rhinites – selon un protocole extrêmement normé, ce qui suppose un accord d’ordre technique entre médecins et pharmaciens. Cet article, qui viendrait compléter ce qui est prévu pour les infirmiers en pratique avancée (IPA), vise en

fait à élargir l'éventail des solutions destinées à faciliter l'accès aux soins et surtout à faire baisser la pression qui pèse aujourd'hui sur les salles d'attente des généralistes.

Cette proposition de loi ne prétend évidemment pas être l'unique solution à tous les problèmes de désertification. Mais elle est constituée d'un ensemble de leviers qui, actionnés tous ensemble – j'insiste sur ce point – donneront leur pleine efficacité à tous les dispositifs mis en œuvre séparément et sans résultat au cours des dix dernières années.

Pour conclure, je veux insister sur le fait que, si les médecins sont et doivent rester au centre de notre système de soins, nous avons avec eux la coresponsabilité d'apporter des réponses à l'attente tellement légitime exprimée par nos concitoyens en termes d'accès aux soins – à cette question tout à la fois simple et forte : « Comment vais-je faire demain pour être soigné près de chez moi, quand il n'y aura plus de médecins sur le territoire où je vis ? ». Pour répondre à cette question, mes chers collègues, nous avons le devoir de faire preuve d'audace. On ne peut pas continuer comme si de rien n'était ; on ne peut pas légiférer en vase clos, sans entendre ce que nous disent les territoires, ce que nous disent des patients qui perdent peu à peu leurs médecins et qui, demain, risquent fort d'être confrontés à des difficultés encore plus redoutables.

L'accès à la médecine et aux soins n'est ni plus ni moins qu'un des fondements du pacte républicain : tous les Français doivent avoir un égal accès à la santé. C'est un principe qui nous vient de la Résistance. Pour que ce droit continue d'être garanti, nous devons aujourd'hui refonder le pacte républicain, sous la forme d'un nouveau contrat conclu entre la Nation avec nos médecins : tel est le sens de cette proposition de loi.

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Avant de passer la parole aux orateurs des groupes, je vous informe que le projet de loi Santé sera déposé sur le bureau de l'Assemblée le 13 février prochain ; l'examen en commission aura lieu durant la semaine du 11 mars, et l'examen en séance publique au cours de la semaine du 18 mars : autrement dit, c'est imminent.

Je donne maintenant la parole aux orateurs des groupes, en commençant par le groupe La République en Marche.

Mme Audrey Dufeu Schubert. Vous avez raison, cher collègue Garot. L'enjeu est partagé, dans quelque groupe que nous siégeons : nous devons apporter une réponse à nos concitoyens en matière d'offre de soins. La question trouve un écho particulier dans l'actualité, les doléances citoyennes en témoignent : nous avons la responsabilité de garantir l'accès aux soins.

Notre majorité en a pris conscience il y a plusieurs mois, avant même l'élection du Président de la République : d'abord dans le cadre du programme proposé lors de la campagne présidentielle, évidemment élaboré en concertation, puis à l'occasion du rapport de notre collègue Thomas Mesnier sur l'accès aux

soins ou encore de la mission sur la formation des professionnels de santé confiée à Stéphanie Rist au premier semestre de l'année 2018. Ce à quoi viendra s'ajouter, au cours des prochaines semaines, le projet de loi relatif à la santé que présentera Agnès Buzyn dans le cadre de la réforme « Ma santé 2022 ».

Il est donc intéressant d'étudier, monsieur le rapporteur, votre proposition de loi relative à la désertification médicale, question à laquelle il est urgent de répondre. Une étude transpartisane doit nous permettre une réponse collective.

Cependant, nous nous interrogerons également sur la notion de conventionnement sélectif. Cette proposition de loi a déjà été déposée par le groupe auquel vous appartenez, monsieur le rapporteur, elle a même été déposée sous la présidence de François Hollande. Pourquoi donc des mesures qui avaient alors été rejetées ne le seraient-elles pas aujourd'hui ?

Toujours soucieuse de voir adopter des mesures législatives pertinentes, notre majorité est ravie de pouvoir examiner ce matin cette proposition de loi et peut-être d'offrir à nos territoires ruraux, mais aussi urbains, une réponse de nature à résoudre certains paradoxes, à remédier à de profondes disparités en matière d'accès aux soins. Quand on parle de désertification, on parle de phénomènes en réaction à des changements...

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Je suis obligée de vous prier de conclure, chère collègue. Chaque porte-parole de groupe n'a que deux minutes.

Mme Audrey Dufeu Schubert. ... Il sera de notre responsabilité de les observer.

M. Jean-Carles Grelier. Monsieur le rapporteur, merci d'ouvrir devant notre commission ce débat d'une actualité particulière sur la démographie médicale et la présence des médecins sur notre territoire ; la question est d'actualité, mais depuis déjà des mois. Nombreux sont les groupes d'opposition de l'Assemblée nationale qui, par leurs propositions de loi, ont appelé l'attention sur ce problème, sans avoir jusqu'à présent retenu celle de la majorité.

Avec le groupe Les Républicains, je me réjouis que les débats sur « Ma santé 2022 » s'ouvrent dans quelques semaines, mais je déplore qu'il soit prévu de traiter les questions des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et de l'implantation des médecins par voie d'ordonnances. Cela privera la représentation nationale d'un débat important.

À mon avis, monsieur le rapporteur, il est une dimension que vous n'avez pas suffisamment prise en compte, notamment à l'article 1^{er} : l'hôpital est devenu le premier concurrent de la médecine de ville. Pour un étudiant en médecine, il est beaucoup plus attractif que l'exercice libéral, ce que la suppression, envisagée dans le cadre de « Ma santé 2022 », du concours de praticien hospitalier ne fera qu'accentuer. Là réside la vraie difficulté. Tant que nous n'aurons pas corrigé ce problème, nous ne ramènerons pas les médecins vers la médecine de ville. Le

message qu'adresse votre article 1^{er}, avec cette coercition qui ne dit pas son nom, induira inmanquablement un report des médecins vers l'hôpital et non vers la médecine de ville. Tous les syndicats de jeunes médecins, tous les syndicats d'étudiants en médecine sont opposés à tout ce qui pourrait restreindre leur liberté d'installation.

Réfléchissons plutôt aux raisons pour lesquelles celui qui entame aujourd'hui un cursus médical ne se destine pas à la médecine générale : il n'y est pas incité, il n'en a pas le goût et, lors des examens classants nationaux, elle n'est pas la filière d'excellence. Ce sont là les véritables questions, sur lesquelles votre proposition de loi, à mon grand regret, n'ouvre pas le débat.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Cette proposition de loi de notre collègue Guillaume Garot fait écho à celle que nous avons examinée l'an dernier. Elle est étoffée de plusieurs dispositions intéressantes, notamment aux articles 4 et 5 qui prévoient respectivement des mécanismes d'assistance aux médecins en zone sous-dotée et une expérimentation qui concerne les pharmaciens.

Toute la question réside dans le conventionnement territorial : est-ce efficace ? Notre conviction est que non ; c'est même contre-productif. Vous donnez une mauvaise réponse à la question, prioritaire, de la désertification médicale, à l'heure où seuls 15 % des jeunes médecins s'installent en libéral. Avec ce dispositif, leur appétence pour la médecine libérale sera encore moindre, et ils continueront de s'orienter vers l'hôpital. Nous proposons un amendement de suppression de l'article 1^{er}.

Toutefois, parce qu'il est favorable à une vision holistique, et non symptomatique, de notre système de santé, le groupe MODEM examinera et bienveillante les articles 4 et 5 qui prévoient des mesures concrètes de soutien, et non des contraintes, et une extension à titre expérimental des compétences des pharmaciens d'officine.

M. Boris Vallaud. Je remercie Guillaume Garot pour sa constance et sa persévérance.

La majorité annonce une loi prochaine, mais un certain nombre des propositions formulées aujourd'hui l'avaient déjà été il y a un an. Vous y aviez répondu de façon dilatoire en assurant que le meilleur viendrait certainement des propositions que la majorité formulerait. On entend s'exprimer une demande de justice, d'égalité dans l'accès aux services publics, en particulier le service public de la santé. Force est de constater que cette égalité n'est pas assurée dans nos territoires, ce n'est pas normal et cela suscite un considérable sentiment d'abandon. On reproche donc à la puissance publique de ne pas se donner les moyens de ses ambitions et de sa politique.

Pourquoi n'avons-nous pas pris les mesures proposées par M. Garot plus tôt, en particulier dans le précédent quinquennat ? Oui, nous aurions dû le faire.

Ne pas répondre à une demande sociale forte fait des dégâts, non seulement sanitaires mais aussi politiques ; nous le voyons lucidement.

La proposition du groupe Socialistes et apparentés est équilibrée : c'est une mesure de régulation, qui prend en compte l'évolution des pratiques professionnelles des médecins et répond à une demande d'innovation qui émane non pas seulement de nos concitoyens mais aussi des praticiens. Je connais bien les médecins installés dans les territoires ruraux ; s'ils n'avaient pas le sens de leur mission, certains auraient pris leur retraite il y a longtemps.

Nous appelons la représentation nationale à faire preuve d'audace en adoptant cette proposition de loi qui répond à une demande sociale.

M. Paul Christophe. Merci, monsieur le rapporteur, d'inscrire une nouvelle fois à l'ordre du jour de notre commission le sujet de la désertification médicale. Même s'il ne figure pas explicitement parmi les quatre thèmes retenus pour le grand débat national, nous savons tous à quel point ces difficultés d'accès à un médecin préoccupent quotidiennement nos concitoyens. La question de la désertification médicale se pose de manière trop récurrente, puisque nous n'avons pas encore trouvé la bonne solution, l'équilibre qui respecterait tout à la fois la liberté d'installation des médecins et la nécessité d'une bonne répartition dans les territoires.

Vous proposez, monsieur le rapporteur, de faire du conventionnement des médecins un outil de régulation pour ainsi rééquilibrer l'offre de soins au profit des zones insuffisamment dotées. Sans remettre en cause la liberté d'installation des médecins, vous conditionnez leur conventionnement à la densité de l'offre de soins sur le territoire ; malheureusement, cette mesure ne garantirait pas la présence de médecins dans certaines zones rurales. Vous proposez d'empêcher l'installation dans des zones surdotées mais en oubliant d'agir sur l'attractivité des zones sous-dotées. Les bénéfices de cette mesure demeureront par ailleurs limités quand on sait que neuf médecins diplômés sur dix choisissent d'exercer à l'hôpital. Il ne faut donc pas seulement rendre plus attractive l'installation dans certains territoires : il faut également rendre plus attractive la médecine de ville.

Vous proposez également, dans le cadre d'une expérimentation, de s'appuyer sur les pharmaciens d'officine. Ils pourront dispenser certains médicaments à prescription médicale obligatoire. Les pharmaciens ne sont pas prescripteurs. Cependant, ils sont présents sur tout le territoire, en raison de règles d'installation bien plus contraignantes. La pharmacie constitue aujourd'hui un lieu de santé de proximité dans les territoires que les médecins ont préféré désertier. Dans le cadre de la campagne de vaccination antigrippale, les pharmaciens ont déjà démontré qu'ils pouvaient aider ; pourquoi donc ne pas aller plus loin, notamment dans le cas de pathologies mineures, et nous appuyer sur notre formidable maillage pharmaceutique ? Choisir de mener une expérimentation me semble cohérent.

Cette proposition de loi, qui ne compte que peu d'articles, ne prétend pas à elle seule, vous l'avez dit, monsieur le rapporteur, résoudre toutes les inégalités territoriales d'accès aux soins. Cependant les mesures proposées ont le mérite de faire bouger les choses.

Le groupe UDI, Agir et Indépendants les examinera avec bienveillance, même si certaines dispositions pourraient trouver à s'intégrer dans le projet de loi qui nous sera très prochainement soumis dans le cadre du plan « Ma santé 2022 ».

M. Jean-Hugues Ratenon. Les inégalités d'accès à la santé sont criantes et s'aggraveront encore au cours des prochaines années, si nous ne faisons rien. La population médicale continuera de diminuer jusqu'en 2025, compte tenu du nombre de médecins sur le point de partir à la retraite. : les médecins âgés de soixante ans ou plus représentent 47 % de l'ensemble des médecins inscrits au tableau de l'ordre – ils n'étaient que 25 % en 2007.

Comme l'année dernière, le groupe socialiste et apparentés présente une proposition de loi visant à lutter contre la désertification médicale. Cette nouvelle version reprend une des propositions phares de la précédente : le conventionnement sélectif de des médecins. Concrètement, il s'agit d'empêcher qu'un médecin s'installe, comme il peut actuellement le faire, dans une zone déjà dense. À l'époque, nous avons ardemment défendu cette proposition, même si elle est moins ambitieuse que nos solutions, même si le groupe LR et d'autres l'ont jugée « soviétique ». La situation va empirer, chers collègues. Il y a urgence à agir. Nous sommes donc favorables aux mesures relatives au conventionnement des médecins.

En revanche, deux autres points nous inspirent de vives inquiétudes. Premièrement, nous nous interrogeons sur le plus large recours aux praticiens diplômés hors de l'Union européenne, sans réflexion sur leur statut et leurs conditions de travail. Deuxièmement, la proposition de permettre aux pharmaciens de délivrer des médicaments sans prescription obligatoire nous inquiète vivement. Paradoxalement, cette mesure entérine une désertification à laquelle elle offre un bien étrange palliatif, comme si le problème de l'accès aux soins était un problème d'accès aux médicaments, alors qu'il s'agit surtout d'un problème d'accès à l'examen médical en lui-même. Déplacer la responsabilité de la prescription vers les pharmaciens nous semble, dans le contexte actuel, très dangereux.

Le groupe La France insoumise attend donc des précisions sur ces deux points.

M. Pierre Dharréville. Les déserts médicaux et l'accès à la médecine sont un sujet majeur dont nous avons déjà eu à traiter à plusieurs reprises dans le cadre de cette commission, notamment l'an dernier, déjà à l'initiative de Guillaume Garot et de son groupe. Il est urgent d'agir.

Nous avons accueilli favorablement la remise en cause du *numerus clausus* que nous demandions depuis très longtemps mais, pour être réellement

efficace, cette mesure doit s'accompagner d'une volonté de former des médecins en plus grand nombre. Or, pour l'instant, nous considérons que ce n'est pas le cas.

Ensuite, même si ce n'est pas l'objet de cette proposition de loi, j'appelle l'attention de notre commission sur l'opportunité d'un fort développement des centres de santé. Cela ne s'oppose pas à ce qui est proposé par notre collègue, mais c'est une des réponses que nous devons donner aux aspirations nouvelles des jeunes médecins qui cherchent à s'installer.

Par ailleurs, monsieur le rapporteur, votre article 5 et le rôle que vous souhaitez pouvoir faire jouer au pharmacien nous inspirent quelque doute. Un certain nombre de pharmaciens de ma circonscription étaient déjà dubitatifs sur le rôle qui leur était donné en matière de vaccination, en vertu d'une disposition précédemment adoptée. Nous ne sommes pas certains que cette solution soit bonne.

Le groupe GDR n'en soutient pas moins l'esprit de cette proposition de loi et estime que le conventionnement sélectif pourrait être un outil de régulation. Il est absolument nécessaire de donner à la puissance publique un outil d'intervention qui lui permette de mieux répartir l'offre médicale sur le territoire.

Mme Jeanine Dubié. Monsieur le rapporteur, l'examen de votre proposition de loi nous permet d'évoquer ce matin, une fois encore, le sujet de l'accès aux soins, prégnant pour beaucoup de citoyens, et qui participe largement au malaise de notre société. Et, vous avez raison, il y a urgence. J'ai ainsi constaté l'échec des dispositifs mis en œuvre jusqu'à présent pour lutter contre ces inégalités, en particulier tous les dispositifs incitatifs. Or le groupe Libertés et territoires ne peut accepter que des Français soient plus ou moins bien soignés selon le territoire où ils vivent.

Il nous faut parvenir à un équilibre entre la liberté d'installation des médecins, à laquelle nous sommes attachés, et un accès à la santé garanti à chaque Français. Eu égard à l'urgence de la situation, nous considérons que toutes les solutions peuvent et doivent être débattues, d'autant plus que la solution régulatrice proposée par M. Garot et ses collègues du groupe socialiste, si elle est appliquée à d'autres professionnels de santé, n'a jamais été mise en œuvre ni même expérimentée pour les médecins.

Cependant, les dispositions proposées par ce texte dont nous reconnaissons tout l'intérêt ne restent malheureusement que des mesures d'urgence. Faute d'une politique forte et globale en faveur de l'attractivité des territoires – au-delà de la question de la santé –, l'efficacité de ces dispositifs de coercition risque d'être limitée, s'ils ne se révèlent pas contre-productifs.

Afin d'apporter une réponse équilibrée à une dramatique désertification médicale, la récente commission d'enquête sur l'égal accès aux soins, dont Philippe Vigier était le rapporteur, a formulé plusieurs propositions ambitieuses. Il s'agit avant tout de mobiliser le maximum de professionnels de santé sur tout le

territoire, grâce à des mesures simples d'effet immédiat : ainsi l'exonération de cotisations retraite pour les médecins exerçant en cumul emploi-retraite dans les zones en tension, la création d'un statut de médecin volant pour des médecins « thésés », la création d'un statut de médecin assistant de territoire ou encore la révision de la procédure d'autorisation d'exercice.

En tout état de cause, nous soutenons votre texte, mais nous considérons que ces mesures intéressantes ne sont pas suffisantes pour relever le défi de l'égal accès aux soins.

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Nous en venons aux questions des députés.

M. Jean-Pierre Door. Nous sommes tous d'accord effectivement sur le constat, monsieur le rapporteur, mais, pour nous, membres du groupe Les Républicains, ce n'est pas la bonne réponse. Vous ressortez cette vieille lune de conventionnement sélectif que tous les ministres de gauche comme de droite, même la ministre actuelle, ont repoussé, ainsi d'ailleurs que tous les représentants des étudiants en médecine. N'oublions pas que moins de 8 % des étudiants choisissent la médecine générale, soit – ce sont les chiffres du conseil de l'ordre – environ 600 généralistes par an pour 100 départements. Faites le calcul par département...

Vous allez dissuader les étudiants de choisir la médecine libérale et plus encore la médecine générale. Vous écrivez dans votre rapport que le principe de la liberté d'installation demeure, mais c'est hypocrite : en vérité, le conventionnement sélectif le remettra bel et bien en cause. Déconventionner un médecin revient finalement à dérembourser les malades ; vous dérembourseriez les patients des médecins qui s'installeraient où ils veulent – et aucun médecin n'ira où il ne veut pas aller, il faut le savoir. Jamais vous ne parviendrez à l'y contraindre en l'y poussant avec un couteau dans le dos.

Nous réaffirmons pour notre part qu'une politique de santé publique ne peut se faire contre les professionnels de santé. Or ceux-ci forment leur projet professionnel dès l'entrée en premier ou deuxième cycle. Si au terme des douze à quinze ans d'études qu'ils font pour réaliser leur projet professionnel, vous les engagez à aller ailleurs, ils choisiront le salariat à l'hôpital. Ce que vous proposez, monsieur le rapporteur, a échoué en Allemagne, en Autriche et en Belgique. J'ai été y voir comment cela se passait. Ne faisons pas pareil.

Mme Delphine Bagarry. Cette proposition de loi vise à améliorer la couverture médicale en ciblant spécifiquement les territoires les moins dotés. Nous ne pouvons que souscrire à cet objectif. La suppression du *numerus clausus*, dont nous débattons lors de l'examen du projet de loi consacré à santé que nous proposera prochainement le Gouvernement, n'est qu'une solution de long terme, qui ne peut répondre à ce besoin immédiat. Il faut malgré tout faire attention et nous en débattons, en veillant à ne pas créer d'autres déséquilibres. Ne pensez-

vous pas que nous prenons le risque de démultiplier les déconventionnements ? Ne pensez-vous pas que nous prenons aussi le risque d'une offre de soins toujours plus favorable aux médecins et non aux patients ? Il n'en reste pas moins qu'un dispositif équivalent existe pour d'autres professions de santé et que la proposition que vous nous faites, monsieur le rapporteur, mérite débat afin de nous assurer de sa pertinence.

Pour ma part il me semble plus intéressant d'insister davantage sur l'organisation des soins et l'articulation entre les professionnels, entre l'hôpital et la médecine ambulatoire. Ce sera l'enjeu du futur projet de loi si nous entendons résoudre partiellement le problème que pose cette baisse de la démographie médicale.

À vous entendre, monsieur le rapporteur, les jeunes médecins ne voudraient s'installer qu'en équipe ; à mon avis, le travail en équipe est davantage un moyen de répondre aux besoins liés à l'organisation des soins et aux maladies chroniques qu'une réelle volonté des jeunes médecins.

Enfin, je souscris totalement au dispositif que vous proposez à l'article 5 – je l'avais moi-même proposé lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS). Il faut insister sur le fait qu'il valorise les compétences des uns et des autres, qu'il valorise la coordination entre les différents professionnels et qu'il facilite l'accès aux soins, qui pourront être fournis plus rapidement et plus efficacement.

Mme Isabelle Valentin. Le nombre de médecins n'a jamais été aussi élevé. Pourtant, la désertification médicale s'aggrave, et le manque de médecins entraîne, nous le savons, l'engorgement des urgences et la désorganisation et le dysfonctionnement de notre système de santé. Bientôt, un médecin sur deux aura plus de soixante ans. La médecine générale est peu valorisée et attire peu de jeunes. Si nous ne prenons pas de mesures efficaces, cette situation va s'accroître, et la suppression du *numerus clausus* ne portera ses effets que dans quinze ans. Les jeunes médecins sont attachés à leur projet de vie, et la féminisation de la profession, le souhait de travailler ensemble et en équipe sont des éléments à prendre compte dans nos réflexions.

La création des maisons de santé est aussi une des solutions qui fonctionne relativement bien dans mon département, mais l'agence régionale de santé (ARS) doit assouplir les règles ; abaisser le seuil obligatoire de deux médecins à un médecin a tout son sens dans les communes rurales. Dans mon département de Haute-Loire, des médecins, des dentistes diplômés hors de l'Union européenne ne peuvent s'installer alors que nous manquons des professionnels de santé. L'assouplissement des règles d'exercice et des procédures d'autorisation de ces praticiens diplômés mérite d'être étudié. Une validation des compétences après un an d'exercice en structure, en France, paraît intéressante et de nature à favoriser les installations de professionnels de santé.

La loi de 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, qui visait notamment à favoriser le maintien à domicile, a désengorgé les hôpitaux mais surchargé les professionnels de santé de ville et les services d'aide à la personne, sans que le travail de ceux-ci bénéficie d'aucune revalorisation financière. Nous devons impérativement nous pencher sur la révision de la nomenclature des infirmiers libéraux et sur le remboursement des frais kilométriques de nos professionnels de santé et des services d'aide à domicile, dont le statut doit lui aussi être valorisé.

M. Julien Borowczyk. Monsieur le rapporteur, je voudrais vous interroger sur l'envers du décor, autrement dit sur les chiffres. Aujourd'hui, sans tomber dans l'archéologie politique, nous payons un peu les pots cassés. La courbe d'évolution du *numerus clausus* a marqué une baisse drastique à partir des années quatre-vingt : c'était un choix politique que de diminuer le nombre d'étudiants en deuxième année de médecine. Tant et si bien que, à croire les chiffres officiels, nous nous classions en 2014 au vingtième rang, derrière la Lettonie, en nombre de médecins pour 100 000 habitants !

Il y a jamais eu autant de médecins, avez-vous dit. Je l'entends, mais nous savons aujourd'hui – c'est aussi cela, l'envers du décor – qu'il faut en fait deux à trois médecins pour faire un médecin, parce que les médecins travaillent différemment et que se pose la question du temps médical efficace. Aujourd'hui, grâce à certaines réformes, en particulier la création des assistants médicaux, nous allons pouvoir supprimer du temps administratif et rendre du temps médical au médecin ; c'est important, et c'est un facteur d'attractivité. Rendre un quart de temps médical partout en France aux médecins de toutes les spécialités, c'est, mathématiquement, comme si nous augmentions de 25 % le nombre de médecins. C'est un nouveau souffle pour la médecine ; et cela fait partie de la réforme « Ma santé 2022 » et du projet de loi bientôt déposé.

Pour ce qui est des pharmacies, même si la profession est réglementée, n'oublions pas que le coût de rachat d'une pharmacie est énorme, et que cela donne lieu à des effets d'aubaine. Des groupes rachètent aujourd'hui des pharmacies et les fusionnent. Cela aussi doit nous amener à nous interroger.

M. Joël Aviragnet. Nous sommes dans une situation d'urgence. Le droit à la santé, comme l'a très bien rappelé notre rapporteur Guillaume Garot est un droit de base que revendique la population. Avec les difficultés d'accès, nous assistons à de plus en plus de manifestations d'agressivité et d'incivilités envers le corps médical – n'oublions pas que la maladie nourrit l'angoisse.

Rappelons d'ailleurs que c'est une des premières revendications des gilets jaunes : trouver des moyens pour qu'à la fin de leurs études les jeunes médecins, avant même d'aller à l'hôpital ou ailleurs, travaillent un temps en milieu rural. Compte tenu de l'échec des mesures incitatives – nous en prenons depuis un certain temps –, une régulation doit être instaurée. À défaut, je crains que ces cabines de consultation qui ont le vent en poupe ne remplacent le corps médical,

au risque de faire disparaître toute dimension relationnelle, toute dimension clinique de l'exercice médical. Et restera-t-il des pharmacies ? Comme il y aura moins de prescriptions, nous pourrions également nous retrouver avec de moins en moins de pharmacies.

M. Bernard Perrut. La désertification médicale est un des symptômes de cette fracture territoriale que nous évoquons souvent. Je partage bien sûr le constat du rapporteur : la désertification est un problème majeur de notre pays. M. Garot évoque bien sûr les territoires ruraux, mais n'oublions pas que le phénomène touche certains quartiers de nos villes moyennes et grandes villes.

Cependant, des mesures coercitives qui remettent notamment en cause la liberté d'installation des médecins ne remédieront pas aux déserts médicaux. Cela a été largement rejeté dans un certain nombre de pays où des expérimentations ont été faites.

Les professionnels de santé doivent être acteurs de cette lutte, en lien avec les élus locaux, inquiets et très mobilisés. Je crois beaucoup, pour ma part, aux maisons de santé, à leur réussite et à la complémentarité des activités pour les médecins qui peut à la fois exercer en hôpital ou en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et développer une activité libérale sur un territoire beaucoup plus large. Un certain nombre d'exemples montrent que cela permet d'assurer un maillage territorial – j'ai déjà évoqué le sujet. Il faut pouvoir développer cela.

Cette proposition de loi remet en cause le conventionnement d'un médecin libéral dans une zone d'excédent d'offre de soins, mais comment disposer d'un vivier suffisant de médecins généralistes qui ne seraient pas effrayés par ce déconventionnement sélectif ? Comment également éviter d'encourager le choix du secteur 3 et la pratique d'honoraires libres ? Ce dispositif trouve très vite un certain nombre de limites. C'est la raison pour laquelle votre proposition, cher collègue Garot, me trouve quelque peu réticent. Je suis pour ma part très favorable à une évolution qui joue sur des complémentarités – élément à mes yeux essentiel.

M. Thomas Mesnier. Nous revenons, monsieur le rapporteur, à une thématique qui vous est chère, comme à toutes et tous ici. Je me félicite que nous débattions de santé et d'accès aux soins dans notre commission, un mois avant l'examen du projet de loi du Gouvernement. Cependant, je rappellerai les mots des jeunes professionnels de santé auditionnés, ces jeunes médecins avec qui nous devons faire le système de santé de demain : ils ont qualifié, monsieur le rapporteur, votre proposition de dangereuse, de démagogique et d'inefficace – ce sont leurs propres termes ! Comme eux, je crois que vous prenez un peu le sujet à l'envers. Nul, dans cette salle où notre commission siège, ne vous dira que son territoire compte trop de médecins. La qualification de zones sur-denses n'est qu'une notion purement statistique.

Vous avez évoqué des territoires ruraux – ma Charente ne fait pas exception, qui perd malheureusement des médecins chaque année – mais nous pourrions aussi évoquer Paris, zone on ne peut plus urbaine, qui en a perdu 28 % en un an ! Ce problème de démographie médicale qui nous concerne toutes et tous va s'aggraver jusqu'en 2025.

Le cœur du sujet, c'est le nombre de médecins, c'est le temps médical, et je crois que vos propositions, notamment ce conventionnement sélectif qui est l'objet de l'article 1^{er}, nous exposent à de graves risques. Il entraînerait – certains collègues l'ont dit – des inégalités financières d'accès aux soins, puisque des déconventionnements interviendraient. Ce serait aussi probablement un nouveau coup porté à l'exercice libéral, très dangereux alors que nous manquons de médecins ; à l'heure actuelle, 25 % des jeunes médecins n'exercent pas.

Je m'interroge aussi sur l'article 3. J'ai le sentiment que vous êtes prêts à mettre la sécurité et la qualité du soin en jeu dans des zones sous-denses, mais l'examen des articles nous donnera l'occasion d'en débattre.

Mme Josiane Corneloup. Merci, monsieur le rapporteur, pour cette proposition de loi. La lutte contre la désertification médicale est un sujet qui nous préoccupe tous.

L'article 1^{er} vise à déconventionner sélectivement des médecins, ce qui pourrait avoir des effets pervers en contradiction avec l'objectif visé : les jeunes médecins risquent de se détourner de la médecine générale qui est déjà le parent pauvre de la médecine en France – seuls 8 % choisissent la médecine générale. Je suis plus favorable à des mesures incitatives qu'à des mesures coercitives.

Quant à l'article 2, le fonds d'intervention régional (FIR) finance des actions et des expérimentations validées par les agences régionales de santé en faveur de la performance, de la qualité, de la coordination, de la prévention, de la promotion, ainsi que de la sécurité sanitaire. Je suis bien évidemment favorable aux innovations, notamment celles construites à partir des territoires : les problèmes de démographie médicale n'ont pas de solution unique et nous devons être novateurs. Cependant, faire de cela une mission supplémentaire du FIR n'est pas forcément pertinent au vu de son objet même, qui est de soutenir l'innovation et la promotion de la santé.

La mesure proposée dans votre article 3 vise à favoriser l'accès aux soins des Français sur l'ensemble du territoire, de même que l'article 4. Nous ne pouvons qu'y être favorables.

Enfin, pour ce qui est de l'article 5, compte tenu du maillage harmonieux du territoire par les pharmacies, l'idée de les autoriser, dans le cadre d'expérimentations d'une durée de trois ans, à dispenser certains médicaments à prescription médicale obligatoire, me paraît judicieuse. Cela contribuera à pallier les difficultés croissantes que rencontrent nos concitoyens pour obtenir une consultation médicale dans un délai raisonnable et à proximité de chez eux ; mais

n'oublions pas pour autant le rôle des infirmiers et infirmières qui ont une connaissance parfaite de leurs patients et de leur environnement. Ce sont des acteurs sur lesquels nous devons nous appuyer. Il est indispensable que leur nomenclature soit révisée et leur indemnisation kilométrique revalorisée.

M. Guillaume Garot, rapporteur. Je vous remercie pour ces interventions argumentées. Je ne répondrai pas à chacune dans le détail, mais rappellerai quels sont l'esprit et l'objectif de cette proposition de loi.

Prendre les choses dans le bon sens, monsieur Mesnier, ce n'est pas se faire le porte-parole de telle ou telle corporation ou organisation syndicale ; c'est répondre aux problèmes de nos concitoyens. À cet égard, je vous invite, mes chers collègues, à envisager le problème non pas du point de vue du médecin, mais d'abord de celui du citoyen, pour ensuite trouver les solutions avec les professionnels de santé. C'est cela, notre rôle de législateur ; dois-je vous le rappeler ?

Nous devons trouver une nouvelle cohérence. Tous ceux qui se sont prononcés contre la régulation nous appellent à continuer avec l'incitation. Autrement dit avec ce qu'on fait depuis des années et des années. Et pour quels résultats, chers collègues ? Dois-je vous rappeler l'ensemble des dispositifs contractuels et des aides conventionnelles mis en œuvre, et qui coûtent une fortune aux organismes de l'assurance maladie et à la nation dans son ensemble ? J'en ai dressé la liste, qui figure dans mon rapport.

Devant ce constat, pourquoi vous empêchez-vous d'envisager de recourir à la régulation ? Du reste, celle-ci existe déjà pour d'autres professions de santé sans poser aucune difficulté. La régulation vise à assurer une répartition juste et harmonieuse sur l'ensemble du territoire national. Le résultat est là, comme on le voit à travers l'exemple des pharmaciens : on en trouve partout – sauf précisément là où il n'y a plus de médecins pour prescrire. Là est donc bien le problème, et voilà pourquoi je vous ai dit tout à l'heure que le médecin, et particulièrement le médecin généraliste, était au centre du dispositif.

La responsabilité nous commande de ne pas dire : « Continuons à faire comme nous avons toujours fait, nous ne voulons surtout pas faire autrement. » En effet, c'est précisément le genre de discours que les Français n'acceptent plus. Vous devez tout de même avoir conscience de ce qui se passe dans nos territoires, de l'attente de nos concitoyens. Et nous répondrions, ce matin : « Eh bien non, ce n'est pas possible parce que cela ne s'est jamais fait. » Je m'excuse de le dire, mais ce n'est pas là, cela ne peut pas être la bonne réponse.

M. Cyrille Isaac-Sibille. La bonne réponse n'est pas non plus de faire ce que vous proposez !

M. Guillaume Garot, rapporteur. Certains me disent que cela ne marche pas à l'étranger. Prenons le cas du Royaume-Uni : si la régulation n'y a pas

fonctionné, c'est tout simplement parce que le nombre de médecins formés était largement inférieur aux besoins. Tel était le cœur du problème.

M. Gilles Lurton. C'est aussi le cas en France...

M. Guillaume Garot, rapporteur. Le problème en France, cher Gilles Lurton, est que certains territoires sont largement dotés par rapport à d'autres, en matière de généralistes comme de spécialistes. Dois-je vous rappeler les chiffres que j'ai cités tout à l'heure ? Il faut bien que remédions à cette inégalité, parce que les Français ne la comprennent pas – et ils ont raison. Nous devons donc trouver des solutions.

Jean-Carles Grelier m'a objecté que les médecins – en particulier les jeunes – allaient se reporter sur l'hôpital, au détriment de l'exercice libéral. Mais il ne suffit pas de venir frapper à la porte de l'hôpital pour s'y faire embaucher : encore faut-il qu'il y ait des postes... En soi, cela constitue d'ailleurs une forme de régulation : on ne va pas exactement où on veut, mais là où il y a des postes.

Mme Dufeu Schubert et plusieurs de nos collègues, en particulier du groupe Les Républicains, m'ont objecté que si aucun gouvernement n'avait essayé de faire ce que nous proposons, il devait y avoir de bonnes raisons à cela. Cette explication n'est pas suffisante. Au demeurant, Boris Vallaud a souligné la constance de cette proposition. En effet, nous l'avons déjà présentée l'an dernier. De plus – je vais faire un peu d'histoire –, j'étais de ceux qui soutenaient déjà l'idée d'une régulation sous la précédente majorité, à laquelle j'appartenais. Or savez-vous qui d'autre défendait l'idée à cette époque, qui proposait un conventionnement territorial ? Ma voisine, Brigitte Bourguignon.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Oh ! Ce n'est pas très élégant !

M. Gilles Lurton. Ce n'était pas le cas de Marisol Touraine !

M. Guillaume Garot, rapporteur. Ça, c'est vrai...

Brigitte Bourguignon, mais aussi d'autres membres éminents de la majorité actuelle – ils ne sont pas dans cette salle mais sont, qui au Gouvernement, qui à la présidence de l'Assemblée nationale – soutenaient donc l'idée. C'est à eux qu'il faut demander pourquoi ils l'ont abandonnée. En ce qui me concerne, je crois avoir le mérite de la persévérance et de la constance. Je suis absolument convaincu que la régulation est une solution ; je ne dis pas qu'elle est la seule, mais c'est une des solutions qu'il faut mettre en œuvre pour que toutes les autres soient efficaces.

La régulation seule, je viens de le dire, n'est pas suffisante. C'est la raison pour laquelle il faut une incitation très forte – ce que je propose dans l'article 2, avec les territoires innovation santé. L'objectif est de répondre aux attentes et aux besoins exprimés par les jeunes générations de médecins en termes de pratiques médicales – qu'il s'agisse des liens développés avec les plateaux techniques des hôpitaux, de la télé-expertise et de la télé-médecine, ou encore de l'organisation de

la permanence des soins. Tout cela est de nature à développer l'attractivité d'un territoire. Jeanine Dubié a tout à fait raison : il faut non seulement traiter de la santé, mais aussi envisager la question de l'attractivité dans un cadre beaucoup plus vaste. Nous pouvons tous en témoigner : nous nous battons tous, là où nous sommes élus, là où nous faisons notre œuvre de députés de terrain, pour renforcer l'attractivité de nos territoires, mais il est vrai qu'on doit lier l'attractivité médicale aux autres activités. L'attractivité vaut aussi dans le domaine économique, pour les transports et les services – et on en revient, à cet égard, à la question des services publics, qui est posée dans notre pays.

J'ai entendu certaines réserves, voire des préventions, à l'égard des articles 3 à 5. Pierre Dharréville a dit que nous nous occupons de la médecine libérale, mais qu'il y a aussi d'autres formes de pratique, notamment le salariat. Bien sûr ; de nombreux jeunes médecins éprouvent même une appétence forte pour cette forme d'exercice. Même si nous n'abordons pas le sujet dans cette proposition de loi, il va de soi que la médecine salariée a toute sa place dans le cadre des territoires innovation santé. Mais cela va mieux en le disant.

M. Mesnier a dit, à propos de l'article 3 – il s'agit des médecins formés en dehors de l'Union européenne et venant exercer en France –, que nous mettons en péril la sécurité. Permettez-moi de vous dire qu'il ne faut pas raconter n'importe quoi, ni diffuser des informations inexactes. En effet, l'article 3 se borne à modifier la durée de la période probatoire, qui s'ajoute à l'examen des connaissances théoriques du médecin étranger et à l'évaluation de sa pratique de la langue française. Il ne s'agit donc en aucun cas de remettre en cause ces deux examens : l'exigence vis-à-vis des qualifications des médecins – que ce soit sur le plan théorique et technique ou s'agissant de leurs connaissances linguistiques – reste strictement la même. Simplement, puisqu'il faut dégager du temps médical – comme vous le recommandiez à juste titre, monsieur Mesnier –, nous proposons de réduire la durée de la période probatoire de trois ans à un an. Cela met-il en péril la sécurité ? Non. S'il y a le moindre doute sur un médecin, je suis sûr que celui-ci n'aura pas satisfait au contrôle de ses connaissances et de sa maîtrise de la langue française – aspect qui pose souvent problème.

J'ajoute, cher Thomas Mesnier, que vous avez certainement voté en faveur du rapport de la commission d'enquête sur l'égal accès aux soins.

M. Thomas Mesnier. Certes, mais sans en approuver toutes les propositions.

M. Guillaume Garot. Or, il se trouve que celle-ci proposait même de supprimer purement et simplement la période probatoire. Il faut donc être cohérent : on ne peut pas voter en faveur d'une chose au mois de juillet et préconiser le contraire au mois de janvier.

M. Thomas Mesnier. Je suis cohérent : je n'ai justement pas approuvé cette proposition !

M. Guillaume Garot, rapporteur. En ce qui concerne le niveau du *numerus clausus*, monsieur Borowczyk, quand on regarde de près la situation à la fin des années 1990 et au début des années 2000, on considèrerait alors qu'il était à peu près conforme aux besoins estimés. Actuellement, nous savons qu'il faudra attendre 2025 pour retrouver le niveau de 2018. Cela pose d'autant plus problème que la situation de l'année 2018 est moins bonne que celle du début des années 2000.

Nous allons poursuivre le débat cet après-midi à l'occasion de l'examen des amendements. Je préciserai alors tel ou tel argument, répondrai à telle ou telle réserve. Quoi qu'il en soit, ce que j'attends de notre débat, c'est que nous répondions vraiment à l'attente des Français et que nous considérions les médecins comme des partenaires dans notre recherche collective. Les Français attendent de nous des actes clairs. Les solutions qui ont été tentées jusqu'à présent n'ont pas apporté les résultats que les uns et les autres avaient espérés. Il nous faut donc du courage et de l'audace. Surtout, nous devons faire preuve, ensemble, de sens des responsabilités. Je suis sûr que ce sera le cas.

Article 1er

Limitation de l'accès au conventionnement pour les médecins dans les zones suffisamment dotées

La commission examine les amendements identiques AS1 de Mme Marine Brenier, AS3 de M. Cyrille Isaac-Sibille, AS6 de M. Jean-Carles Grelier, AS7 de Mme Stéphanie Rist et AS20 de Mme Audrey Dufeu Schubert.

Mme Marine Brenier. Monsieur le rapporteur, je ne reviendrai pas sur tout ce qui a été dit ce matin. Je partage le constat qui a été fait sur ce besoin impérieux de pouvoir lutter contre la désertification médicale en jouant de nombreux mécanismes.

L'amendement AS1 vise à supprimer l'article 1^{er} car le conventionnement territorial reste une mesure coercitive. Or, comme nous l'avons démontré par le passé, les mesures coercitives ne fonctionnent malheureusement pas. Elles vont même à l'encontre de la logique de l'exercice libéral, à un moment précisément où celui-ci tente de moins en moins de nouveaux médecins.

Mme Michèle de Vaucouleurs. Si nous partageons le constat et si l'intention de l'article 1^{er} est louable, comme l'a dit ce matin mon collègue Cyrille Isaac-Sibille, notre groupe estime que cette contractualisation s'avèrerait contre-productive. C'est pourquoi notre amendement AS3 propose également de supprimer l'article 1^{er}.

M. Jean-Carles Grelier. L'amendement AS6 est défendu : même punition, même motif !

Mme Stéphanie Rist. L'article 1^{er}, qui donne l'illusion du bon sens, est en réalité inefficace et même contre-productif. La régulation négative est par essence inefficace. Le conventionnement sélectif ne peut pas fonctionner si nous avons une démographie médicale négative. Or la grande cause connue est évidemment le *numerus clausus* qui existe depuis quarante-cinq ans. On comptait 8 000 étudiants formés en 1971, et 8 200 en 2018 ; or, durant la même période, la population en France a augmenté de plus de 30 %...

Par ailleurs, les expériences étrangères au Royaume-Uni, en Allemagne, en Autriche ont démontré l'inefficacité d'une telle mesure.

Vous prenez l'exemple des pharmacies. Or, monsieur le rapporteur, la répartition territoriale des médecins généralistes est équivalente à celle des pharmacies. Pourtant, vous jugez le maillage territorial de celles-ci correct.

C'est vrai, nous avons un devoir face à la désertification médicale. Nous prenons nos responsabilités avec le plan « Ma santé 2022 », qui permet la suppression du *numerus clausus*, qui incite la coopération entre professions de santé, qui libère du temps médical, qui attire les jeunes dans nos territoires dès leur formation, ce qui est essentiel lorsque l'on sait que 63 % des jeunes médecins s'installent dans la région où ils ont été diplômés.

Nous faisons le choix de la confiance envers les professionnels de santé, notamment des jeunes médecins qui n'ont qu'une volonté : s'organiser pour mieux soigner. D'où mon amendement de suppression AS7.

Mme Audrey Dufeu Schubert. L'amendement AS20 du groupe La République en Marche vise également à supprimer l'article 1^{er}.

Bien que nous comprenions l'intention de M. Garot au travers de cette proposition de loi, la mesure risque de créer des inégalités entre les secteurs 1 et 2, avec une augmentation du nombre de praticiens exerçant en secteur 2 dans les zones sous-dotées. Cela risque surtout d'encourager les jeunes médecins à se tourner vers une activité salariée. Nous pensons qu'il faut être extrêmement vigilants quant aux conséquences possibles de cet article.

M. Guillaume Garot, rapporteur. Mon avis sera défavorable, cela ne vous étonnera pas...

Je veux partager avec vous quelques arguments, même s'il ne s'agit pas de revenir sur le débat, vif mais passionnant, qui a eu lieu ce matin et qui concerne les vrais choix que nous devons faire en matière d'offre de soins.

Monsieur Grelier, ce n'est pas de la coercition, mais de la régulation. L'installation des pharmaciens se fait-elle de façon coercitive ? Non. On conserve la liberté de pouvoir s'installer là où c'est possible. Nous proposons simplement que là où les besoins de santé sont déjà pourvus, là où l'offre de soins est correctement assurée, on n'autorise plus d'installation, sauf si on constate un

problème d'accès en secteur 1 pour certains publics. Cela suppose effectivement un zonage précis : c'est possible, c'est à notre portée. C'est pourquoi l'article 1^{er} propose de travailler au plus près des territoires avec les agences régionales de santé. Il va de soi, et c'est l'objet de la négociation conventionnelle, que rien ne sera possible ni faisable sans les médecins. C'est la raison pour laquelle je propose qu'on commence par discuter avec les principaux partenaires concernés, à savoir les médecins. Si l'on ne parvient pas à trouver un terrain d'entente, alors la puissance publique assumera son rôle. Il faudra évidemment ménager un délai raisonnable, en laissant la discussion, la négociation s'opérer.

La régulation serait inefficace, me dit-on, elle aurait même montré par le passé qu'elle avait été inefficace. Je ne sais pas à quel passé, à quel épisode de l'histoire récente de la France vous vous référez : la régulation de l'installation des médecins n'a jamais été expérimentée... Vous êtes en train de vous priver d'un outil qui, je le répète inlassablement, rendra tous les autres plus efficaces. Le principe est de ne plus accepter d'installations là où les besoins de santé sont correctement pourvus ; en revanche, vous pouvez vous installer n'importe où ailleurs parce qu'on a besoin de vous. Voilà le sens de cette proposition.

J'insiste sur le fait que la régulation existe pour toutes les autres professions de santé. Ce matin, personne n'a pu me dire pourquoi cela ne pourrait pas fonctionner pour les médecins, alors que cela fonctionne pour les autres professions de santé. Vous qui vous faites ici les porte-parole des syndicats de médecins, expliquez-moi pourquoi cela ne fonctionnerait pas pour les médecins ! Qu'y a-t-il de si différent entre un pharmacien et un médecin ? Qu'y a-t-il d'ontologiquement singulier chez les médecins, qui empêcherait par nature l'idée d'une régulation ? Cet argument n'est pas solide.

Je sais gré à Mme Rist de reconnaître la légitimité de la régulation : elle y voit un principe intéressant, mais qui vaudra dans dix ans. Contrairement aux autres orateurs qui se bornent à vouloir supprimer cet article, elle considère qu'il faut travailler avec cette régulation. Il y a peut-être là matière à discuter. Je regrette donc qu'elle ait déposé un amendement de suppression, mais je sens dans ses propos que l'idée a gagné en crédibilité et en légitimité.

En revanche, Madame Rist, je ne vois pas au nom de quoi le principe d'une régulation, autrement dit d'une répartition la plus harmonieuse possible par la puissance publique à l'échelle du territoire national vaudrait lorsque la démographie est élevée, mais ne vaudrait plus lorsqu'elle est plus serrée. La responsabilité du législateur commande de proposer des solutions acceptables en toutes circonstances, lorsque l'urgence le commande comme aujourd'hui, mais également dans dix ans, lorsque situation sera plus détendue. Si on veut préparer correctement la régulation pour dans dix ans, c'est dès à présent qu'il faut le faire. Ce sera d'autant plus facile à faire à ce moment-là que le mécanisme aura été bien éprouvé.

Voilà ce que je voulais vous dire à ce stade de notre discussion. J'ai promis de faire court, madame la présidente. (*Sourires*)

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Ce n'était qu'une promesse !

La commission adopte les amendements identiques.

En conséquence, l'article 1^{er} est supprimé et les amendements AS10, AS8, AS16 et AS11 tombent.

Article 2

Constitution de territoires « innovation santé »

La commission rejette l'article.

Article 3

Réduction à un an de la période probatoire des médecins titulaires de diplômes étrangers lauréats des épreuves de vérification des connaissances

La commission examine l'amendement AS21 de Mme Audrey Dufeu Schubert.

Mme Audrey Dufeu Schubert. Les candidats à la profession de médecin, titulaires d'un diplôme obtenu en dehors des États membres de l'Union européenne, doivent justifier de trois ans de fonctions accomplies dans un service ou organisme agréé pour la formation des internes. L'article 3 de la proposition de loi vise à ramener cette durée à un an lorsque le candidat déclare à l'autorité compétente vouloir s'établir dans une zone caractérisée par des difficultés dans l'accès aux soins. En l'absence d'autres garanties, une telle réduction ne permet pas de sécuriser les connaissances et les compétences des candidats, en particulier pour certaines spécialités telles que la chirurgie. Un temps plus long de probation est nécessaire. Les difficultés d'accès aux soins ne pouvant justifier une diminution de la sécurité apportée aux patients, cet amendement propose donc de supprimer cette disposition.

La création de disparités entre les zones dites surdotées ou sous-dotées en termes de sécurité sur la validation des médecins en dehors de l'Union européenne ne nous paraît pas opportune.

Enfin, monsieur Garot, nous sommes des députés de la majorité, et non des représentants des syndicats de médecins. Nos remarques prouvent tout simplement que nous avons suivi très attentivement les auditions que vous avez vous-même conduites.

M. Guillaume Garot, rapporteur. Je confirme que vous avez été très attentifs à certaines interventions durant les auditions. J'aurais souhaité que vous portiez la même attention à ce que vous ont dit les usagers, les citoyens, et à ceux

qui viennent aujourd'hui dans vos permanences remplir des cahiers de doléances, ceux qui se déplacent en mairie pour participer au grand débat national.

Que vous disent-ils ? Qu'ils ont besoin d'être écoutés, qu'eux aussi ont droit à un médecin pas loin de chez nous, à un égal accès à la santé, parce que c'est le pacte républicain. Mais, dans les votes que vous émettez aujourd'hui et dans les amendements que vous déposez, vous oubliez tout cela. Vous dites oui lorsque vous êtes dans vos territoires, mais vous dites non dans vos votes aujourd'hui. Tout ce que vous invoquez, c'est l'impossibilité de faire autrement que ce qu'on a toujours fait depuis dix ans. Or tout ce que nous avons fait, tous ensemble, depuis dix ans ne répond pas aux ambitions que nous nous étions assignées : répondre aux besoins de présence médicale. Les mesures d'incitation n'ont pas fonctionné. Les leçons en ont été tirées par Philippe Vigier, rapporteur de la commission d'enquête dont nous avons voté, les uns et les autres, les conclusions. Je suis très surpris de voir que certains d'entre vous ont déposé des amendements de suppression d'articles qui ne font que reprendre des préconisations que vous aviez adoptées l'été dernier. Je demande en tout cas à ceux qui étaient membres de cette commission d'enquête, et qui ont déposé aujourd'hui des amendements de suppression, de faire preuve d'un peu de cohérence.

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. J'en déduis donc que vous êtes défavorable à cet amendement.

M. Guillaume Garot, rapporteur. Oui, madame la présidente.

Vous évoquez le risque qu'il y aurait à ramener la période probatoire de trois ans à un an. Je rappelle que la commission d'enquête dont vos collègues ont signé les conclusions proposait purement et simplement de la supprimer... Encore un revirement qu'il faudra expliquer !

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. L'argument a bien été compris.

M. Guillaume Garot, rapporteur. Ajoutons que cette durée d'un an est juste alignée sur ce qui existe aujourd'hui pour les chirurgiens-dentistes et pour les sages-femmes !

La commission adopte l'amendement.

*En conséquence, l'article est **supprimé** et les amendements AS19 et AS12 tombent.*

Article 4

Assouplissement des modalités d'assistance aux médecins exerçant en zones sous-denses

La commission est saisie de l'amendement AS12 de M. Sébastien Cazenove.

M. Sébastien Cazenove. Après discussion avec mes collègues, je retire mon amendement.

L'amendement est retiré.

La commission examine ensuite l'amendement AS22 de Mme Audrey Dufeu Schubert.

Mme Audrey Dufeu Schubert. Cet amendement propose une rédaction un peu différente de l'article 4 et plus précise, afin d'éviter toute confusion entre le médecin adjoint, le médecin remplaçant et le médecin de renfort. Il étend ainsi la possibilité de recourir à des médecins adjoints dans les zones caractérisées par des difficultés d'accès aux soins ou lorsqu'il est constaté une carence particulière par l'Ordre des médecins.

Nous considérons qu'il s'agit d'un article positif qui comporte une mesure de bon sens puisqu'il renforce l'accès aux soins et la démographie médicale. Cependant, il faut être vigilant puisque ce titre de médecin de renfort n'existe pas dans le code de déontologie. C'est pourquoi notre amendement précise quelle est l'intention de la proposition de loi.

M. Guillaume Garot, rapporteur. L'invocation du code de déontologie pour repousser la proposition du médecin de renfort n'est pas opérante car le code de déontologie relève de la partie réglementaire. Nous souhaitons le prévoir au niveau législatif ; c'est pourquoi l'article 4 est dans la ligne des préconisations du rapport de notre collègue Vigier que nous avons tous voté, quelles que soient nos sensibilités.

Cet article, qui concerne aussi les médecins adjoints, prévoit la possibilité de l'exercice d'une médecine de renfort – ce serait une forme de statut sur mesure – dans les zones sous-denses. Il s'agit donc seulement d'une mise en conformité juridique. Je suis donc défavorable à cet amendement.

La commission adopte l'amendement et l'article 4 est ainsi rédigé.

Après l'article 4

La commission étudie l'amendement AS17 de M. Paul Christophe.

M. Paul Christophe. Cet amendement vise à exonérer de toute cotisation retraite, sans condition de plafond de revenu annuel, les médecins exerçant en

situation de cumul emploi-retraite dans les zones en tension. Il reprend en cela l'une des propositions du rapport de la commission d'enquête demandée par notre groupe et chère à M. le rapporteur.

M. Guillaume Garot, rapporteur. Vous avez raison, c'est une des propositions de la commission d'enquête. Toutefois, cela fait partie des dispositions sur lesquelles j'avais exprimé des réserves, pour des raisons de construction et de principe.

Lorsque des médecins – et il faut les en remercier – continuent d'exercer une activité libérale alors qu'ils sont à la retraite, quelques heures par semaine, une demi-journée, ou deux demi-journées, pour répondre à la demande des patients, ils continuent de cotiser à la caisse d'assurance vieillesse pour la retraite. Mais est-ce pour eux ou pour le système, pour la société ? Le régime d'assurance vieillesse comporte certes une partie assurantielle, mais il repose avant tout sur l'idée que les cotisations des actifs financent les retraites des inactifs. Ceux qui sont en activité continue donc de contribuer au financement du système des retraites. La solution ne consiste pas à supprimer les cotisations retraite, mais plutôt à demander au régime de l'assurance maladie, qui est bien content de trouver des médecins sur place pour assurer les consultations, de prendre en charge les cotisations vieillesse de ces praticiens qui rendent un vrai service dans nos territoires.

Nous maintenons donc le principe de la cotisation des actifs pour ceux qui sont en retraite, mais parce que les médecins qui acceptent de continuer à exercer font un vrai geste de solidarité, je propose que l'assurance maladie prenne en charge ces cotisations.

Je suis donc défavorable à cet amendement.

M. Thomas Mesnier. Nous avons déjà abordé ce sujet à l'occasion de la discussion des deux dernières lois de financement de la sécurité sociale.

Lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, nous avons déjà quadruplé le plafond d'exonération pour les médecins retraités, qui est passé de 11 000 à 40 000 euros par an. Pour ma part, j'ai préconisé, dans un rapport que j'ai remis à la ministre sur l'égal accès aux soins, de multiplier par deux ce plafond afin que davantage de médecins puissent en bénéficier et cumuler une activité avec leur retraite. La ministre n'avait pas souhaité fragiliser la caisse autonome de retraite des médecins de France (CARMF) ni interférer dans les négociations qui auront lieu dans le cadre du comité de suivi du plan pour l'égal accès aux soins dans les territoires qui doit se réunir le mois prochain, mais elle s'était engagée par voie réglementaire après les négociations.

À titre personnel, je suis défavorable à cet amendement.

La commission rejette l'amendement.

Article 5

Mise en place d'un cadre expérimental relatif à la dispensation de certains médicaments à prescription obligatoire dans le cadre de protocoles de coopération

La commission est saisie de l'amendement AS14 de M. Sébastien Cazenove.

M. Sébastien Cazenove. Avec l'article 5, vous voulez autoriser les pharmacies à dispenser certains médicaments. Il serait bon d'exclure *a priori* certains médicaments, notamment les substances à visée psychotrope. J'aimerais que vous nous apportiez des précisions en la matière. Cela dit, je suppose que cette mesure ferait l'objet d'un arrêté ministériel.

M. Guillaume Garot, rapporteur. Vous avez raison de poser le problème, mais il ne faut pas se faire peur.

L'article 5, qui reprend d'ailleurs ce qu'avait proposé une de vos collègues lors de l'examen du PLFSS, prévoit une expérimentation pour une durée de trois ans. L'autorisation de délivrer certains médicaments sera prise dans le cadre d'une discussion extrêmement serrée et rigoureuse entre médecins et pharmaciens. Et vous imaginez bien que les médicaments et les pathologies qui présenteraient le moindre risque seraient immédiatement exclus par les médecins et les pharmaciens de la liste. Il faut faire confiance à la négociation et au sens des responsabilités des uns et des autres.

Quelles pathologies pourraient être traitées ? La présidente du Conseil de l'ordre des pharmaciens nous a fait part, en commission, de son vif intérêt pour la mesure : elle a évoqué les cystites, conjonctivites et rhinites. Une disposition similaire est déjà en vigueur en Suisse où, au terme d'un accord extrêmement rigoureux entre médecins et pharmaciens, on traite les pathologies suivantes : cystite, pharyngite, sinusite, conjonctivite, piqûres de tique, lombalgies, brûlures, asthme aigu, asthme conseil. La liste est limitée et soumise à un protocole très rigoureux. Et en cas de doute, il va de soi que le pharmacien en réfère immédiatement au médecin, et en particulier au médecin traitant.

Je suis donc défavorable à cet amendement.

La commission adopte l'amendement.

Puis elle rejette l'article 5 modifié.

Article 6

Gage

La commission adopte l'article sans modification.

Enfin, elle adopte la proposition de loi modifiée.

M. Guillaume Garot, rapporteur. Permettez-moi de vous faire part de mon immense déception. En fait, vous avez dévitalisé ce texte, il n'en reste plus grand-chose, c'est devenu une peau de chagrin. Finalement, on est bien loin de l'ambition initiale.

Cela signifie, et c'est politiquement grave, que vous n'entendez pas ce qui se passe dans le pays aujourd'hui, que vous n'entendez pas la colère qui monte des territoires. Vous vous interdisez des solutions qui n'ont jamais été éprouvées, qui pourraient être tentées pour l'intérêt général. Vous auriez pu envoyer un signal clair à tous ces citoyens qui attendent des actes forts de la part du législateur et de leurs dirigeants en général, afin que l'on puisse refonder, comme je le disais ce matin, ce pacte républicain : nous avons tous droit au même accès à la santé, qui que nous soyons, quels que soient nos revenus et où que nous habitons. Or ce pacte républicain est fragilisé : bon nombre de Français n'ont pas de médecin traitant. Dans mon département, la Mayenne, qui compte 300 000 habitants, c'est le cas de 10 000 Mayennais. Que dites-vous à ces millions de Français qui vivent en zone sous-dense ? Vous ne répondez pas à leurs attentes, vous n'entendez pas la voix des territoires qui se sentent abandonnés. Une discussion aura lieu dans l'hémicycle, mais je vous rappelle que nous légiférons sous le regard des citoyens français ; ils attendent qu'on prenne enfin en considération leur mal-être et leurs difficultés du quotidien. Hélas, ce n'est pas ce que vous faites.

La commission des affaires sociales a adopté la proposition de loi. En conséquence, elle demande à l'Assemblée nationale d'adopter la présente proposition de loi dans le texte figurant dans le document annexé au présent rapport (<http://www.assemblee-nationale.fr/15/pdf/ta-commission/r1612-a0.pdf>).