

N° 4188

---

# ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

TREIZIÈME LÉGISLATURE

---

---

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 18 janvier 2012.

## RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES SUR LA PROPOSITION DE LOI *visant à garantir un accès aux soins égal sur l'ensemble du territoire,*

PAR M. Philippe VIGIER,

Député.

---

---

Voir les numéros :

*Assemblée nationale* : **3914**.



## SOMMAIRE

	Pages
<b>INTRODUCTION</b> .....	7
<b>I.- SI LE CONSTAT D'UNE HÉTÉROGÉNÉITÉ CROISSANTE DE L'OFFRE DE SOINS MÉDICAUX SUR LE TERRITOIRE NATIONAL EST DÉSORMAIS BIEN DOCUMENTÉ, LES DISPOSITIFS PRIVILÉGIÉS JUSQU'ICI PAR LES POUVOIRS PUBLICS POUR Y REMÉDIER ONT MONTRÉ LEURS LIMITES</b> .....	9
A. LA RÉPARTITION DES PROFESSIONS DE SANTÉ MET EN ÉVIDENCE L'APPARITION DE VÉRITABLES « DÉSERTS MÉDICAUX » .....	9
1. Le constat de l'existence d'une offre de soins médicaux d'une grande hétérogénéité sur le territoire national, qui risque de s'aggraver à l'avenir, est désormais bien documenté .....	9
<i>a) La densité médicale reste élevée mais cache de réelles disparités territoriales</i> .....	9
<i>b) L'approche à partir des densités ne permet pourtant d'appréhender qu'imparfaitement les difficultés d'accès aux soins de premier recours</i> .....	14
<i>c) Les perspectives d'avenir laissent entrevoir des risques sérieux de désertification médicale</i> .....	15
2. Des disparités dans la répartition territoriale d'autres professionnels de santé compromettent également l'accès aux soins .....	19
3. Le constat désormais partagé de l'apparition de « déserts médicaux » incite à agir d'urgence .....	20
B. POUR RENFORCER LA PRÉSENCE MÉDICALE DANS LES TERRITOIRES DÉFICITAIRES, LES POUVOIRS PUBLICS ONT POUR L'INSTANT PRIVILÉGIÉ DES DISPOSITIFS QUI ONT MONTRÉ LEURS LIMITES .....	20
1. Les dispositifs existants de régulation des flux de praticiens sur le territoire lors des études médicales sont insuffisamment efficaces .....	20
<i>a) Le numerus clausus</i> .....	20
<i>b) Les épreuves classantes nationales</i> .....	21
2. Les pouvoirs publics ont jusqu'ici surtout privilégié le recours à des aides financières qui ne donnent pas pleine satisfaction.....	21
3. Le dispositif de cumul emploi-retraite ne produit pas les effets escomptés .....	24

<b>II.- LA PRISE DE CONSCIENCE DE LA NÉCESSITÉ D'UNE POLITIQUE PLUS VOLONTARISTE JUSTIFIE PLEINEMENT LES MESURES NOVATRICES DE LA PRÉSENTE PROPOSITION DE LOI</b> .....	25
<b>A. LA PRISE DE CONSCIENCE DE LA NÉCESSITÉ D'UNE POLITIQUE PLUS VOLONTARISTE SEMBLE SE FAIRE JOUR</b> .....	25
1. Les rares mesures contraignantes prises jusqu'ici pour réguler l'offre de soins ont été vite abandonnées .....	25
<i>a) L'avenant n° 20 à la convention médicale de 2005 offre une possibilité de mesures de régulation financière dans les zones très surdotées qui n'a toutefois jamais été utilisée</i> .....	25
<i>b) La sanction du non-respect du « contrat santé solidarité » a été supprimée par le législateur</i> .....	25
2. Plusieurs institutions ont néanmoins appelé de leurs vœux des mesures plus directives.....	26
<i>a) L'Académie de médecine</i> .....	26
<i>b) Le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie</i> .....	27
<i>c) La Cour des comptes</i> .....	27
3. Certains professionnels de santé se sont déjà engagés par voie conventionnelle dans une voie plus directive qui apporte un tempérament à la liberté d'installation .....	28
<i>a) Un dispositif de régulation à l'installation des infirmiers a été mis en place</i> ....	28
<i>b) Les masseurs-kinésithérapeutes se sont également engagés sur la voie de négociation conventionnelle prévoyant l'instauration d'un conventionnement sélectif</i> .....	28
4. Les initiatives politiques se sont récemment multipliées pour mieux réguler l'offre de soins sur l'ensemble du territoire national .....	29
<b>B. LA PROPOSITION DE LOI VISANT À GARANTIR UN ACCÈS AUX SOINS ÉGAL SUR L'ENSEMBLE DU TERRITOIRE S'ARTICULE AUTOUR DE QUATRE MESURES FORTES.</b> .....	30
1. La gestion territoriale des flux de formation est rationalisée .....	30
<i>a) Les besoins de santé de chaque territoire sont mieux pris en compte dans la fixation et la répartition des étudiants admis à l'issue de la première année des études de médecine</i> .....	30
<i>b) Les épreuves nationales classantes sont remplacées par le système de l'internat régional</i> .....	30
2. Tous les étudiants en médecine effectueront désormais un stage pratique au cours de leurs années d'internat dans les zones sous dotées .....	31
3. À l'issue de leur formation, tous les médecins exerceront obligatoirement pendant trois ans dans un secteur géographique souffrant d'un nombre insuffisant de praticiens .....	31
4. Un dispositif d'autorisation d'installation pour l'exercice de la profession de médecin est mis en place, sur la base de critères de démographie médicale, et étendu à d'autres professionnels de santé .....	32

<b>TRAVAUX DE LA COMMISSION</b> .....	33
<b>I.- DISCUSSION GÉNÉRALE</b> .....	33
<b>II.- EXAMEN DES ARTICLES</b> .....	51
<i>Article 1<sup>er</sup></i> (art. L. 631-1 du code de l'éducation) : Fixation du <i>numerus clausus</i> des études médicales .....	51
<i>Article 2</i> (art. L. 632-5 du code de l'éducation) : Stage pratique dans les zones dans lesquelles est constaté un déficit en matière d'offre de soins .....	54
<i>Après l'article 2</i> .....	60
<i>Article 3</i> (art. L. 632-2 et L. 632-6 du code de l'éducation) : Création d'un internat régional.....	60
<i>Article additionnel après l'article 3</i> : Allègement des charges sociales en cas de cumul emploi-retraite dans les zones sous-dotées.....	69
<i>Article 4</i> (art. L. 4131-6-1 [nouveau] du code de la santé publique) : Obligation d'installation des nouveaux médecins dans les zones sous dotées en matière d'offre de soins de premier recours.....	70
<i>Article 5</i> (art. L. 4131-6-2 [nouveau] et L. 4131-7 du code de la santé publique) : Autorisation d'installation pour l'exercice de la profession de médecin.....	74
<i>Article 6</i> (Art. L. 4141-5-2 [nouveau] et art. L. 4141-6 du code de la santé publique) : Autorisation d'installation pour l'exercice de la profession de chirurgien-dentiste.....	80
<i>Article 7</i> (Art. L. 4151-6-1 [nouveau] et art. L. 4151-10 du code de la santé publique) : Autorisation d'installation pour l'exercice de la profession de sage-femme .....	83
<i>Article 8</i> (Art. L. 4311-11-1 [nouveau] et art. L. 4311-29 du code de la santé publique) : Autorisation d'installation pour l'exercice de la profession d'infirmier.....	86
<i>Article 9</i> (Art. L. 4321-11-1 [nouveau] et art. L. 4321-22 du code de la santé publique) : Autorisation d'installation pour l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute .....	89
<i>Article 10</i> (art. L. 1432-2 du code de la santé publique) : Compétences du directeur général de l'agence régionale de la santé .....	92
<i>Après l'article 10</i> .....	94
<i>Article additionnel après l'article 10</i> : Transmission des informations médicales relatives à la contraception des mineures .....	95
<i>Article 11</i> : Évaluation du dispositif de régulation de l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire.....	95
<i>Article 12</i> : Gage financier.....	96
<i>Article additionnel après l'article 12</i> : Développement de la télémédecine.....	97
<b>TABLEAU COMPARATIF</b> .....	99
<b>ANNEXE AU TABLEAU COMPARATIF</b> .....	119
<b>AMENDEMENTS EXAMINÉS PAR LA COMMISSION</b> .....	129



## INTRODUCTION

La France est aujourd'hui plus que jamais confrontée à une situation paradoxale en termes d'accès aux soins : malgré un niveau d'offre de soins encore globalement élevé et un nombre de médecins qui n'a jamais été aussi important, les inégalités d'accès aux soins s'accroissent dans nos territoires.

Ce constat est aujourd'hui partagé par le plus grand nombre.

Afin de faire face à la diminution mécanique de la densité médicale et le risque de pénurie de médecins, le ministre du travail, de l'emploi et de la santé a annoncé, le jeudi 26 novembre 2011, un relèvement du *numerus clausus* en 2012. Il a néanmoins reconnu que l'augmentation du *numerus clausus* n'apportait pas une réponse satisfaisante à « *la période critique des cinq ans qui viennent* ».

Alors que les difficultés d'accès aux soins devraient s'aggraver à court et moyen terme sous l'effet conjugué du vieillissement de la population, de l'évolution des modes de prise en charge, de la hausse du niveau d'exigence de nos concitoyens et de la forte prévalence des maladies chroniques, il appartient au législateur de tout mettre en oeuvre dès aujourd'hui pour résorber la fracture médicale qui isole certains territoires et leurs habitants.

Pour réguler l'offre de soins médicaux sur l'ensemble du territoire, les pouvoirs publics ont jusqu'ici privilégié le levier incitatif et le recours à des aides financières destinées à renforcer la présence médicale dans les zones déficitaires.

Pourtant, force est de constater que la démographie médicale ne s'améliore pas, loin s'en faut. Les disparités géographiques vont même en s'accroissant.

La désertification médicale n'est pourtant pas une fatalité. Il ne suffit pas de faire de celle-ci une priorité dans les discours, il est désormais vital que cette priorité se traduise dans les actes, afin que tous les Français puissent enfin avoir, quel que soit l'endroit du territoire où ils se trouvent, zones rurales isolées ou périurbaines comprises, un accès équitable aux soins de proximité.

Dans cette perspective, un véritable pilotage de la démographie médicale et de l'installation des professionnels de santé doit être mis en place à travers :

– la création d'un examen classant régional qui favorisera l'enracinement des étudiants dans leur région de formation ;

– la réelle prise en compte de critères de démographie médicale, et des projections existantes à moyen et long terme, dans la détermination du *numerus clausus* ;

– l’obligation de réaliser un stage d’une durée d’un an dans un territoire souffrant de désertification médicale au cours de la troisième d’internat, notamment pour l’internat de médecine générale ;

– un début de régulation de l’installation des professionnels de santé afin d’éviter une concentration de l’offre de soins de proximité dans certains territoires.

Si la liberté d’installation doit rester la pierre angulaire de l’exercice de la médecine libérale, il est néanmoins du devoir de l’État d’assurer à nos concitoyens une proximité raisonnable de l’offre de soins.

Tel est l’équilibre proposé par la présente proposition de loi.

## **I.- SI LE CONSTAT D'UNE HÉTÉROGÉNÉITÉ CROISSANTE DE L'OFFRE DE SOINS MÉDICAUX SUR LE TERRITOIRE NATIONAL EST DÉSORMAIS BIEN DOCUMENTÉ, LES DISPOSITIFS PRIVILÉGIÉS JUSQU'ICI PAR LES POUVOIRS PUBLICS POUR Y REMÉDIER ONT MONTRÉ LEURS LIMITES**

### **A. LA RÉPARTITION DES PROFESSIONS DE SANTÉ MET EN ÉVIDENCE L'APPARITION DE VÉRITABLES « DÉSERTS MÉDICAUX »**

#### **1. Le constat de l'existence d'une offre de soins médicaux d'une grande hétérogénéité sur le territoire national, qui risque de s'aggraver à l'avenir, est désormais bien documenté**

Ce constat est d'autant plus préoccupant que, comme le souligne la convention d'objectifs et de gestion entre l'État et la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) pour la période 2010-2013, « *la performance globale de notre système de santé en termes d'accès dépend, pour une grande part, du nombre et de la répartition des professionnels de santé* ».

#### ***a) La densité médicale reste élevée mais cache de réelles disparités territoriales***

##### **• Statistiques nationales**

La crainte d'une pénurie à venir de médecins apparaît presque paradoxale dans la mesure où les praticiens n'ont jamais été aussi nombreux en France. En effet, le nombre des médecins en France métropolitaine est passé, en quelques décennies, de 59 000 (en 1968) à 209 000 (en 2009), soit une augmentation de plus de 354 % <sup>(1)</sup>.

Cette croissance importante du nombre des médecins s'explique principalement par la formation d'un grand nombre de praticiens dans les années 1960 et 1970, du fait d'un *numerus clausus* élevé (cf. commentaire de l'article 1<sup>er</sup>).

Selon *l'Atlas de la démographie médicale en France*, publié par le conseil national de l'Ordre des médecins et réalisé sous la direction du docteur Patrick Romestaing, « *au 1<sup>er</sup> janvier 2011, le tableau de l'ordre recense 264 466 médecins inscrits, dont 216 145 actifs et 48 321 retraités* ».

---

(1) Source des données : DREES, répertoire ADELI, série redressée.

Parmi les 199 987 de ces médecins qui exercent une activité régulière <sup>(1)</sup> au 1<sup>er</sup> janvier 2011, le conseil national de l'Ordre des médecins recense :

- 91 924 médecins libéraux exclusifs ;
- 85 011 médecins salariés, dont 64,8 % d'hospitaliers ;
- 22 911 médecins en exercice mixte <sup>(2)</sup>, dont 68,1 % de libéraux hospitaliers.

Les médecins libéraux exclusifs ou exerçant en partie en libéral demeurent donc dominants.

La croissance du nombre de médecins ayant été plus dynamique que celle de la population, la densité de médecins en France métropolitaine est passé de 119 praticiens pour 100 000 habitants en 1968 à 335 praticiens pour 100 000 habitants en 2009. Au 1<sup>er</sup> janvier 2011, la densité médicale métropolitaine en activité régulière est, selon l'Ordre national des médecins, de 306,7 médecins pour 100 000 habitants contre 308,8 au 1<sup>er</sup> janvier 2010.

Au total, le nombre de médecins demeure encore globalement élevé et la densité moyenne des médecins sur le territoire place la France dans les premiers rangs des pays de l'OCDE.

Le problème n'est donc pas tant le nombre et la densité moyenne des médecins que leur répartition sur le territoire. Si certaines inégalités de répartition sont anciennes, on constate depuis quelque temps des difficultés particulières pour maintenir une présence médicale et une offre de proximité dans certaines zones, en particulier des zones rurales caractérisées par l'isolement et la nécessité d'assurer une permanence des soins contraignante ou des zones périurbaines marquées par la détérioration du tissu économique et social et l'insécurité.

- *Densité régionale des médecins*

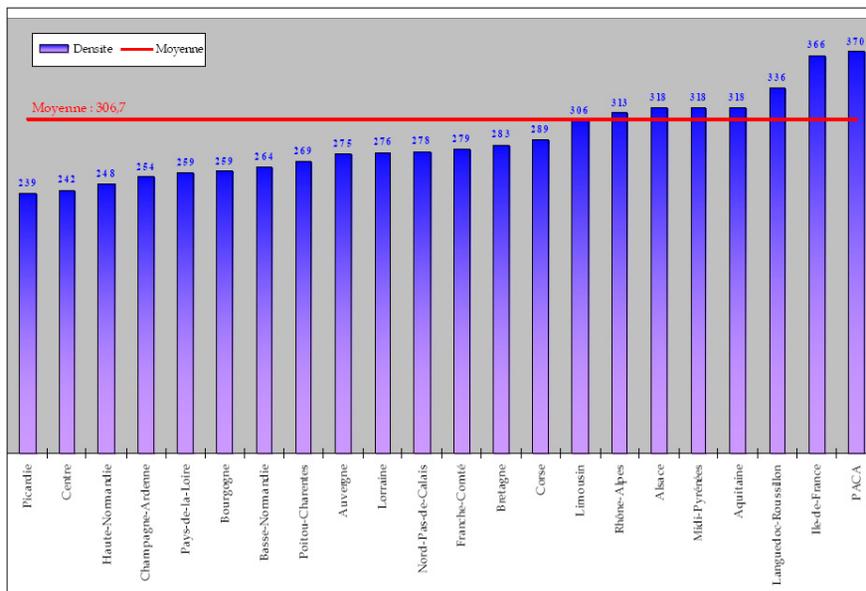
On observe des écarts de densité importants entre les régions les mieux dotées et celles les moins bien dotées.

---

(1) Selon la définition ordinale, l'activité régulière est composée de médecins qui exercent une activité au même endroit.

(2) C'est-à-dire libéral et salarié.

### Densité régionale des médecins en activité régulière



Source : Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1<sup>er</sup> janvier 2011, Dr Patrick Romestaing

La région Picardie reste ainsi la région la plus faiblement dotée avec 239 médecins pour 100 000 habitants. À l’image de cette région, quatorze régions sur vingt-deux comptent une densité inférieure à la moyenne métropolitaine.

À l’inverse, la région Provence-Alpes-Côte d’Azur connaît la plus forte densité, avec 370 médecins pour 100 000 habitants, tandis que la région Île-de-France arrive en deuxième position avec une densité de 366 médecins pour 100 000 habitants.

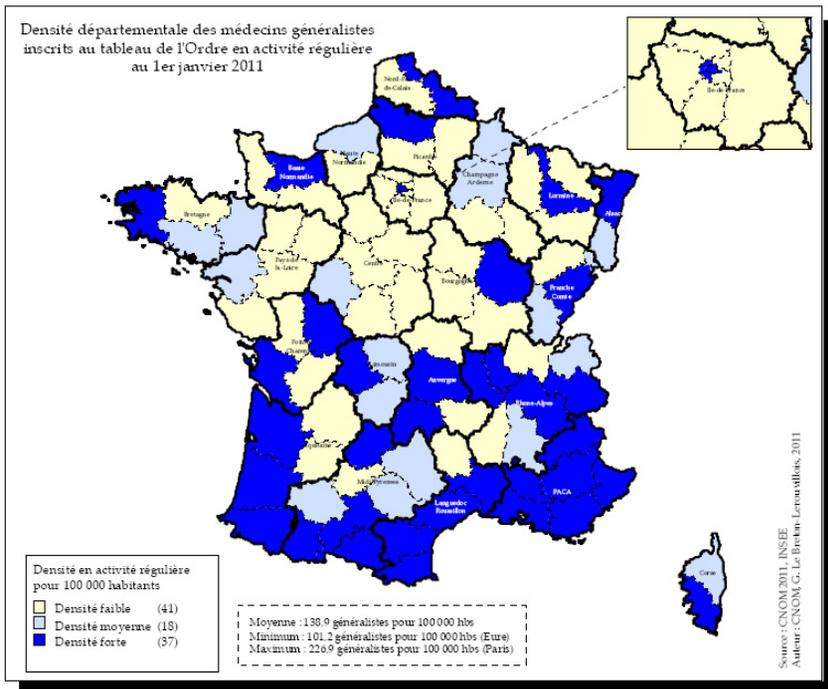
Ces données régionales doivent toutefois être interprétées avec précaution, dans la mesure où il peut exister de nombreuses disparités au sein d’une même région. Ainsi la région Provence-Alpes-Côte d’Azur, qui recense la plus forte densité médicale, est composée de départements dont la situation est très variable. Le département des Hautes-Alpes comptabilise 221,6 médecins généralistes pour 100 000 habitants contre 150,5 seulement dans le département du Var.

Une analyse plus fine de la densité des généralistes et des spécialistes met également en évidence des disparités géographiques importantes tant les inégalités de dotation en médecins sont encore plus notables au niveau départemental.

- *Densité départementale des médecins généralistes*

S'agissant des médecins généralistes en activité régulière, leur densité départementale moyenne est de 138,9 pour 100 000 habitants.

*Densité départementale des médecins généralistes en activité régulière*



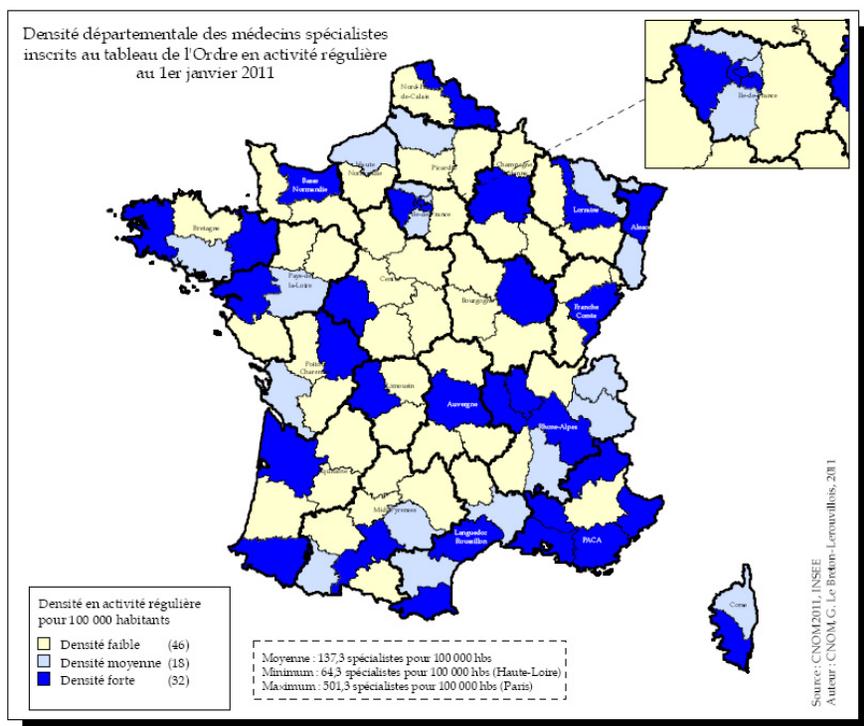
Source : Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1<sup>er</sup> janvier 2011, Dr Patrick Romestaing

Si dix-huit départements enregistrent une densité moyenne et trente-sept une forte densité de médecins, presque un département sur deux (41 départements) compte une densité inférieure à la moyenne. La densité varie de 101,2 médecins généralistes pour 100 000 habitants dans le département de l'Eure à 226,9 à Paris. De façon générale, les départements du pourtour méditerranéen sont très attractifs, de la même manière que la Côte Atlantique, l'Est de la France, Paris et le Nord.

- *Densité départementale des médecins spécialistes*

S'agissant des médecins spécialistes en activité régulière, leur densité départementale moyenne est de 137,3 pour 100 000 habitants.

### Densité départementale des médecins spécialistes en activité régulière



Source : Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1<sup>er</sup> janvier 2011, Dr Patrick Romestaing

On constate de très fortes disparités entre les départements. Paris compte ainsi une densité de 501,3 médecins spécialistes pour 100 000 habitants tandis que le département de la Haute-Loire n'en dénombre que 64,3.

Comme le souligne l'Atlas de la démographie médicale en France précité, « les départements sur-dotés ont la particularité de détenir une faculté de médecine et un maillage sanitaire divers et varié. À l'opposé, des départements sous-dotés ont la spécificité de ne pas avoir de facultés de médecine. À titre d'exemple, la région Bretagne compte deux départements, l'Ille-et-Vilaine et le Finistère, en densité élevée. Ces deux départements sont équipés de facultés de médecine alors que le département des Côtes d'Armor, qui n'en a pas, est un département qualifié en densité faible ».

- Analyse de la densité médicale par bassin de vie

Afin de permettre l'observation de phénomènes socioéconomiques à un niveau géographique fin et homogène sur l'ensemble de la métropole, l'INSEE a réalisé un découpage du territoire par bassin de vie. On dénombre 1 916 bassins de

vie. Parmi eux, 1 745 sont constitués d'un bourg ou d'une petite ville (c'est-à-dire d'une commune ou d'une unité urbaine de moins de 30 000 habitants).

Sur les 1 916 bassins de vie que compte la France métropolitaine, 232 ont une densité de médecins généralistes inférieure de 30 % à la valeur médiane de cette densité sur l'ensemble des bassins de vie, c'est-à-dire inférieure à 63,4 généralistes libéraux, soit 12 % des bassins de vie. Ces 232 bassins accueillent au total 1 382 praticiens en exercice, soit environ 6 omnipraticiens en moyenne par zone à faible densité (contre 33 en moyenne pour l'ensemble des bassins). Environ 2 520 000 personnes y résident en 2010, soit 4,1 % de la population. La proportion de Français qui résident dans ces bassins de vie sous dotés est en augmentation, puisqu'elle n'était que de 3,35 % en 2006 <sup>(1)</sup>.

La publication récente par le conseil national de l'Ordre des médecins, en novembre 2011, de sa seconde édition de ses *Atlas régionaux de la démographie médicale*, qui présente pour la première fois une analyse des données démographiques à l'échelle des bassins de vie réalisés à partir des chiffres issus des tableaux des ordres départementaux au 1<sup>er</sup> juin 2011, confirme l'intérêt d'une étude plus fine des données de la démographie médicale. En effet, cette étude démontre que l'existence des déserts médicaux touche toutes les régions, y compris les mieux dotées comme la Provence-Alpes-Côte d'Azur ou l'Île-de-France. Cette étude confirme également les tendances de l'*Atlas national* publié chaque année : les régions méridionales de bord de mer et la région parisienne sont très bien dotées, voire surdotées en termes de médecins dans certaines villes, tandis que des déserts médicaux progressent dans nombre de zones rurales et dans certains quartiers déshérités.

***b) L'approche à partir des densités ne permet pourtant d'appréhender qu'imparfaitement les difficultés d'accès aux soins de premier recours***

- *La densité médicale ne tient pas compte de l'exercice réel*

Seuls un peu plus de la moitié des médecins généralistes exercent réellement une médecine de proximité, « de famille » ou de premier recours.

Cela s'explique en premier lieu par le nombre de médecins salariés, dont l'augmentation est beaucoup plus importante que celle du nombre de généralistes libéraux. Au 1<sup>er</sup> janvier 2011, seul 46 % des médecins inscrits au tableau de l'Ordre exercent leur activité en libéral. Depuis une dizaine d'années, l'exercice libéral souffre en effet d'un désintérêt croissant au profit de l'exercice salarié et, plus particulièrement, hospitalier.

---

(1) Source : Annexe 1 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012, Programme de qualité et d'efficience, Maladie.

Il faut également tenir compte du développement, au sein des omnipraticiens et à titre exclusif, de modes d'exercice particulier comme l'ostéopathie, l'homéopathie, la médecine du sport ou l'acupuncture par exemple.

- *La densité médicale ne prend pas en compte le temps de travail des médecins en exercice*

Comme le souligne l'Académie de médecine<sup>(1)</sup>, « pour les généralistes libéraux installés, surtout pour les plus jeunes d'entre eux, le « temps médical » consacré à l'activité professionnelle tend aussi à diminuer, en raison de l'augmentation des charges administratives mais aussi de toutes les tâches médicales non curatives qui leur sont confiées voire imposées (prévention, dépistage, éducation à la santé). Les choix de vie professionnelle sont en effet de plus en plus guidés par les choix de vie personnelle et les jeunes médecins, même très attachés à leur métier, entendent souvent privilégier ce qu'ils appellent leur « qualité de vie » ».

- *La densité médicale ignore des facteurs déterminants dans l'accès aux soins*

Comme le souligne encore l'Académie de médecine<sup>(2)</sup>, la densité médicale « ne tient pas compte non plus des indispensables facteurs de correction liés à la géographie (accessibilité, dispersion de l'habitat) ou à la population bénéficiaire des soins (proportion de personnes âgées de plus de 75 ans, grande précarité, variations saisonnières de la population) ».

### ***c) Les perspectives d'avenir laissent entrevoir des risques sérieux de désertification médicale***

Les études relatives à l'offre de soins au niveau local indiquent que les difficultés d'accessibilité aux soins primaires ne concernent pour l'instant qu'une frange peu importante de la population, de l'ordre de 4 % de cette dernière.

Cela étant, et comme le souligne le rapport d'avril 2005 de la commission démographie médicale présenté par le professeur Yvon Berland, « il est inacceptable pour cette population qui participe normalement au maintien du système de soins français, d'être marginalisée ».

En outre, plusieurs éléments laissent entrevoir une baisse future de l'offre de soins et une croissance des besoins qui risquent d'amplifier les disparités locales déjà observables si rien n'est entrepris. Ainsi, les zones sous médicalisées pourraient se multiplier sous l'influence de facteurs comme l'évolution de la démographie médicale, la féminisation et le vieillissement de la profession.

---

(1) Rapport au nom de la commission XVI (Exercice médical en milieu libéral), « La démographie médicale : prévoir et maîtriser son évolution. Assurer une meilleure répartition de l'offre de soins sur l'ensemble du territoire national », Pierre Ambroise Thomas, 17 février 2009.

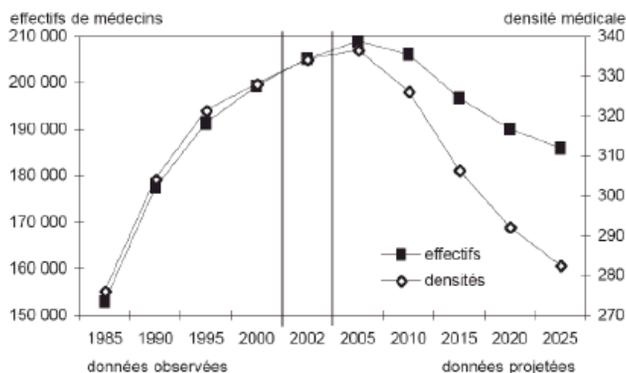
(2) « Comment corriger l'inégalité de l'offre de soins en médecine générale sur le territoire national ? », Bull. Acad. Natle Méd., 2007, 191, no 3, 641-652, séance du 27 mars 2007.

Selon le scénario tendanciel de la DREES <sup>(1)</sup>, les inégalités des densités médicales régionales seraient ainsi aussi marquées en 2030 qu'en 2006.

• *Les effectifs de médecins vont baisser globalement dans les prochaines années*

Comme le soulignait déjà le rapport d'avril 2005 de la commission démographie médicale présenté par le professeur Yvon Berland, « dans les toutes prochaines années, de nombreux médecins vont partir à la retraite et ne seront pas remplacés. Ainsi le nombre de médecins en France diminuera sensiblement, et sur une très longue période de 20 à 30 ans, la densité médicale diminuera encore plus. On peut craindre ainsi que les zones aujourd'hui en souffrance le seront encore plus, et que d'autres vont les rejoindre ».

### *Évolution de l'effectif et de la densité de médecins en activité*



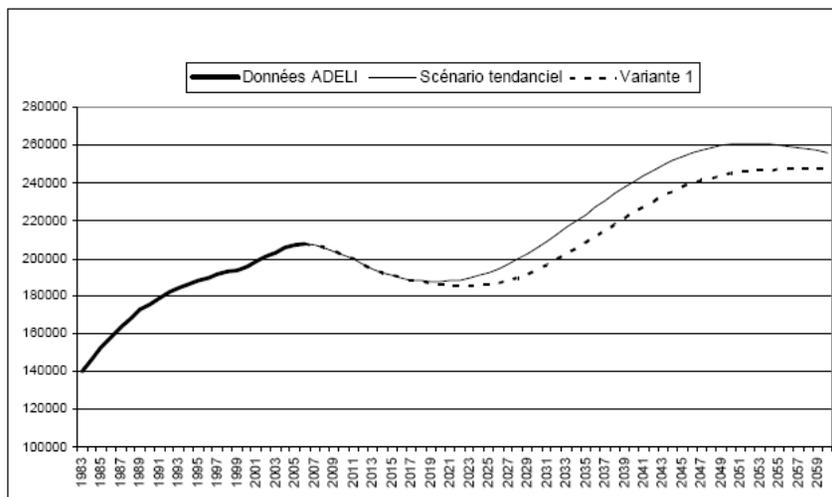
Source : Observatoire national de la démographie des professions de santé, rapport 2004, tome 2

De la même façon, le rapport de septembre 2011 de la Cour des comptes sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale indique que « selon les projections de la DREES publiées en 2009 <sup>(2)</sup>, le nombre de médecins en activité en France baisserait dans les dix ans à venir de près de 10 % par rapport à 2006. Cette diminution résulterait au premier chef de nombreux départs à la retraite, qui vont concerner des promotions à numerus clausus élevé, voire antérieures à l'instauration de ce numerus clausus. Ces départs ne devraient être que partiellement compensés par les entrées en exercice des promotions formées à partir des années 2000, dont le numerus clausus, bien que croissant, reste inférieur à celui des promotions qui devraient partir à la retraite. Ce creux démographique pourrait aviver les difficultés liées aux inégalités territoriales de répartition, même si sa durée apparaît relativement limitée ».

(1) Source : DREES, « La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales », série Etudes et Résultats, n° 679, février 2009.

(2) Source : DREES, « La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales », série Etudes et Résultats, n° 679, février 2009.

### Évolution prévisionnelle des effectifs de médecins en activité



Source : Fichier du conseil national de l'Ordre des médecins pour l'année 2006 (traitement DREES), projections DREES

Cette baisse du nombre de médecins en activité dans les prochaines années risque donc de se traduire par un accroissement des inégalités territoriales d'accès aux soins.

- *Le temps de travail des médecins pourrait encore baisser sous l'effet des changements d'aspiration des jeunes médecins, de la féminisation et du vieillissement de la profession*

Comme on l'a vu, l'évolution sociologique de la profession médicale se traduit par des changements d'aspiration en matière de temps et de conditions de travail, les plus jeunes médecins exprimant le souhait de travailler moins que leurs aînés et il est vraisemblable que cette tendance se poursuive.

Parallèlement, il est également probable qu'il sera à l'avenir nécessaire pour les médecins d'accorder de plus en plus de temps à la formation, à la coordination des soins ou au suivi administratif de l'activité et de la qualité des soins.

De plus, la profession de médecin se féminise de plus en plus. Au 1<sup>er</sup> janvier 2009, 39,7 % des médecins en France métropolitaine étaient des femmes, contre 29,6 % au 1<sup>er</sup> janvier 1990. Or, les femmes médecins privilégient généralement l'exercice salarié. L'Académie de médecine note<sup>(1)</sup> ainsi que la diminution du temps médical consacré à l'activité professionnelle « est

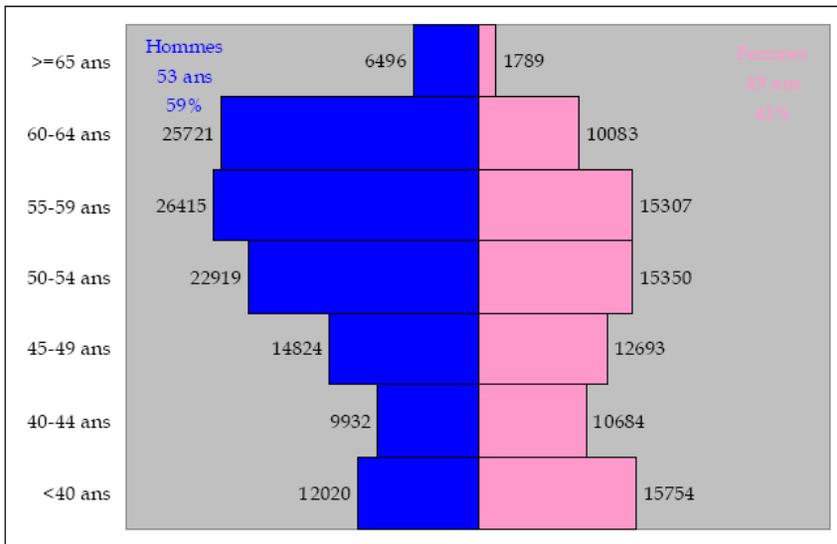
---

(1) Rapport au nom de la commission XVI (Exercice médical en milieu libéral), « La démographie médicale : prévoir et maîtriser son évolution. Assurer une meilleure répartition de l'offre de soins sur l'ensemble du territoire national », Pierre Ambroise Thomas, 17 février 2009.

*particulièrement importante chez les femmes dont, en moyenne, l'activité professionnelle est d'environ 30 % inférieure à celle des hommes, compte tenu de leurs obligations familiales ».*

Enfin, la population des médecins se caractérise par un vieillissement qui s'accroît. L'âge moyen des médecins en activité régulière est de 51,4 ans (respectivement 53 ans pour les hommes et 49 ans pour les femmes) et les médecins âgés de 55 ans et plus représentent 42,9 % des effectifs, tandis que les moins de 40 ans ne comptabilisent que 13,9 % des effectifs.

***Pyramide des âges des médecins en activité régulière***



Source : Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1<sup>er</sup> janvier 2011, Dr Patrick Romestaing

L'ensemble de ces facteurs influe indéniablement à la baisse sur le temps de travail des médecins. Or, « par construction, chaque réduction du temps de travail, quel qu'en soit le motif, se traduit par une diminution du temps médical disponible et donc par une dégradation de la situation générale en matière d'offre de soins » <sup>(1)</sup>.

(1) Rapport d'information N°14 sur la démographie médicale de M. Jean-Marc Juilhard, Sénateur, octobre 2007.

- *La population française continue de vieillir*

Le vieillissement de la population risque également de pousser, toutes choses égales par ailleurs, à la hausse de la demande de soins.

En effet, le rapport d'information n° 3672 de février 2007 présenté par M. Georges Colombier au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale sur la prise en charge des urgences médicales montre que l'accroissement du nombre de personnes âgées se traduira nécessairement par une demande de soins accrue.

## **2. Des disparités dans la répartition territoriale d'autres professionnels de santé compromettent également l'accès aux soins**

Qu'il s'agisse de la profession de chirurgien-dentiste, de sage-femme, d'infirmier ou de masseur-kinésithérapeute, on constate également d'importantes inégalités spatiales de répartition de ces professionnels de santé libéraux de premiers recours qui remplissent un rôle déterminant au sein de notre système de santé.

Pour l'ensemble de ces professions de santé, on observe le même héliotropisme et la même attraction pour Paris et ses environs que l'on constate pour les médecins. Cela n'a rien de surprenant dans la mesure où les inégalités de répartition géographique de ces professions de santé sont bien souvent liées au fait que leur implantation dépend en pratique en grande partie de celle d'un médecin.

La répartition des infirmiers est particulièrement marquée par un très fort clivage Nord-Sud, sans commune mesure avec celui observé également chez les masseurs-kinésithérapeutes et les chirurgiens dentistes.

Toutes ces professions connaissent des écarts de densités importants. La répartition sur le territoire des infirmiers libéraux est ainsi la plus inégale avec des écarts variant de 1 à 7 selon les départements.

Un constat similaire, quoique différents suivant les professionnels de santé, peut être fait pour les autres professions de santé. Pour les chirurgiens-dentistes, la densité varie par exemple dans un rapport de 1 à 4, pour les masseurs-kinésithérapeutes, le rapport est de 1 à 3,5.

De façon générale, toutes ces professions sont moins bien réparties sur le territoire national que les médecins généralistes libéraux.

Pour une analyse plus fine de la démographie et de la densité de ces professions de santé, on se reportera aux commentaires des **articles 6** (chirurgien-dentiste), **7** (sage-femme), **8** (infirmier) et **9** (masseur-kinésithérapeute).

### **3. Le constat désormais partagé de l'apparition de « déserts médicaux » incite à agir d'urgence**

Au total, si l'offre de soins demeure encore globalement élevée, la densité des médecins est très variable d'un département à l'autre, créant ce que d'aucuns n'ont pas hésité à qualifier de véritables « déserts médicaux ».

Cette situation rend les Français profondément inégaux face à l'accès aux soins, alors même que le préambule de la Constitution de 1946, qui fait partie du « bloc de constitutionnalité », proclame en son article 11 que « *la Nation [...] garantit à tous, [...] la protection de la santé* ».

Face au constat des différences de densité médicale entre les territoires et des perspectives sombres pour l'avenir, il apparaît donc nécessaire de mettre rapidement en œuvre des moyens d'action novateurs pour réguler l'offre de soins sur l'ensemble du territoire national en l'adaptant mieux à la demande.

## **B. POUR RENFORCER LA PRÉSENCE MÉDICALE DANS LES TERRITOIRES DÉFICITAIRES, LES POUVOIRS PUBLICS ONT POUR L'INSTANT PRIVILÉGIÉ DES DISPOSITIFS QUI ONT MONTRÉ LEURS LIMITES**

### **1. Les dispositifs existants de régulation des flux de praticiens sur le territoire lors des études médicales sont insuffisamment efficaces**

Si les places supplémentaires dégagées par le rééquilibrage du *numerus clausus* ont été prioritairement affectées dans les zones où la densité médicale est inférieure à la moyenne nationale et si les postes offerts aux épreuves classantes nationales ont été augmentés au sein des régions et des spécialités ciblées, en fonction des besoins de prise en charge et avec un objectif de rééquilibrage entre les régions, il n'en demeure pas moins que ces dispositifs ne permettent pas, à eux seuls, d'obtenir une répartition équilibrée des professionnels de santé.

#### **a) Le *numerus clausus***

La modulation du *numerus clausus* pour les études médicales a longtemps constitué le principal levier d'action des pouvoirs publics sur le niveau de l'offre de soins. Il peut également être utilisé comme outil d'orientation géographique des installations (cf. commentaire de l'article 1<sup>er</sup>).

Toutefois, le rapport de septembre 2011 de la Cour des comptes sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale souligne que « *la modulation régionale du numerus clausus n'est pas l'instrument le mieux adapté pour remédier au problème démographique médical actuel, à savoir l'hétérogénéité de la répartition géographique des médecins sur le territoire : rien n'empêche un étudiant qui a suivi ses études dans une université située dans une région sous dotée de s'installer ensuite en zone sur dotée du fait du principe de la liberté d'installation* ».

### ***b) Les épreuves classantes nationales***

Les règles régissant les épreuves nationales classantes sont également utilisées par les pouvoirs publics comme levier d'orientation géographique des installations des médecins (cf. commentaire de l'article 3).

L'article 43 de la loi dite « HPST » a ainsi mis en place un dispositif de programmation pluriannuelle des prévisions d'ouverture de postes sur cinq ans, en disposant qu'« *un arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur et du ministre chargé de la santé détermine pour une période de cinq ans le nombre d'internes à former par spécialité, en particulier celle de médecine générale, et par subdivision territoriale, compte tenu de la situation de la démographie médicale dans les différentes spécialités concernées et de son évolution au regard des besoins de prise en charge spécialisée* ».

Toutefois, la Cour des comptes rappelle que « *comme pour le numerus clausus, les jeunes médecins n'exercent pas forcément dans la région de leur formation d'internat en raison du principe de la liberté d'installation* ».

## **2. Les pouvoirs publics ont jusqu'ici surtout privilégié le recours à des aides financières qui ne donnent pas pleine satisfaction**

Les praticiens qui s'installent dans les zones déficitaires peuvent aujourd'hui bénéficier de plusieurs types d'aides financières.

### ***Les aides financières destinées à renforcer la présence médicale dans les zones déficitaires***

« *Trois grands types d'aides, cumulables entre elles pour la plupart, peuvent être distingués, selon qu'elles sont financées par l'État, les collectivités territoriales ou la sécurité sociale.*

#### *a) Les dispositifs financés par l'État*

*Les médecins peuvent prétendre aux dispositifs d'exonérations fiscales et sociales au titre d'une installation dans les zones franches urbaines (ZFU)<sup>(1)</sup>. De même, les cabinets médicaux libéraux créés en zone de revitalisation rurale (ZRR) peuvent bénéficier, depuis la loi du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux, d'une exonération totale de l'impôt sur le revenu pendant les cinq premières années, puis d'une exonération dégressive durant neuf ans. En 2009, le bénéfice moyen exonéré était, pour les dispositifs en ZFU et en ZRR, respectivement de 47 400 € et 58 800 € par médecin concerné.*

*La loi de 2005 a aussi prévu une exonération d'impôt sur le revenu pour la rémunération perçue au titre de la permanence des soins, à hauteur de soixante jours de permanence par an, pour les médecins installés dans une zone déficitaire en offre de soins, soit, selon le conseil des prélèvements obligatoires, un gain moyen de 1 500 € par an.*

---

(1) Prévu par la loi du 14 novembre 1996 relative à la mise en oeuvre du pacte de relance pour la ville.

*b) Les dispositifs financés par les collectivités territoriales*

*La loi de 2005 précédemment citée a prévu que les collectivités territoriales peuvent attribuer, dans les zones déficitaires, des aides à l'installation ou au maintien des médecins ainsi que des aides aux étudiants de médecine. Ces mesures ne font pas toutes l'objet d'un recensement des aides effectivement accordées ni d'une évaluation avec pour conséquence le risque de redondance et de concurrence entre territoires, en l'absence de coordination nationale, pour attirer de jeunes internes ou des médecins.*

*La loi de 2005 a aussi prévu que les communes peuvent exonérer de la taxe professionnelle pendant deux à cinq ans les médecins libéraux qui s'établissent ou se regroupent dans une commune de moins de 2 000 habitants ou située en ZRR.*

*c) Les dispositifs financés par la sécurité sociale*

*L'avenant n° 20 à la convention médicale de 2005, approuvé par arrêté du 23 mars 2007, a institué une majoration de 20 % de la rémunération des médecins généralistes libéraux exerçant en groupe dans les zones déficitaires.*

*En contrepartie de la majoration des honoraires, le projet d'avenant prévoyait initialement, une réduction de 20 % de la participation de l'assurance maladie aux cotisations sociales des médecins généralistes qui décideraient de s'installer dans les zones « très sur dotées », cette mesure étant sans effet sur les médecins déjà installés dans ces zones.*

*Ce dispositif n'a pas été mis en oeuvre, les syndicats de médecins libéraux ayant rejeté la réduction de 20 % de la participation de l'assurance maladie aux cotisations sociales, ressentie comme une mesure de coercition en matière d'installation. La revalorisation des honoraires prévue a été toutefois accordée aux médecins généralistes concernés.*

*L'avenant a prévu à son article 5 « un bilan général (devant) permettre aux partenaires conventionnels de décider des éventuelles mesures d'ajustement du dispositif, si les effets du présent avenant s'avéraient insuffisants, en appliquant des mesures de régulation complémentaires, le cas échéant financières, notamment dans les zones médicalement très surdotées, aux médecins conventionnés qui s'installeraient dans ces zones ».*

*Le bilan récemment présenté met en évidence un effet d'aubaine. Son coût élevé, de 20 M€ pour 773 bénéficiaires en 2010, ne s'est traduit que par un apport net de l'ordre de 50 médecins dans les zones déficitaires depuis 2007. En outre, la majoration de 20 % a représenté en moyenne 27 000 € par médecin concerné et a pu dépasser, pour l'un d'entre eux, 100 000 €<sup>(1)</sup>, ce qui conduit à s'interroger sur la réalité de l'activité correspondante et sur l'absence de plafonnement de l'aide<sup>(2)</sup>. Le bilan de l'avenant montre également un effet pervers lié à l'obsolescence du zonage (voir supra), conduisant au versement de l'aide à des médecins installés dans une zone qui peut ne plus être déficitaire en offre de soins.*

---

(1) Une majoration annuelle de 100 000 € équivaut à une activité annuelle ayant dégagé 500 000 € d'honoraires, soit pour une consultation à 22 €, à environ 23 000 consultations dans l'année. Or, les seuils retenus en 2005-2006 par les missions régionales de santé pour définir la suractivité des médecins étaient, par exemple, de 5 800 actes en Auvergne et 7 800 en Picardie.

(2) La nouvelle convention médicale signée le 26 juillet 2011, qui entrera en vigueur après son approbation par les pouvoirs publics et sa publication au journal officiel, prévoit un plafonnement de cette aide à 20 000 € par an.

*En dépit de ce bilan insatisfaisant, aucune mesure de régulation de l'installation de médecins dans les zones très surdotées n'a été prise à ce jour en dépit des dispositions conventionnelles le prévoyant.*

*La loi HPST a créé par ailleurs, à la charge de l'assurance maladie, un contrat d'engagement de service public (CESP) en faveur des étudiants en médecine qui s'engagent, en contrepartie d'une allocation de 1 200 € par mois, à exercer dans une zone déficitaire. Ce dispositif, financé par des crédits issus du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS), est piloté et régulé au niveau national <sup>(1)</sup>. Sur 400 contrats proposés pour 2010, seuls 146 ont été signés, sans doute par défaut d'information des internes et parce qu'entrant en concurrence avec un autre dispositif.*

*Le CESP ressemble de fait par certains aspects au contrat qui peut être conclu entre un étudiant en médecine et une collectivité territoriale, à ceci près que le lieu d'installation d'un bénéficiaire du CESP est décidé ultérieurement par l'ARS en fonction de l'évolution des besoins en professionnels de santé dans les zones sous dotées, alors que l'étudiant en médecine qui contracte avec une collectivité sait précisément à l'avance le lieu de son installation qu'il peut librement négocier avec la collectivité qui l'aide ».*

*Source : rapport de septembre 2011 de la Cour des comptes sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale dont une partie est consacrée à « la répartition territoriale des médecins libéraux ».*

Force est de constater que ces nombreux dispositifs demeurent encore insuffisamment efficaces.

En effet, la multiplicité et la complexité des différents dispositifs d'aides financières relevant d'acteurs différents ne facilitent pas en premier lieu la bonne information des étudiants et jeunes médecins sur les aides à l'installation existantes et les conditions d'exercice en libéral. L'article 118 de la loi dite « HPST », désormais codifié à l'article L. 1431-2 du code de la santé publique, a certes prévu que les agences régionales de santé « contribuent à mettre en œuvre un service unique d'aide à l'installation des professionnels de santé » mais ce service n'est déployé que depuis juillet 2011.

En second lieu, il apparaît que ces dispositifs exclusivement centrés sur des aides financières ne répondent qu'imparfaitement aux critères déterminants du choix du lieu de l'installation des jeunes professionnels qui sont plus soucieux de la qualité de leur cadre d'exercice et de leur vie familiale que de maximiser leurs revenus personnels <sup>(2)</sup>.

Ainsi, le niveau de leur rémunération n'est pas le seul facteur qui détermine leur localisation. Comme le souligne très justement le rapport d'information n° 600 de juin 2011 sur les territoires et la santé, fait au nom de la délégation aux collectivités territoriales et à la décentralisation, et présenté par Mme Marie-Thérèse Bruguière, sénateur, « l'aspect financier, même s'il ne faut

---

(1) Ce dispositif est financé par l'assurance maladie mais celle-ci n'est pas associée au choix des allocataires et à celui des zones d'exercice.

(2) Samson, 2009.

*pas le négliger, n'est pas le seul paramètre qui intervient dans le choix de leur lieu d'exercice par les professionnels. D'ailleurs, s'il en était ainsi, la désertification médicale se résorberait quasiment d'elle-même puisque la perspective d'une clientèle abondante (du fait d'une demande de soins largement excédentaire par rapport à l'offre) suffirait alors à convaincre les intéressés de s'installer en zone sous-médicalisée ».*

### **3. Le dispositif de cumul emploi-retraite ne produit pas les effets escomptés**

Afin d'inciter les médecins à prolonger leur activité, un ensemble de dispositions a été pris, dont la possibilité de cumul sans limitation d'une retraite et du revenu d'une activité libérale <sup>(1)</sup>.

Le rapport de septembre 2011 de la Cour des comptes précité note toutefois que « *la mesure est sans effet sur la répartition territoriale des médecins, le médecin retraité continuant d'exercer sur place. En outre, ce cumul bénéficie très majoritairement à des spécialistes (61 % des médecins concernés au 1<sup>er</sup> janvier 2011) dans des zones sur dotées (l'Île-de-France et la région PACA se partagent près de la moitié des effectifs de médecins concernés au 1<sup>er</sup> janvier 2011), ce qui ne répond pas au problème des disparités territoriales, voire les aggrave ».*

---

(1) article 88 de la LFSS pour 2009.

## **II.- LA PRISE DE CONSCIENCE DE LA NÉCESSITÉ D'UNE POLITIQUE PLUS VOLONTARISTE JUSTIFIE PLEINEMENT LES MESURES NOVATRICES DE LA PRÉSENTE PROPOSITION DE LOI**

### **A. LA PRISE DE CONSCIENCE DE LA NÉCESSITÉ D'UNE POLITIQUE PLUS VOLONTARISTE SEMBLE SE FAIRE JOUR**

#### **1. Les rares mesures contraignantes prises jusqu'ici pour réguler l'offre de soins ont été vite abandonnées**

Contrairement aux tentatives faites à l'étranger (Québec et Allemagne par exemple) ou aux mesures prises en France pour réguler l'implantation géographique des pharmacies, des mesures visant, de façon plus contraignante, à assurer une offre de soins médicaux harmonieusement répartie sur le territoire n'ont presque jamais été tentées.

*a) L'avenant n° 20 à la convention médicale de 2005 offre une possibilité de mesures de régulation financière dans les zones très surdotées qui n'a toutefois jamais été utilisée*

L'article 5 de l'avenant a prévu, en contrepartie d'une majoration des honoraires des médecins généralistes libéraux exerçant en groupe dans les zones déficitaires, « *un bilan général [devant] permettre aux partenaires conventionnels de décider des éventuelles mesures d'ajustement du dispositif, si les effets du présent avenant s'avéraient insuffisants, en appliquant des mesures de régulation complémentaires, le cas échéant financières, notamment dans les zones médicalement très surdotées, aux médecins conventionnés qui s'installeraient dans ces zones* ».

Malgré le bilan insatisfaisant qui a été récemment tiré de ce dispositif, aucune mesure de régulation de l'installation de médecins dans les zones très surdotées n'a été prise à ce jour en dépit des dispositions conventionnelles le prévoyant, les médecins ressentant comme une mesure de coercition la réduction de la participation de l'assurance maladie à leurs cotisations sociales qui avait été envisagée lors des négociations conventionnelles.

*b) La sanction du non-respect du « contrat santé solidarité » a été supprimée par le législateur*

L'article 43 de la loi dite « HPST » avait introduit un mécanisme de solidarité, le « contrat santé solidarité », visant à faire participer sur le plan médical les médecins en zones sur denses à l'exercice de la médecine dans les zones sous denses. Dans le cas où les médecins refusaient de signer un tel contrat ou s'ils ne respectaient pas les termes de leur engagement, ils devaient s'acquitter d'une contribution forfaitaire annuelle, au plus égale au plafond mensuel de la

sécurité sociale. Ce dispositif ne devait toutefois s'appliquer que trois ans après l'entrée en vigueur du prochain schéma régional d'organisation des soins, soit au plus tôt en 2014.

Face à la très vive opposition des médecins, Mme Roselyne Bachelot, alors ministre de la santé, a indiqué le 25 juin 2010, lors de l'ouverture du 4<sup>ème</sup> congrès national de médecine générale, qu'elle mettait cette disposition « entre parenthèses ».

La loi Fourcade du 10 août 2011 a par la suite supprimé toute possibilité de sanction et renvoyé la définition des termes d'un contrat type à la négociation entre l'assurance maladie et les syndicats représentatifs.

## **2. Plusieurs institutions ont néanmoins appelé de leurs vœux des mesures plus directives**

La possibilité de recourir à des mécanismes plus coercitifs est aujourd'hui de plus en plus envisagée. De nombreuses institutions estiment, en effet, que la politique de moindre contrainte menée jusqu'ici se révèle insuffisante à relever le défi des déserts médicaux et envisagent que d'autres types de mesures soient actionnées.

Ainsi, comme le soulignait, dès octobre 2007, M. Jean-Marc Juilhard, sénateur, dans son rapport d'information n° 14 sur la démographie médicale, « *la possibilité de recourir à des mécanismes plus coercitifs s'installe progressivement dans le débat* ».

### **a) L'Académie de médecine**

Dans un rapport <sup>(1)</sup> adopté le 27 mars 2007 et intitulé « *Comment corriger l'inégalité de l'offre de soins en médecine générale sur le territoire national ?* », l'Académie de médecine a envisagé, si aucune mesure ne corrigeait la situation actuelle dans les trois prochaines années, « *l'application, comme ultime recours, de mesures contraignantes, avec l'obligation d'exercer dans des zones prioritaires pour les médecins qui y seraient affectés, pour une période de trois à cinq ans* ».

Il convient toutefois de souligner que dans un rapport plus récent <sup>(2)</sup>, l'Académie de médecine recommande, pour assurer une meilleure répartition de l'offre de soins sur l'ensemble du territoire national, « *l'exclusion de toutes les mesures contraignantes visant à obliger de jeunes médecins généralistes à s'installer dans des régions sous médicalisées* ».

---

(1) Bull. Acad. Natle Méd., 2007, 191, no 3, 641-652, séance du 27 mars 2007.

(2) Rapport au nom de la commission XVI (Exercice médical en milieu libéral), « La démographie médicale : prévoir et maîtriser son évolution. Assurer une meilleure répartition de l'offre de soins sur l'ensemble du territoire national », Pierre Ambroise Thomas, 17 février 2009.

### **b) Le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie**

Dans un avis <sup>(1)</sup> adopté le 24 mai 2007 par le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), celui-ci a indiqué qu'il y avait lieu « *de procéder rapidement à une évaluation des résultats de la politique actuelle « de moindre contrainte ». Si elle était décevante, il conviendrait de reprendre au fond le dossier et d'étudier des mécanismes plus directifs d'installation (notamment en mettant en place des mécanismes de désincitation à l'installation en zones de sur-densité) ».*

Dans son rapport annuel de juillet 2007, le Haut Conseil a jugé « *opportun de dépasser la politique actuelle de « moindre contrainte »* » et proposé « *d'adopter des mesures de régulation plus directives ».*

### **c) La Cour des comptes**

Dans le rapport de septembre 2007 de la Cour des comptes sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale dont une partie est intitulée « *Les médecins libéraux : démographie, revenus et parcours de soins* », celle-ci, constatant que « *les politiques suivies jusqu'à présent pour réduire les disparités territoriales en matière d'offre de soins ont toujours privilégié les mesures incitatives et préservé la liberté d'installation* », indique que « *les inégalités d'accès aux soins qui risquent de s'aggraver du fait de la répartition déséquilibrée des médecins sur le territoire plaident pour des mesures plus contraignantes comme la Cour l'a déjà écrit dans son rapport public thématique sur les personnels des établissements publics de santé de 2006* » et souligne que « *s'il paraît difficile de refuser le conventionnement de nouveaux médecins dans les zones excédentaires, il convient de réguler la liberté d'installation des médecins s'installant par des mesures nettement dissuasives (baisse importante ou suppression de la prise en charge des cotisations sociales par l'assurance maladie, voire autres pénalités financières) ».*

Plus récemment, dans le rapport de septembre 2011 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale dont une partie est consacrée à « *la répartition territoriale des médecins libéraux* », la Cour des comptes a indiqué que les données démographiques sur les médecins « *justifie le recours à des mesures plus contraignantes qui pourraient aller jusqu'au conventionnement sélectif, à l'instar du dispositif infirmier* ».

---

(1) Avis sur les conditions d'exercice et de revenu des médecins libéraux.

### **3. Certains professionnels de santé se sont déjà engagés par voie conventionnelle dans une voie plus directive qui apporte un tempérament à la liberté d'installation**

#### ***a) Un dispositif de régulation à l'installation des infirmiers a été mis en place***

Un avenant n° 1 à la convention nationale, qui met en place un dispositif expérimental de régulation de l'offre infirmière sur le territoire, a été approuvé par un arrêté du 17 octobre 2008.

En plus d'un volet traditionnel d'incitation à l'installation, cet avenant prévoit également un dispositif de régulation du nombre d'infirmiers conventionnés dans les 210 surdotées identifiées (soit 7 % de l'ensemble), qui impose comme condition préalable à tout nouveau conventionnement dans une telle zone surdotée le départ de cette zone d'un infirmier déjà conventionné.

Entré en vigueur en 2009, ce recours au conventionnement sélectif afin d'assurer une meilleure répartition de la profession sur l'ensemble du territoire a conduit, dès le second semestre 2009, à une diminution de 137 infirmiers conventionnés dans les zones surdotées.

Suite à l'expiration de cet avenant en avril 2011, un relevé de fin de négociation, signé le 24 juin 2011 entre les partenaires conventionnels, a prévu la poursuite du dispositif de conventionnement sélectif avec un doublement des zones considérées comme surdotées.

#### ***b) Les masseurs-kinésithérapeutes se sont également engagés sur la voie de négociation conventionnelle prévoyant l'instauration d'un conventionnement sélectif***

La Fédération française des masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs (FFMKR) et l'Union nationale des caisses d'assurance-maladie (UNCAM) ont signé, le 30 novembre 2011, un avenant conventionnel n° 3 à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes mettant en place, dans les zones surdotées, un conventionnement sélectif.

Ce dispositif prévoit qu'un masseur-kinésithérapeute ne peut s'installer dans une telle zone que si un départ y est préalablement enregistré. Des dérogations sont toutefois prévues pendant une période de trois ans pour tenir compte de la situation des jeunes diplômés.

La mise en œuvre de ce mécanisme de régulation par conventionnement sélectif nécessitera toutefois un travail préalable de définition des zones concernées et l'approbation de l'avenant n° 3 par arrêté ministériel.

#### **4. Les initiatives politiques se sont récemment multipliées pour mieux réguler l'offre de soins sur l'ensemble du territoire national**

Plusieurs initiatives, d'origine politique diverse, ont souligné la nécessité de lutter plus drastiquement contre la désertification médicale et d'améliorer l'accès aux soins.

Ainsi, une proposition de loi n° 3158 de M. Jean-Marc Ayrault pour l'instauration d'un bouclier rural au service des territoires d'avenir a été enregistrée à la Présidence de l'Assemblée nationale le 9 février 2011 et discutée au cours des séances des 24 et 29 mars 2011. Son article 2, au sujet duquel l'exposé des motifs indique qu'*« il convient désormais de revoir sans tabou le dogme de la liberté d'installation des praticiens médicaux »*, dispose notamment que *« le schéma régional de l'organisation des soins détermine les zones dans lesquelles, en raison d'une densité particulièrement élevée de l'offre de soins, l'installation des professionnels de santé libéraux, des maisons de santé et des centres de santé, est subordonnée à l'autorisation de l'agence régionale de santé »*.

Une proposition de résolution contre la désertification médicale et pour l'accès de tous à des soins de proximité, présentée par Mme Véronique Besse, députée, et signée par une centaine de députés dont beaucoup sont également signataires de la présente proposition de loi, a également été enregistrée à la Présidence de l'Assemblée nationale le 14 octobre 2011. Celle-ci *« réaffirme son attachement aux principes d'égal et de libre accès aux soins »*, *« souhaite que la question de la fracture médicale soit un enjeu prioritaire du débat public, notamment au cours de l'année 2012 »* et *« demande que la lutte contre la désertification médicale et pour l'accès de tous à des soins de qualité et de proximité soit une priorité nationale et que les pouvoirs publics s'engagent à favoriser les conditions matérielles, financières et réglementaires de cette disposition »*.

Si le Parti socialiste plaide, dans son programme officiel <sup>(1)</sup>, pour que les diplômés de médecine exercent pendant quelques années dans une zone sous-dense à l'issue de leurs études (engagement n° 22), M. François Hollande, candidat socialiste à l'élection présidentielle s'est quelque peu démarqué de son parti sur cette question le 5 octobre 2010 au cours du troisième débat télévisé entre les six candidats à la primaire socialiste, tout en se déclarant toutefois prêt à *« interdire certaines installations »* dans les zones trop pourvues en médecins <sup>(2)</sup>.

Enfin, si M. François Fillon, Premier ministre, a exprimé le 7 octobre 2010 la détermination du gouvernement à lutter contre les déserts médicaux par des mesures incitatives, se refusant en revanche à recourir à la contrainte, et si le Président de la République, M. Nicolas Sarkozy, a déclaré, à Orbec, le

---

(1) *Le projet socialiste pour 2012, trente engagements pour le changement.*

(2) *Le Quotidien du Médecin du 16 décembre 2011, La lutte contre les déserts, thème de campagne.*

1<sup>er</sup> décembre 2010, « *je suis persuadé que la coercition ne marche jamais mais l'incitation peut marcher* »<sup>(1)</sup>, il convient de rappeler que ce dernier avait déclaré le 18 septembre 2007, à propos des soins de ville, dans un discours prononcé au Sénat à l'occasion du quarantième anniversaire de l'association des journalistes de l'information sociale<sup>(2)</sup> : « *En matière de démographie médicale, il faut au minimum s'inspirer des négociations entre l'assurance-maladie et les infirmières, ces dernières ayant accepté de ne pas s'installer dans les zones où les professionnels sont trop nombreux. Là, il va falloir faire la même chose* ».

## **B. LA PROPOSITION DE LOI VISANT À GARANTIR UN ACCÈS AUX SOINS ÉGAL SUR L'ENSEMBLE DU TERRITOIRE S'ARTICULE AUTOUR DE QUATRE MESURES FORTES.**

### **1. La gestion territoriale des flux de formation est rationalisée**

#### ***a) Les besoins de santé de chaque territoire sont mieux pris en compte dans la fixation et la répartition des étudiants admis à l'issue de la première année des études de médecine***

Depuis quelques années, les pouvoirs publics essayent tant bien que mal d'affecter dans les territoires sous dotés les places supplémentaires offertes par le relèvement du *numerus clausus*.

Afin d'améliorer encore la recherche d'une meilleure adéquation entre les capacités de formation des professions de santé et les besoins de santé des territoires, l'**article 1<sup>er</sup>** de la proposition de loi renforce le caractère obligatoire de la prise en compte des besoins de santé dans la fixation du *numerus clausus* et réaffirme, avec force contraignante, la nécessité que sa fixation et sa répartition contribuent pleinement à la résorption des inégalités en matière d'accès aux soins sur l'ensemble du territoire.

#### ***b) Les épreuves nationales classantes sont remplacées par le système de l'internat régional***

L'action sur le *numerus clausus* est complétée, à l'**article 3**, par une disposition qui remplace, dans chaque région, les épreuves nationales classantes qui ont montré leurs limites par un concours d'internat qui ne sera ouvert qu'aux étudiants qui auront validé leur deuxième cycle d'études médicales dans la même région.

Cette mesure vise, afin de stabiliser les étudiants dans la région dans laquelle ils auront effectué l'ensemble de leurs études médicales, à faire obstacle à la propension de beaucoup de jeunes médecins à quitter la région dans laquelle ils

---

(1) Reuters, le 1<sup>er</sup> décembre 2010.

(2) <http://www.elysee.fr/president/les-actualites/discours/2007/40e-anniversaire-de-l-association-des.8290.html>.

ont effectué leur internat qui limite fortement la gestion territoriale des flux de formation.

**2. Tous les étudiants en médecine effectueront désormais un stage pratique au cours de leurs années d'internat dans les zones sous dotées**

L'article 2 de la proposition de loi instaure, au cours de la troisième année du troisième cycle des études médicales, une obligation d'effectuer un stage pratique d'au moins douze mois dans une maison de santé pluridisciplinaire ou un établissement de santé dans une zone qui enregistre un déficit en matière d'offre de soins.

Ce stage permettra aux jeunes internes de découvrir la problématique l'exercice médical en zone sous dotée et devrait être de nature à les inciter à choisir une zone d'installation qu'ils ont appris à connaître au cours de leurs études.

**3. À l'issue de leur formation, tous les médecins exerceront obligatoirement pendant trois ans dans un secteur géographique souffrant d'un nombre insuffisant de praticiens**

L'article 4 dispose que tout médecin désireux d'exercer ses fonctions à titre libéral doit, à l'issue de sa formation, s'installer pour une durée minimale de trois ans dans une zone géographique dans laquelle le niveau de l'offre de soins de premier recours est particulièrement faible pour répondre aux besoins de la population.

Cette disposition, qui certes amoindrit, mais de façon limitée dans le temps, le caractère absolu du principe de la liberté d'installation des médecins, opère, au nom de l'intérêt général, une conciliation entre les principes fondamentaux de l'exercice traditionnel de la médecine libérale française et le principe constitutionnel selon lequel « *la Nation [...] garantit à tous, [...] la protection de la santé* ».

Cette mesure permet en premier lieu d'apporter, pendant les trois ans où l'obligation s'impose, une réponse concrète à la problématique des « déserts médicaux » et devrait favoriser, à l'issue de cette période, l'installation des médecins dans la zone sous dotée dans la mesure où on constate que la mobilité professionnelle postérieure à la première installation est faible.

#### **4. Un dispositif d'autorisation d'installation pour l'exercice de la profession de médecin est mis en place, sur la base de critères de démographie médicale, et étendu à d'autres professionnels de santé**

L'**article 5** vise, afin de remédier à l'hétérogénéité de l'offre de soins médicaux sur le territoire national, à mettre en place un dispositif d'autorisation, par le directeur général de l'agence régional de la santé, d'installation pour l'exercice de la profession de médecin sur la base de critères de démographie médicale.

Ce régime d'autorisation s'inspire du dispositif déjà existant permettant aux agences régionales de santé de piloter et de réguler le maillage des établissements de santé publics et privés.

En prévoyant le « déconventionnement » des médecins qui passeraient outre un refus d'autorisation du directeur général de l'agence régional de la santé d'installation dans une zone déjà surdotée, l'article 5 ne remet pas en cause le caractère libéral de la médecine puisqu'il sera toujours loisible au médecin concerné de s'installer dans ladite zone, sans toutefois voir sa patientèle solvabilisée par la sécurité sociale dans le cadre des conventions médicales.

Loin de remettre en cause l'exercice libéral de la médecine, cette mesure de régulation des installations se borne donc à ajuster l'effort financier de la collectivité aux besoins des Français.

Les **articles 6** (chirurgiens-dentistes), **7** (sages-femmes), **8** (infirmiers libéraux) et **9** (masseurs-kinésithérapeutes) étend à différents professionnels de santé le régime d'autorisation d'installation des cabinets de médecins

## TRAVAUX DE LA COMMISSION

### I.- DISCUSSION GÉNÉRALE

*La Commission des affaires sociales examine, sur le rapport de M. Philippe Vigier, la présente proposition de loi au cours de sa séance du mercredi 18 janvier 2012.*

*Après l'exposé du rapporteur, plusieurs commissaires sont intervenus dans la discussion générale.*

**M. Guy Lefrand.** Entre l'augmentation des maladies chroniques, le vieillissement de la population et l'évolution de la démographie médicale, les défis sanitaires que notre pays doit relever sont nombreux. La majorité est consciente depuis longtemps de la nécessité de réorganiser l'offre de soins ; elle sait qu'il existe, en matière sanitaire, des inégalités non seulement territoriales mais aussi financières, dont ne parle pas cette proposition de loi quelque peu réductrice. Le groupe UMP s'y opposera donc. Je suggérerai néanmoins quelques pistes.

En premier lieu, il me semble réducteur de limiter le problème à l'installation.

Deuxièmement, le texte ne vise que l'exercice libéral, dont se détournent aujourd'hui 90 % des étudiants. Il est à craindre que de nouvelles mesures coercitives ne fassent purement et simplement disparaître la médecine libérale.

Par ailleurs, la proposition de loi ne distingue pas entre médecine générale et médecine spécialisée. À cet égard, l'article 2 me paraît totalement irréaliste : comment, par exemple, faire venir un interne en neurochirurgie dans un territoire dépourvu d'hôpital ou de maison de santé ?

Vous ne dites pas non plus si votre texte ne s'adresse qu'aux futurs étudiants, ou aussi à ceux qui ont commencé leur cursus, lesquels sont attachés à ne pas voir changer les règles qui leur seront appliquées.

Les articles 5 et suivants, quant à eux, remettent en cause les dispositifs conventionnels déjà applicables aux infirmiers libéraux, ainsi que les négociations en cours avec les masseurs-kinésithérapeutes et les sages-femmes. Un consensus a été trouvé sur des méthodes de zonage assorties d'aides financières ; or ces aides disparaîtraient si votre texte était adopté.

Le risque majeur reste cependant, à nos yeux, celui d'une disparition complète de la médecine libérale. La Fédération hospitalière de France (FHF) s'est d'ailleurs exprimée en ce sens il y a quelques jours, en proposant d'intégrer les médecins dans les structures hospitalières. Le projet du parti socialiste propose lui aussi un maillage du territoire « hospitalo-centré », la médecine ambulatoire étant appelée à s'organiser comme elle le peut autour des hôpitaux.

Pour nous, ce n'est pas la bonne solution. La disparition de la médecine libérale, que vous proposez, aurait pour conséquence l'institution d'une médecine salariée, voire d'une fonctionnarisation de la médecine, avec un temps de travail divisé par deux. Si les maisons de santé ont du mal à recruter des praticiens libéraux, elles n'en ont aucun pour trouver des médecins salariés. Simplement ceux-ci souhaitent ne travailler que 35 heures par semaine, avoir sept semaines de congés payés et autres réductions du temps de travail... Restreindre l'accès à la médecine libérale, c'est *de facto* réduire le temps médical, déjà insuffisant. Ce serait de surcroît contradictoire avec les objectifs de la loi « HPST » qui pose que la médecine de premier recours doit être la médecine ambulatoire.

Nous pensons qu'il faut réfléchir à l'organisation globale de la santé, pas seulement des soins, en traitant par exemple aussi de médecine préventive.

Beaucoup a certes été fait par notre majorité, mais les résultats ne sont pas encore parfaitement nets. On rencontre toujours des difficultés juridiques et financières pour créer des maisons de santé. Celles-ci doivent être vraiment inter-professionnelles et intégrer la télémédecine, sur laquelle nous avons beaucoup légiféré mais qui peine à se mettre en place pour de multiples raisons, financières notamment. Nous avons de même beaucoup travaillé pour inciter à l'installation dans les zones défavorisées : reste maintenant à élaguer le maquis touffu des aides existantes, difficiles à mettre en œuvre, entre autres parce qu'on a du mal à s'y retrouver. Il faudrait enfin réfléchir à une mixité des rémunérations, qui est l'une des pistes pouvant permettre de résoudre, en partie, les problèmes de démographie médicale.

Il manque à cette proposition de loi un volet organisationnel très important, concernant notamment les relations entre la médecine ambulatoire et la médecine hospitalière mais aussi la répartition des tâches entre professions de santé, qu'il serait possible d'améliorer avec de nouveaux modes d'exercice collectif. Une meilleure organisation des soins pourrait permettre de doubler le temps médical disponible. Les pédiatres ne devraient pas avoir à passer la moitié du temps d'une consultation à déshabiller et rhabiller un bébé ! De même, le simple suivi de la tension artérielle devrait pouvoir être assuré par d'autres professionnels de santé.

Il faudrait aussi revoir la formation. Les conseils nationaux professionnels, mis en place par la loi « HPST » et fédérés au sein de la Fédération des spécialités médicales (FSM), doivent repenser la formation initiale. Il n'y a plus du tout de mixité sociale dans le recrutement des étudiants en médecine. Les programmes devraient être revus, notamment celui de première année, ainsi que le mode de sélection pour l'internat. Aujourd'hui, les médecins généralistes ne sont plus sélectionnés que par la frustration. Il faudrait encourager la validation des acquis et faire en sorte que la sélection se fonde sur la motivation, et non, par défaut, sur l'échec à un concours.

Nous préférions, pour notre part, qu'on libère les initiatives de terrain, foisonnantes mais trop souvent bridées, et qu'on écoute les propositions, nombreuses, de l'ensemble des professionnels de santé, médecins ou non. Beaucoup d'expérimentations de terrain ont été conduites, qui ne sont ni assez connues ni assez reconnues.

Nous préférons l'incitation à la coercition, la confiance à la stigmatisation, le développement de la pratique interprofessionnelle au communautarisme des professions de santé, la liberté à la bureaucratie, toujours sclérosante.

**M. Christian Paul.** Le groupe socialiste est heureux que cette proposition de loi soit examinée la semaine prochaine en séance publique. Cela donnera l'occasion, une fois de plus, de débattre de l'offre de soins, des déserts médicaux et de l'organisation de notre système de santé, qu'il convient de faire évoluer en profondeur – sur ce point, Guy Lefrand n'a pas tort.

Nous pourrions même applaudir des deux mains à ce texte qui prend, enfin, acte du drame des déserts médicaux dans certains territoires. Cela nous change des dénis entendus de la part des ministres successifs. M. Xavier Bertrand notamment nous a expliqué d'innombrables fois qu'il ne fallait surtout pas chercher à réguler, par quelque moyen que ce soit, l'installation des professionnels de santé, en particulier des médecins, et surtout des généralistes. Le problème, apparu il y a plus d'une dizaine d'années, s'est pourtant aggravé. Il concerne désormais aussi bien les villes que les campagnes, et maintenant plus des deux tiers du territoire national.

Cette proposition de loi porte un diagnostic implacable. Les pouvoirs publics ont été totalement impuissants ces dernières années. Aucun résultat n'a été obtenu, par manque de vision sans doute, mais surtout par manque de courage. Comme nous l'avons déjà dit lors de l'évaluation de l'application de la loi « HPST », cinq ans ont bel et bien été perdus dans la lutte contre les déserts médicaux.

Il est clair que les incitations ne suffisent pas et qu'une régulation est indispensable. Cette proposition de loi prolonge des propositions faites ici, sur divers bancs, depuis cinq ans.

Mais pourquoi ce texte maintenant ? En effet, vous avez eu au moins trois occasions de faire avancer la cause d'intérêt général que vous défendez aujourd'hui, et sur laquelle nous pourrions nous retrouver. Tout d'abord, la loi « HPST », présentée après les États généraux de l'offre de soins, organisés à grand spectacle. Ensuite, la proposition de loi du groupe socialiste sur le bouclier rural, dont certaines dispositions, pour n'être pas strictement identiques aux vôtres, n'en allaient pas moins dans le même sens. Enfin, la proposition de loi du sénateur Fourcade dont vous vous êtes plutôt saisis pour détricoter les quelques mesures de régulation que comportait la loi « HPST ». Je ne parle même pas des projets de loi de financement de la sécurité sociale, lors de l'examen desquels la question des

déserts médicaux est systématiquement évoquée depuis maintenant plusieurs années. Pourquoi nos collègues de l'UMP – et ils sont nombreux à avoir signé cette proposition de loi du groupe Nouveau Centre – ont-ils ainsi accepté que cinq ans soient perdus ? Pourquoi cet écran de fumée à quelques semaines de l'élection présidentielle ?

Deuxième question : pourquoi une approche aussi déséquilibrée ? Nous sommes partisans de modes de régulation. La liberté d'installation ne peut plus être un sujet tabou, et il est des impératifs d'intérêt général qui nous imposeront dans les années à venir, puisque vous ne l'avez pas fait, de trouver des moyens de réguler les installations. Mais cela ne peut dispenser, tout d'abord d'une concertation avec le corps médical – nous avons reçu hier ses représentants –, ensuite d'incitations ou de mesures plus générales ayant trait à l'environnement de l'exercice médical. Les maisons de santé sont une bonne initiative de ce point de vue, et nous les portons à bout de bras dans nos territoires. Nous apprécierions d'ailleurs que le Gouvernement cesse de les revendiquer : elles sont portées par les professionnels d'abord, par les élus locaux ensuite, l'État n'intervenant que parfois comme co-financier. Leur création avait commencé bien avant la loi « HPST », dès lors qu'il y avait une volonté locale. En revanche, sans volonté locale, il n'y a personne pour prendre le relais au niveau national.

Qu'il faille de la régulation ne dispense pas d'améliorer l'attractivité des conditions d'exercice de la médecine générale : cela passe par de nouveaux modes de rémunération dans les zones déficitaires, une bonne organisation de la permanence des soins – on en est loin ! – ainsi que des urgences – on en est encore plus loin ! Certaines agences régionales de santé regroupent aujourd'hui des SAMU à l'échelle régionale, ce qui fait perdre en proximité dans l'organisation à la fois des secours et du parcours de soins des patients.

Les motifs d'inquiétude en matière de santé sont nombreux dans nos territoires et, pour une large part, dissuadent les jeunes médecins de s'installer. Ceux-ci ne veulent pas être complices ou victimes de ce manque d'organisation.

La mission d'information sur l'offre de soins sur l'ensemble du territoire, dont notre collègue Marc Bernier était le rapporteur, avait formulé plusieurs propositions intéressantes, que notre commission avait d'ailleurs adoptées à l'unanimité, mais qui n'ont, hélas, jamais eu le moindre début de traduction. Nous avons pourtant traité de la réforme des études médicales, des politiques de stage...

Plus globalement, il faut revoir les modes d'organisation et de rémunération de l'exercice médical. On ne peut pas traiter de l'offre de soins sous l'angle exclusif de l'installation – cela explique le déséquilibre de cette proposition de loi. Il faut certes réguler les installations, mais il est besoin d'une *deal* global avec les professions de santé. Cette ultime tentative, à quelques mois des échéances électorales, n'est pas de nature à régler sérieusement le problème.

S'agissant de la liberté d'installation, nous sommes en désaccord total avec les amendements proposés par Guy Lefrand et Jean-Pierre Door, visant à supprimer tous les articles de cette proposition de loi. Leur défense de l'exercice libéral de la médecine, pour le coup très maladroite puisqu'elle risquerait de le faire purement et simplement disparaître, repose sur une analyse archaïque de ce qu'est aujourd'hui la médecine, générale en particulier. Des réformes courageuses seront indispensables.

Au total, si nous saluons le travail du rapporteur, cela ne signifie pas que nous puissions, en l'état, le suivre véritablement.

**Mme Jacqueline Fraysse.** Le sujet est tout à fait d'actualité. Je ne ferai donc pas de reproches aux signataires de cette proposition de loi. Qui pourrait nier que l'exercice médical a besoin d'être réorganisé dans notre pays ?

L'exercice de la médecine a profondément changé. Vous ne mesurez pas à quel point l'exercice libéral tel qu'il avait été organisé il y a des décennies ne correspond plus aux réalités actuelles. Le médecin n'est plus aujourd'hui un professionnel qui travaille seul, avec son stéthoscope, son tensiomètre et son ordonnancier, appelé de jour comme de nuit.

Par ailleurs, il est faux de dire que les jeunes médecins ne chercheraient qu'à travailler moins ; ils sont passionnés par leur travail. Au reste, les médecins salariés, notamment à l'hôpital, travaillent énormément, bien plus de 35 heures par semaine.

Ce que veulent aujourd'hui les médecins, c'est exercer la médecine dans un lieu collectif, parce qu'il n'est plus possible de l'exercer autrement : il leur faut des plateaux techniques, des possibilités d'examen complémentaires....

Attachés de manière dogmatique à la médecine libérale « de papa », vous n'avez pas su prendre à temps les dispositions qui auraient permis de surmonter ces difficultés. Pourquoi vous arc-bouter ainsi sur des dogmes dépassés qui, au final, pénalisent la médecine libérale elle-même, puisqu'on ne trouve plus assez de candidats à l'installation ?

Enfin, pourquoi présentez-vous ce texte maintenant, à quelques semaines de la fin de la législature, à quelques mois de l'élection présidentielle, alors que vous n'avez rien fait jusque là pour enrayer la constitution de déserts médicaux ? Pis encore, vous l'avez organisée : la fermeture dans beaucoup de régions des bureaux de poste, des écoles, des transports et, d'une manière générale, des services publics avec le principe du non-renouvellement d'un fonctionnaire sur deux, contribue aussi à la désertification médicale. La désindustrialisation n'y est pas étrangère non plus.

Pour ce qui est plus spécifiquement de la santé, que dire de la fermeture de nombreux hôpitaux de proximité et de maternités, de l'augmentation au comptegouttes du *numerus clausus*, de l'insuffisance des moyens de formation ? Combien

de fois n'avons-nous pas déploré que les postes d'enseignant de la spécialité médecine générale ne soient pas pourvus ? Faut-il rappeler aussi que c'est M. Mattei – que je sache de votre bord politique – qui a supprimé l'obligation pour les médecins libéraux de participer à la permanence des soins ? Et ici, récemment encore, lorsque nous avons traité des maisons de santé financées sur fonds publics, vous avez refusé qu'on y limite les dépassements d'honoraires.

**M. Jean-Luc Prél.** Nous n'avons pas tous eu cette position !

**Mme Jacqueline Fraysse.** Je vous en donne acte.

De même, vous fermez les centres de santé, qui ont pourtant fait leurs preuves. Reprochez-vous aux médecins de souhaiter travailler comme des salariés ordinaires, avec des droits et des devoirs, des jours de congés planifiés ? Lors de l'examen de la proposition de loi « Fourcade », vous avez refusé que les praticiens libéraux soient obligés, afin de pouvoir organiser au mieux leurs remplacements, de faire connaître leurs dates de vacances au conseil de l'ordre ; vous avez considéré qu'il était « déshonorant » de leur imposer cette obligation. Les quelques mesures de la loi « HPST » qui auraient pu aller dans le bon sens n'ont jamais été appliquées. Vous avez ainsi, toujours à l'occasion de l'examen de la proposition de loi Fourcade, remis en question le principe des pénalités applicables aux médecins refusant d'aller exercer quelques jours par mois en zones sous-dotées.

Vous dites qu'il faut agir. Mais en réalité, non seulement vous n'avez rien fait mais, de plus, vous avez aggravé la situation. Le rapporteur le découvre aujourd'hui ; nous nous en félicitons. Toutefois, la ficelle est un peu grosse.

J'en viens au contenu de la proposition de loi.

Vous ne dites rien sur les moyens nécessaires pour la formation en nombre suffisant des futurs médecins.

Vous envisagez un stage obligatoire de douze mois en maison de santé ou en hôpital dans une zone sous-dotée pour tous les étudiants en médecine. Mais c'est précisément dans ces zones qu'on manque de maisons de santé pluridisciplinaires et qu'il n'y a pas – ou plus – d'hôpitaux. Cette obligation est donc totalement irréaliste. Par ailleurs, les six mois supplémentaires de stage que vous voudriez instaurer allongeraient-ils d'autant le cursus médical, déjà long, ou y seraient-ils inclus ?

Vous évoquez l'instauration d'un internat régional. Pourquoi pas ? Mais quelle concertation préalable a eu lieu ? La faisabilité de la mesure, ainsi que ses conséquences, ont-elles été étudiées ? Rien n'a été évalué.

S'agissant des mesures coercitives, que vous avez, soit dit au passage, toujours pris soin d'éviter, on se demande bien comment pourra être concrètement appliquée l'obligation faite à tous les jeunes médecins d'exercer trois ans en zone

sous-dotée, alors que déjà la moitié des étudiants ne souhaitent pas s'installer en libéral. Cela ne fera que les dissuader un peu plus de choisir ce mode d'exercice. Par ailleurs, cette obligation ne s'appliquera-t-elle qu'aux généralistes ou également aux spécialistes ? *Quid* de l'égalité de traitement entre spécialités ? Celle de médecine générale, déjà en difficulté et qui peine à recruter, ne pourrait que s'en trouver encore désavantagée.

Nous l'avons déjà dit cent fois, il faudrait préciser les critères de définition des zones sous-dotées. Il ne suffit pas de rapporter un nombre de praticiens à la population. Il faut tenir compte de l'âge de celle-ci, de sa situation sociale et sanitaire, de la pyramide des âges des médecins en exercice. Doivent également entrer en ligne de compte les tarifs pratiqués, la proximité des hôpitaux, des plateaux techniques, des laboratoires... Chacun sait en outre qu'il existe de grandes disparités au sein d'une même région.

Enfin, cerise sur le gâteau, vous proposez de confier aux directeurs généraux des agences régionales de santé la gestion de toutes ces questions. Ce devrait certes être l'une de leurs tâches, mais, comme je le constate dans ma circonscription et mon département et comme cela se passe, hélas, dans le pays tout entier, les agences s'occupent d'abord aujourd'hui de fermer des lits, des services et des établissements, ou, comme elles le disent pudiquement, de les « regrouper » au prétexte d'une plus grande efficacité.

Je vous le dis, monsieur le rapporteur, avec toute la passion qui m'anime lorsqu'il s'agit des réponses qu'un grand pays comme la France devrait apporter aux besoins de santé de ses habitants, cette proposition de loi de dernière minute est une mauvaise plaisanterie. Inapplicable, ce n'est qu'un texte d'affichage électoraliste, qui joue cyniquement avec la détresse des populations qui n'ont plus, du fait des politiques suivies depuis des années, les moyens de se soigner.

Mon groupe n'a pas encore pris définitivement position sur ce texte. Nous pourrions à la limite le voter en disant « Chiche, appliquez-le ! », mais je ne suis pas certaine que ce sera la ligne retenue.

**Mme Bérengère Poletti.** Le problème de la démographie médicale est grave et complexe à la fois. Dans mon département des Ardennes, il est déjà très difficile à certains moments de trouver un généraliste, et cette difficulté va croissant. Trois sites chirurgicaux vont, avec les départs en retraite prévisibles, perdre dans les trois à cinq prochaines années, près de la moitié de leurs chirurgiens. Lorsqu'on ne trouve plus de personnels pour remplacer les praticiens, il n'est d'autre solution, madame Fraysse, que le regroupement. Sinon, il n'y aurait tout simplement plus d'établissements à brève échéance. Ces regroupements participent aussi de l'attractivité qu'on cherche à restaurer.

Dès mon élection en 2002, je me suis émue de la désertification médicale. Pas grand-chose n'avait été fait entre 1997 et 2002 : le *numerus clausus* n'avait pas été augmenté et aucune décision n'avait été prise. Dans les dix années

suivantes, on a légiféré sur les maisons médicales et les formations médicales, et considérablement relevé le *numerus clausus* ; cela n'a pas été suffisant, je vous l'accorde. Et dans un département comme le mien, pas grand-chose n'a changé. On y constate toujours un réel déficit d'attractivité, qui ne concerne d'ailleurs pas seulement les médecins, mais toutes les professions : on a du mal à recruter des fonctionnaires – des postes restent vacants à la préfecture –, et les entreprises peinent, elles aussi, à embaucher – qu'il s'agisse d'ingénieurs ou de personnels qualifiés.

La profession de médecin et son exercice ont changé. Nous n'avons plus affaire à des médecins hommes qui viennent avec leur femme tenir un cabinet médical, mais à des couples, dont l'un des membres est médecin et l'autre exerce une autre profession.

J'ai cosigné cette proposition car je ne voyais pas comment, élue d'un département qui est un désert médical, j'aurais pu ne pas le faire et refuser que nous en débattions une nouvelle fois.

Pour le reste, nos collègues socialistes, comme Christian Paul, sont amnésiques. Ce n'est pas à l'occasion de la loi « HPST » qu'on a commencé d'aborder le sujet. Dès le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, Mme Roselyne Bachelot avait souhaité que les médecins s'installant en zone surdotée ne soient plus conventionnés – comme le propose aujourd'hui Philippe Vigier. Et, à l'époque, ce sont les socialistes qui ont soutenu les internes et les médecins qui manifestaient contre la mesure ! Quelle audace de nous reprocher aujourd'hui d'avoir manqué de courage politique ! C'est là un sujet sur lequel gauche et droite devraient s'entendre. Vous avez, hélas, privilégié des intérêts politiques au lieu de soutenir la ministre sur une mesure qui s'imposait. Assez de laisser les médecins s'installer dans les zones surdotées, où on « surprescrit » et où on « surdépense » les moyens de la sécurité sociale, quand dans le même temps d'autres territoires manquent cruellement de médecins ! Assez de démagogie ! Ayez l'honnêteté de vous souvenir du courage de Mme Roselyne Bachelot, que ni les professionnels ni les politiques n'ont soutenue en 2008.

**M. Jacques Domergue.** Je n'apparais pas comme signataire de cette proposition de loi sur la version papier du texte, mais cet oubli a, semble-t-il, été réparé sur la version en ligne.

Lorsque la loi « HPST » a créé les agences régionales de santé, l'objectif était qu'une structure unique gère l'hospitalisation et la médecine ambulatoire. Or, aujourd'hui, les agences gèrent l'hospitalisation, comme le faisaient les anciennes agences régionales de l'hospitalisation (ARH), mais, bien qu'elles s'en défendent, ne sont pas assez impliquées dans la médecine de ville.

Sans doute cette proposition de loi est-elle perfectible, mais au moins va-t-elle dans le sens d'une médecine organisée. Et, sur ce point, il y a urgence. À force

d'avoir différé les décisions, plus aucune région n'est épargnée. Même dans une région surdotée comme la mienne ou bien encore en Provence-Alpes-Côte d'Azur, on rencontre des difficultés dans les cantons de l'arrière-pays. Seule sans doute Paris ne connaît pas de problème.

Il est donc important de prendre des décisions, indépendamment du calendrier électoral.

La présente proposition de loi s'inscrit dans le droit-fil de ce qui avait été appelé le conventionnement sélectif. L'une des manières de réguler la médecine ambulatoire est de considérer que c'est à l'organisme payeur de décider où on a besoin de professionnels de santé et de les conventionner ou non selon le lieu où ils s'installent. Ce faisant, on ne touche pas à la liberté d'installation, à laquelle les médecins sont tout autant attachés que les patients à la liberté de choix de leur praticien. Mais on ne peut pas, au nom de cette liberté, permettre n'importe quoi ! Le conventionnement sélectif a été tué dans l'œuf par les syndicats médicaux, qui auraient perdu les prérogatives que leur confère aujourd'hui le dispositif du conventionnement collectif.

Aujourd'hui, sur dix étudiants sortant de la faculté de médecine, cinq s'orientent vers le salariat et cinq exercent en libéral mais sur ces cinq, seul un s'installe, les quatre autres effectuant des remplacements. Ils ne les font, hélas, pas là où les agences régionales de santé devraient les affecter, en fonction des besoins de santé, mais le plus souvent dans les centres-villes ou les gros bourgs, parce que l'exercice de la médecine libérale est totalement libre. Ce n'est plus tolérable.

Le texte proposé va dans le bon sens. Il convient de prendre aujourd'hui pour les médecins, qui ne sont pas des professionnels de santé au-dessus des autres, des mesures semblables à celles qui l'ont été ou sont en train de l'être pour les infirmières, les kinésithérapeutes. Mais s'ils demeurent rémunérés uniquement à l'acte et non sur la base de leur capacité de synthèse, aujourd'hui sous-utilisée par le système de santé bien qu'elle fasse leur spécificité, on court à l'échec.

**M. le rapporteur.** Je remercie chacun des intervenants de s'être exprimé avec passion et engagement.

Je le dis à Guy Lefrand, cette proposition de loi n'a pas été rédigée à la va-vite, sur un coin de table. J'y ai beaucoup travaillé. Professionnel de santé depuis trente ans, j'ai beaucoup lutté dans mon territoire contre la désertification médicale et ai même contribué à le redensifier dans ma spécialité, la biologie médicale. Notre collègue Nicolas Perruchot, député du Loir-et-Cher, pourra en témoigner : depuis 2004, date à laquelle compétence a été donnée aux régions en matière de formation, je n'ai cessé, puisque je suis également conseiller régional, de déplorer que celles-ci n'assument pas leurs responsabilités en matière de formation aux métiers paramédicaux et n'aient pas augmenté l'offre comme il l'aurait fallu. Je redisais hier encore au président de la région Centre que ce problème de désertification médicale était l'affaire de tous.

À ceux qui croient que ce texte n'a été précédé d'aucune concertation, ni avec les syndicats, ni avec les instances ordinales ni avec les praticiens eux-mêmes, j'indique que j'ai consulté pendant toute une année, y compris les syndicats d'internes. Ayant moi-même une fille qui fait l'internat de médecine, cela n'a d'ailleurs pas toujours été simple !

Face à la situation actuelle, nous ne pouvons pas rester inactifs, d'autant qu'en effet, gauche et droite devraient pouvoir se retrouver sur ce sujet.

Permettez-moi un bref retour en arrière. En 1990, la gauche a divisé par deux le *numerus clausus*, pensant qu'en diminuant le nombre de prescripteurs, on diminuerait les dépenses de santé. Puis en 2000, elle a réformé l'internat en allongeant de deux ans la formation des généralistes – y compris pour les étudiants qui étaient déjà engagés dans le cursus ! Existe-t-il une seule autre profession où les intéressés ne s'installent en moyenne qu'à 39 ans, soit dix ans environ après avoir terminé leurs études ? Et si seuls 9 % s'installent aujourd'hui en libéral, contre 40 % il y a seulement quinze ans, c'est bien qu'il y a un malaise. Les jeunes généralistes recherchent une forme de sédentarisation au travers des remplacements qu'ils effectuent dans plusieurs cabinets.

Je regrette que Guy Lefrand refuse même de voir les points sur lesquels nous pourrions avancer ensemble. Ma proposition de loi n'est pas née de rien. Elle vient après la loi « HPST », après la proposition de loi « Fourcade ». Elle s'explique aussi parce que je suis l'élu d'un département de la région Centre qui partage, avec la Picardie, le triste privilège d'être la « championne » des déserts médicaux.

La gauche, dont j'ai rappelé les hauts faits lorsqu'elle a été au pouvoir, reproche à la droite de n'avoir rien fait depuis lors. C'est faux, même si ce qui a été fait est insuffisant, surtout au vu des perspectives. J'ajoute que, dans certains départements, on est arrivé au bout du bout après que tout a été tenté – dans le mien, le conseil général, dont ce n'est pourtant pas l'une des compétences, a ouvert des bourses, proposé des logements aux étudiants, institué des primes kilométriques incitatives. Il est de mon devoir, sans noircir le tableau, d'alerter sur la situation.

Monsieur Paul, reconnaissez au moins le mérite à M. Xavier Bertrand d'avoir relevé le *numerus clausus*, alors que vos amis l'avaient fait s'effondrer. La proposition de loi « Fourcade » comportait aussi une intéressante proposition avec les sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (SISA), nouvelle structure destinée à faciliter le déploiement des maisons de santé pluriprofessionnelles.

Il ne m'amuse pas, madame Fraysse, que vous traitiez ce texte de « mauvaise plaisanterie ». Votre liberté de ton est déplacée sur un sujet aussi grave.

Nous n'opposons pas médecine publique et médecine privée. Nous souhaitons que les deux puissent travailler ensemble, car on a besoin des deux.

Nous ne souhaitons pas non plus, comme un maire de la Sarthe qui vient d'embaucher dans sa commune deux médecins généralistes, aller vers une fonctionnarisation de la médecine. Nous voulons que des médecins continuent de s'installer en libéral.

Vous vous demandez comment les mesures proposées pourront être mises en œuvre concrètement. Sachez que nous avons très précisément regardé, dans la région Centre par exemple, avec la commission médicale de l'offre de soins, en lien avec le conseil de l'ordre et la faculté de médecine de Tours, comment cela serait possible.

Je propose que tout interne, de médecine générale ou de spécialité, fasse un stage de douze mois – contre six aujourd'hui – dans une maison de santé ou un hôpital d'un territoire en déficit d'offre de soins. Ces six mois supplémentaires s'intégreront dans le cursus actuel : ils n'en rallongeront pas la durée.

Puis-je rappeler que l'internat régional, qui avait été un succès, avait failli être rétabli, à une voix près dans l'hémicycle ? Comme le confirme un récent sondage, 70 % des Français habitent dans la région dans laquelle ils sont nés et ont grandi, car ils y ont des attaches. Je crois à la fidélisation à un territoire au cours de la formation. À Châteaudun, sur nos quatorze généralistes actuels, neuf avaient été, du temps où existait encore l'externat en médecine, externes durant deux semestres dans notre petit hôpital. C'est alors que leur a été donnée l'envie de s'installer sur ce territoire et d'y exercer la médecine libérale.

Je remercie Bérengère Poletti de son soutien et de son engagement sans faille.

Jacques Domergue a raison d'évoquer le problème des disparités infra-régionales. À Nice ou à Biarritz, on est en zone surdotée. Mais à 27 kilomètres de Biarritz et à 16 kilomètres seulement de Nice, on est en zone sous-dotée. C'est bien pourquoi l'ensemble du territoire national est concerné. Les mesures de régulation que je propose sont vraiment minimales. Ainsi, en région Centre, il sera possible de s'installer partout, sauf à Tours, de même partout en Auvergne, sauf à Clermont-Ferrand, ou bien encore partout dans les Pays de Loire, sauf à Nantes, Angers, et dans une frange de quinze kilomètres le long de la côte atlantique, et en Limousin, ce sera possible absolument partout. J'invite donc à la mesure ceux qui prétendent que nous mettons à bas la liberté d'installation. Les restrictions posées sont minimales, tout en permettant de garantir aux patients un meilleur accès aux soins.

**Mme Véronique Besse.** J'ai cosigné cette proposition de loi, dont je salue la pertinence. Le sujet nous concerne tous.

Vous avez cité, monsieur le rapporteur, une commune de la Sarthe : il s'agit de La Ferté-Bernard qui a créé, il y a quelques mois, un centre communal de santé et embauché deux médecins – ils seront bientôt trois. Pour avoir rencontré le maire de la ville, j'avoue que la démarche m'a séduite, d'autant que les médecins

de ce centre travaillent en parfaite coopération avec les sept médecins libéraux de la ville. De telles initiatives, qui constituent une solution pour résoudre le problème de la démographie médicale, devraient être encouragées, d'autant que si la commune a réalisé d'importants investissements, au bout d'un an, elle va rentrer dans ses frais. Dès lors que des médecins souhaitent être salariés, pourquoi négliger cette piste ? Sans doute aurait-il même fallu l'explorer dans cette proposition de loi.

**M. Fernand Siré.** Pour avoir été pendant quarante ans médecin généraliste et responsable de l'organisation des gardes, je n'ignore pas que le problème est immense. Mais je sais aussi qu'on ne pourra jamais faire de médecine sans médecins, ni réformer son exercice contre eux. Que les médecins ne souhaitent plus s'installer en libéral, travailler à l'hôpital ni aux urgences, où on est obligé de faire appel à des médecins étrangers, qu'on ne trouve plus de médecins du travail, est bien le signe d'un problème. Lorsque je faisais mes études, les étudiants avaient une véritable vocation pour la médecine. Aujourd'hui, beaucoup de ceux qui réussissent le concours d'entrée dans la filière, avec *numerus clausus*, font médecine sans savoir ce qu'ils font ni ce qu'ils ont vraiment envie de faire. L'addition de textes comme celui-ci n'y pourra rien changer. Lorsque j'ai arrêté d'exercer, je n'ai pas trouvé de remplaçant, dans une zone pourtant surdotée, et ce alors même que je faisais cadeau de la clientèle. Tous les repreneurs éventuels trouvaient que je travaillais trop...

Le problème de la médecine générale est très complexe. Ce texte, important, déposé en extrême fin de législature, vient trop tard. De plus, il n'a pas fait l'objet d'une concertation suffisante avec l'ensemble de la profession et ses instances. Non seulement il ne réglera rien, mais, de plus, il mécontentera encore davantage les médecins, qui s'installeront encore moins. Je connais déjà beaucoup de médecins femmes qui ont préféré devenir enseignantes en collège ! Comment ferez-vous pour obliger à exercer les 50 % de médecins qui ne le souhaitent pas ? Quoi que l'on fasse, il ne pourra y avoir de médecine sans médecins.

**M. Jean-Marie Le Guen.** Ne reprochons pas leur démarche aux auteurs de cette proposition de loi. Elle a l'intérêt de remettre sur la table le problème majeur de l'accès aux soins, lequel, contrairement à ce qu'on prétend au Gouvernement et au plus haut niveau de l'État, n'est en rien réglé, notamment dans sa dimension territoriale. La passion, l'emballement même autour de cette proposition de loi témoigne bien que le problème demeure entier.

Dès la réforme « Douste-Blazy » de 2004, les plus visionnaires d'entre nous avaient commencé de comprendre que les difficultés n'avaient pas trait seulement à l'assurance maladie, mais à l'organisation même de notre système de soins et que celle-ci ne pourrait plus continuer. Bien que le diagnostic ait été posé sur tous les bancs et que le problème ait été identifié depuis longtemps, il n'a pas été traité. Et il n'existe toujours pas aujourd'hui de réponse juridique, politique, financière à la hauteur des défis. Les problèmes, déjà importants, d'accès aux soins vont inévitablement s'aggraver car les réformes, quelles qu'elles soient, ne

pourront pas porter leurs fruits en quelques mois. Ce n'est pas une loi qui pourra d'emblée changer une telle réalité sur le terrain ni modifier l'attitude psychologique des professionnels de santé ! Je remercie donc notre collègue Vigier d'avoir soulevé le problème et, d'ailleurs, d'avoir ainsi apporté de l'eau au moulin de ceux qui estiment que notre système de santé n'a pas progressé depuis cinq ans.

J'entends aussi ce que dit notre collègue Lefrand, dont je partage les critiques. La vision globale qu'il appelle de ses vœux et sur laquelle on pourrait largement converger, n'est autre que ce qui devrait être fait et ne l'a pas encore été.

Les solutions que propose notre collègue Vigier sont très largement insuffisantes. Le problème n'est pas seulement celui de la répartition des médecins sur le territoire. Une mutation profonde de l'organisation des soins doit s'engager, non seulement en raison de la démographie médicale mais aussi du fait qu'on ne soigne plus aujourd'hui de la même façon les mêmes personnes des mêmes maladies qu'il y a dix, vingt ou trente ans. S'il est vrai que l'organisation de la médecine libérale d'antan n'est plus adaptée, je ne pense pas qu'il faille pour autant renoncer à certains principes essentiels de la médecine libérale. Il faut plutôt laisser une pluralité de modes d'exercice se mettre en place. Mais rien ne sert de coller des rustines, de forcer un système dépassé à s'adapter à une réalité qui a changé.

Avant d'entreprendre toute réforme, il faut une vision globale. En matière de formation, par exemple, c'est une loi globale, concernant d'ailleurs l'ensemble des professions de santé, qui serait nécessaire. Il faut des médecins formés à la médecine de premier recours – nul ne le conteste. Pour autant, il ne faut pas infléchir toute la formation au risque d'empêcher que des étudiants puissent suivre d'autres filières répondant aux besoins de la recherche par exemple, de l'excellence scientifique – qui ne se résume pas à l'excellence médicale. Le cursus devra être organisé de sorte qu'à un moment, certains puissent devenir des spécialistes hyper-pointus, travaillant aux confins de la recherche, et d'autres pratiquer la médecine de premier recours, sans que l'on porte aucun jugement de valeur sur ces deux types de parcours.

À ne traiter les problèmes que sous le seul angle de l'installation, votre proposition de loi est profondément déséquilibrée et serait profondément déséquilibrante. C'est pourquoi nous ne pouvons vous suivre. Mais la future majorité en juin prochain, quelle qu'elle soit, devra s'attaquer à une réforme en profondeur de l'organisation de notre système de soins – formation, action des agences régionales de santé, modalités d'exercice, coopérations entre professionnels de santé...–, seule à même d'apporter une réponse aux problèmes que vous avez identifiés.

**M. Jean Bardet.** Bien que je partage, comme nous tous, les préoccupations du rapporteur, je ne crois pas, pour notre médecine libérale – ou ce qu’il en reste –, à la méthode administrative et coercitive.

La proposition de loi ignore les motivations des jeunes médecins qui cherchent à s’installer, et qui veulent exercer dans des conditions favorables, en partageant moyens et matériel avec des confrères, parfois d’autres disciplines. Si, à sept kilomètres de Nice, ville surmédicalisée, on ne trouve pas de médecins, il faut améliorer le transport des patients invalides au lieu d’inciter des praticiens à s’installer sur place. Pensons en outre à la situation conjugale des praticiens : un médecin de vingt-neuf, trente ou trente-cinq ans qui devra travailler trois ans dans une zone défavorisée va-t-il assumer seul l’éducation de ses enfants ou les laisser à l’entière charge de son conjoint ? Certes, on peut faire le pari qu’au terme de la période obligatoire, il s’installera définitivement sur place, mais c’est peut-être l’inverse qui se produira, auquel cas les patients devront s’habituer tous les trois ans à un nouveau médecin.

Par ailleurs, le texte prévoit-il que les étudiants pourront se présenter à plusieurs internats régionaux ?

**M. le rapporteur.** C’est l’objet d’un amendement.

**M. Jean Bardet.** De mon temps, on pouvait se présenter en même temps à l’internat des grandes villes, dont la faculté était plus ou moins importante, des centres hospitaliers régionaux ou des hôpitaux privés, ce qui créait une hiérarchie entre les internes. Je crains que l’égalité du diplôme affirmée par le texte ne soit illusoire. Dès lors que les étudiants moins brillants ou moins chanceux s’installeront dans les zones où le *numerus clausus* sera moins restrictif, comment garantir qu’ils auront le même bagage que les autres ?

**M. Bernard Perrut.** Je ne peux que partager l’objectif du rapporteur. Je sais combien il est difficile d’accéder aux soins sur certains territoires. Ce n’est pas un hasard si nous nous battons tous pour mettre en place, ici, une maison médicale pour les urgences, là, une maison de santé. Pourtant, je n’adhère pas aux solutions proposées, étant plus favorable une réorganisation globale du système de santé, en vue d’assurer le maillage de notre territoire, qu’à la coercition.

Les communautés hospitalières de territoire, dont la mise en place n’est pas obligatoire, ont fait leurs preuves. En acceptant de se déplacer dans de petits hôpitaux ruraux pour y assurer la permanence de soins, les chirurgiens hospitaliers ont pu éviter la création de certains déserts médicaux. C’est ce qui me rend plus confiant dans les vertus de l’incitation. Les communautés hospitalières de territoire doivent nous servir de référence pour organiser le système de santé.

Par le passé, l’assurance maladie a négocié avec les infirmières pour qu’elles s’installent en plus grand nombre dans les zones rurales. Pourquoi ne pas agir ainsi avec les médecins, en leur proposant des aides ou des dispositifs

d'appui ? Évitions les méthodes trop rigides, qui ne permettent pas toujours d'obtenir le consensus.

**M. Yves Bur.** Le problème de l'accès aux soins est aussi bien territorial que pécuniaire. Il s'agit non seulement d'offrir sur tout le territoire une offre appropriée aux besoins de santé, mais de résoudre le problème des limites financières, à l'heure où les dépassements d'honoraires versés aux médecins s'élèvent à 2,5 milliards d'euros. Le sujet inquiète autant les habitants des territoires que leurs élus et les professionnels de la santé. De nombreux médecins voient avec angoisse leurs confrères partir en retraite, sachant qu'ils hériteront de leur charge de travail. Nous tâtonnons depuis dix ans, à la recherche d'une martingale que ni la gauche ni la droite n'ont su trouver.

Nous postulons peut-être à tort que les médecins répugneront à la coercition. En matière d'installation, les conventions infirmières ont adopté un dispositif d'orientation, qui, sans être trop contraignant, a permis d'éviter le sous-effectif sur certains territoires. Les kinésithérapeutes ont fait de même. Pourquoi les médecins échapperaient-ils à la réforme ? Certes, on peut avancer sans certains syndicats de médecins, extrêmement conservateurs, qui n'avaient accepté par exemple qu'à reculons le complément de rémunération à la performance, qu'ont adopté pourtant 90 % des médecins. Mais chacun reconnaît aujourd'hui que la situation ne peut perdurer.

L'incitation ne suffira sans doute pas. En matière d'installation, il faut mettre en place des règles d'encadrement ou de fléchage, complétées par des incitations financières. Il convient aussi de s'adapter aux exigences des territoires et aux aspirations des nouveaux professionnels de santé, qui ne veulent plus exercer de manière isolée. Sur un tel sujet, une proposition de loi détachée de tout contexte est peu crédible. Quoi qu'il en soit, le problème mérite d'être posé. La longueur de nos échanges et notre implication dans le débat montrent qu'il est éminemment politique. Il s'agit, non de contenter tel ou tel syndicat, mais de prendre en compte les attentes de la population, qui ne correspondent pas toujours aux solutions que nous lui proposons.

**M. Dominique Dord.** La proposition de loi, dont je suis cosignataire, pose une vraie question, qui touche presque tous les territoires. Comment Jacqueline Fraysse ose-t-elle parler d'un texte de circonstance ? Député depuis 1997, j'ai soutenu tous les projets portant sur ce thème. Le texte me semble d'autant moins électoraliste que ses propositions sont loin d'être consensuelles.

Enfin, on ne peut prétendre que rien n'a été fait sur le sujet, surtout par la majorité actuelle. Certes, le sujet n'est pas clos. Il ne le serait pas davantage si nous adoptions la proposition de loi. Cela prouve seulement que le débat, aussi utile que légitime, ne mérite pas les caricatures que nous venons d'entendre.

Le texte présente des faiblesses, comme l'ont souligné Jacques Domergue et Bernard Perrut. Je préférerais un équilibre différent, mais ne pas agir n'est pas

non plus une solution. En définitive, je me sens presque dans la même position que pour la proposition de loi sur le financement des comités d'entreprise. Dans les deux cas, nous sommes invités à légiférer sur un domaine qui relève plutôt de la négociation conventionnelle. À mon sens, celle-ci doit demeurer ouverte, malgré le risque qu'elle privilégie conservatisme et corporatisme. Le problème est crucial. Il n'est pas sûr qu'il doive être réglé par ce texte, mais il est certain que celui-ci n'a rien de conjoncturel.

**M. Pierre Morange, président.** Je donne acte au rapporteur que ses préoccupations sont anciennes et que ses propositions ne font sans doute pas l'unanimité dans la communauté médicale. Il n'y a donc pas lieu de l'accuser d'opportunisme.

**M. Vincent Descoeur.** Le rapporteur a pris l'initiative légitime de poser le problème récurrent de la démographie médicale, ce qui mérite le respect. Son texte incite à réfléchir au bon dosage entre incitation et coercition. Reste que le calendrier n'est pas le bon. Pour mener à bien une réforme d'une telle ampleur, on ne peut se dispenser d'une concertation avec les médecins et les étudiants.

Le problème concerne l'ensemble du territoire. Je ne pense pas qu'il faille contraindre un médecin à s'installer dans une zone peu dense, mais je ne trouve pas choquant d'interdire ou de ne pas encourager l'installation dans une zone fortement médicalisée. À défaut, on ne trouvera pas de solution.

Il est bon que la Commission s'empare régulièrement, sur la base de propositions de loi, d'un problème qui débouche sur celui de la formation, de l'exercice collectif de la médecine ou de la garde en nuit profonde. Nous devons le traiter, car l'angoisse des patients, des élus et des médecins continue de monter. Ceux qui répugnent autant que moi à la coercition attendent une réforme en profondeur, mais le chantier est peu avancé.

**Mme Edwige Antier.** Le texte pose une vaste question. Si les médecins souhaitent aujourd'hui exercer dans un cabinet de groupe disposant d'un plateau technique, ce sont les maisons médicales qu'il faut encourager, mais les obliger à s'installer dans une zone non médicalisée conduirait à l'abandon total de la médecine libérale. Dans les spécialités humaines maltraitées par la nomenclature médicale, comme la pédiatrie ou la psychiatrie, les jeunes préfèrent tous être fonctionnaires, et l'on ne trouve déjà plus de praticiens, ce qui expose les patients à l'attente et à la difficulté d'obtenir un rendez-vous ou de joindre la bonne personne.

Le paiement à l'acte crée un dialogue personnalisé entre le médecin et le malade. Si l'on veut supprimer la médecine libérale, il faut l'annoncer aux patients et l'inscrire dans une grande réforme de la santé publique. La décision n'a pas sa place dans une proposition de loi. Pour traiter un tel sujet de société, il faut prendre en compte, outre l'avis des professionnels, qui veulent un bon plateau technique, celui des patients, qui souhaitent des médecins accessibles et une

médecine personnalisée. Tel est le défi qui nous attend. Puisque aucun système ne permet encore de le relever, nous devons ouvrir le débat, mais je ne voterai pas une proposition de loi qui décourage l'exercice de la médecine libérale.

**M. Guy Malherbe.** Je souscris au diagnostic du rapporteur et à une partie des solutions qu'il propose. Tout le monde a souligné que le problème de la désertification médicale se pose partout. Ma circonscription, située dans l'Essonne, à trente kilomètres de Paris, manque elle aussi de médecins. Tous les élus se préoccupent du problème : ainsi, le maire d'un chef-lieu de canton m'a invité, en tant que membre du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé, à participer la semaine prochaine à une réunion pour expliquer l'organisation de la santé dans la région Île-de-France. J'ajoute que, dans une commune de ma circonscription où la présence médicale est insuffisante, on travaille avec la Mutualité sociale agricole (MSA) à l'organisation d'une maison de santé : des candidats de différentes professions se sont déjà fait connaître.

Si, en 1949, le législateur, qui a prévu la répartition des pharmaciens sur le territoire, avait prévu un quota de médecins par habitant, nous n'en serions peut-être pas là.

Cela dit, au cours de cette législature, nous avons examiné nombre de textes pour tenter de résoudre le problème qui se pose. La présente proposition de loi peut constituer une base de discussion sur un sujet de société, sur lequel la prochaine législature devra légiférer de manière plus vaste.

**M. Pierre Morange, président.** Je salue le travail du rapporteur, mais, à titre personnel, je ne voterai pas le texte, pour les raisons qui ont été exposées par certains d'entre nous.



## II.- EXAMEN DES ARTICLES

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

(art. L. 631-1 du code de l'éducation)

#### **Fixation du *numerus clausus* des études médicales**

L'article premier de la présente proposition de loi a pour objet de modifier l'article L. 631-1 du chapitre I<sup>er</sup> (« *Dispositions communes* ») du titre III (« *Les formations de santé* ») du livre IV (« *L'organisation des enseignements supérieurs* ») de la troisième partie (« *Les enseignements supérieurs* ») du code de l'éducation afin de mieux prendre en compte les besoins de santé de chaque territoire dans la fixation du nombre et la répartition des étudiants admis à l'issue de la première année des études de santé.

#### **1. Le *numerus clausus* détermine le nombre des étudiants admis à l'issue de la première année des études de santé**

L'institution, pendant l'année universitaire 1971-1972, d'un *numerus clausus* pour les études médicales, puis sa modulation, ont longtemps constitué le principal levier d'action des pouvoirs publics sur le niveau de l'offre de soins.

Depuis la loi n° 2009-833 du 7 juillet 2009 portant création d'une première année commune aux études de santé et facilitant la réorientation des étudiants, la première année des études de santé (PAES) est désormais, à compter de la rentrée universitaire 2010-2011, commune aux études médicales, odontologiques, pharmaceutiques et de sage-femme.

L'article L. 631-1 du code de l'éducation dispose ainsi, dans sa rédaction actuelle, que le nombre d'étudiants autorisés à poursuivre des études dans chacune de ces filières à l'issue de la première année des études de santé est déterminé chaque année par voie réglementaire par les ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé.

Ce nombre, communément appelé « *numerus clausus* », « *tient compte des besoins de la population, de la nécessité de remédier aux inégalités géographiques et des capacités de formation des établissements concernés* ».

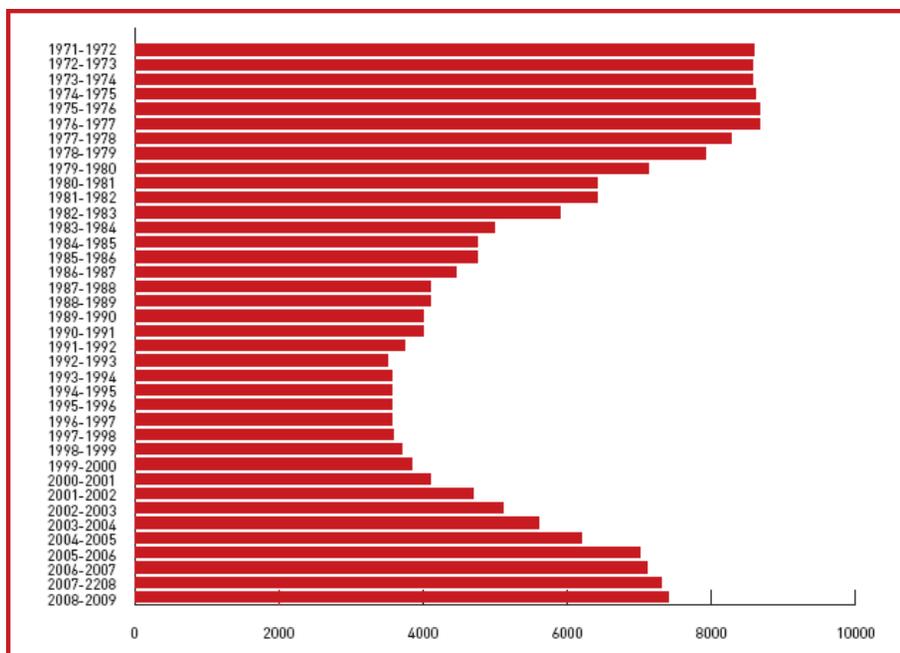
Le même article précise que « *les universités peuvent répartir ce nombre entre plusieurs unités de formation et de recherche pour répondre à des besoins d'organisation et d'amélioration de la pédagogie* » et qu'« *un arrêté détermine les critères de répartition de ce nombre de façon à garantir l'égalité des chances des candidats* ».

### a) *Évolution du numerus clausus*

Faute d'une évaluation précise et territorialisée des besoins de santé, les pouvoirs publics n'ont pas toujours géré le *numerus clausus* de façon optimale.

Fixé initialement en 1971-1972 à 8 588 étudiants, il a diminué régulièrement pour atteindre son minimum en 1992-1993 avant de remonter très lentement lorsque la problématique de la pénurie de praticiens est apparue. Il a ensuite été relevé plus fortement à partir de 2000-2001, où il n'était encore que de 4 100, pour atteindre progressivement le chiffre de 7 400 en 2009.

#### *Évolution du numerus clausus depuis sa création en 1971-1972*



Source : Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS), 9 février 2010

Il était depuis stabilisé à ce niveau, avant que les ministres de la santé et de l'enseignement supérieur, MM. Xavier Bertrand et Laurent Wauquiez, n'annoncent récemment, le 8 décembre 2011, que le nombre d'étudiants admis en médecine à l'issue de la première année commune aux études de santé passerait de 7 400 à 7 500.

### b) *Adéquation entre les capacités de formation et les besoins de santé*

Si le Gouvernement a essayé de veiller à ce que les capacités de formation supplémentaires ouvertes depuis 2002 grâce à la hausse du *numerus clausus* bénéficient en priorité aux facultés situées dans les régions où l'offre de soins était la moins dense, les États généraux de l'organisation de la santé (2007-2008) ont

néanmoins mis en évidence que le *numerus clausus* et sa répartition n'étaient pas fixés à partir d'une évaluation suffisamment précise des besoins de santé de la population dans chaque territoire.

Bien souvent, le *numerus clausus* restait calculé en fonction du nombre de bacheliers de chaque académie et des structures de formation existantes, ce qui avait pour effet de continuer à privilégier les zones les mieux dotées.

Depuis 2009, le *numerus clausus* tient mieux compte des besoins de la population, de la réduction des inégalités géographiques et des capacités de formation des établissements concernés.

Afin d'améliorer encore la recherche d'une meilleure adéquation entre les capacités de formation des professions de santé et les besoins de santé des territoires, l'article 1<sup>er</sup> vise à modifier les règles qui encadrent la fixation du *numerus clausus* ainsi que sa répartition.

## 2. Le dispositif proposé

L'article 1<sup>er</sup> de la proposition de loi prévoit, en premier lieu (**alinéa 2**), que le *numerus clausus* ne se bornera plus à « tenir compte » des besoins de la population, de la nécessité de remédier aux inégalités géographiques et des capacités de formation des établissements concernés, mais sera « arrêté en fonction » de ces mêmes critères.

Cette disposition renforce ainsi le caractère obligatoire de la prise en compte des besoins de santé dans la fixation du *numerus clausus* et réaffirme, avec force contraignante, la nécessité que sa fixation et sa répartition contribuent pleinement à la résorption des inégalités en matière d'accès aux soins sur l'ensemble du territoire.

En second lieu (**alinéa 3**), l'article 1<sup>er</sup> vise à ce que l'arrêté déterminant les critères de répartition de ce nombre entre plusieurs unités de formation et de recherche ait pour objectif de garantir non seulement l'égalité des chances des candidats mais également un accès aux soins équitable sur l'ensemble du territoire.

Cette mesure vise directement à répondre aux critiques d'une prise en compte excessive de critères relatifs aux seuls éléments relatifs à la formation sans accorder suffisamment d'importance à la nécessité d'apporter une réponse concrète aux inégalités d'accès aux soins sur l'ensemble du territoire.

\*

*La Commission examine l'amendement AS 6 de M. Guy Lefrand, qui tend à supprimer l'article.*

**M. le rapporteur.** Avis défavorable. L'article se borne à remplacer les mots « *tient compte* » par les mots « *est arrêté en fonction* », afin que le *numerus clausus* soit réellement adapté aux besoins.

*La Commission adopte l'amendement AS 6.*

*En conséquence, l'article 1<sup>er</sup> est supprimé.*

#### *Article 2*

(art. L. 632-5 du code de l'éducation)

### **Stage pratique dans les zones dans lesquelles est constaté un déficit en matière d'offre de soins**

L'article 2 de la proposition de loi a pour objet de compléter l'article L. 632-5 du chapitre II (« *Les études médicales* ») du titre III (« *Les formations de santé* ») du livre IV (« *L'organisation des enseignements supérieurs* ») de la troisième partie (« *Les enseignements supérieurs* ») du code de l'éducation afin d'instaurer, au cours de la troisième année du troisième cycle des études médicales, une obligation d'effectuer un stage pratique d'au moins douze mois dans une maison de santé pluridisciplinaire ou un établissement de santé situés dans une zone qui enregistre un déficit en matière d'offre de soins.

**1. Les stages actuellement prévus au cours des études de médecine ne favorisent pas suffisamment la découverte de l'exercice de la médecine dans les zones sous dotées**

#### ***a) Les stages existants ne sont pas suffisamment nombreux***

Les études permettant l'obtention du titre de médecin spécialiste, que celui-ci soit ensuite qualifié en médecine générale ou dans une autre spécialité, sont organisées en France en trois cycles au cours desquels les étudiants doivent d'ores et déjà effectuer certains stages pratiques.

Les études médicales débutent par une période de deux ans, constituant le premier cycle des études médicales (PCEM), pendant laquelle des matières théoriques fondamentales sont enseignées. La première année de ce premier cycle est commune aux études de médecine, de pharmacie, d'odontologie et de sage femme et le nombre des étudiants admis à l'issue du concours en seconde année des quatre filières précitées, communément appelé « *numerus clausus* », est fixé par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur (*cf. supra* commentaire de l'article 1<sup>er</sup>).

Le deuxième cycle des études médicales (DCEM) délivre une formation de quatre ans qui comprend une partie théorique et une partie pratique sur les différentes pathologies, segmentées en modules.

Pendant la première année, l'étudiant n'exerce pas encore de fonctions dans les services hospitaliers mais fait un stage au cours duquel il apprend à mener un examen clinique d'un patient et à rédiger une observation médicale.

À partir de la deuxième année, les étudiants doivent participer à l'activité hospitalière avec le titre d'étudiant hospitalier, qui correspond à l'ancienne dénomination d'« *externe* ».

Les étudiants en deuxième cycle des études médicales accomplissent 36 mois de stage, soit, dans la plupart des cas, douze stages de trois mois. Ils bénéficient à ce titre d'une rémunération qui leur donne la qualité de salarié affilié au régime général de la sécurité sociale et cotisent sur ces rémunérations au régime général de retraite et à l'IRCANTEC comme tous les personnels hospitaliers.

Un arrêté du 4 mars 1997 a par ailleurs institué un stage d'initiation à la médecine générale de huit semaines, ouvert à tous les étudiants, au cours du deuxième cycle. Ce stage doit être réalisé au sein d'un cabinet de médecin généraliste et bénéficie d'une rémunération dont le financement est assuré par le ministère en charge de la santé. Malgré des efforts récents et la publication de deux nouveaux arrêtés en novembre 2006 et juin 2009, la proportion d'étudiants en deuxième cycle qui bénéficie de ce stage d'initiation à la médecine générale reste encore faible. Seulement 49 % des étudiants de la promotion correspondante l'ont ainsi effectué au cours de l'année universitaire 2009-2010.

Après avoir validé leur deuxième cycle des études médicales, tous les étudiants se présentent, depuis 2004, à des épreuves classantes nationales (ECN) pour obtenir leur affectation en qualité d'interne dans une des disciplines existantes (*cf. infra* commentaire de l'article 3). Cet « *internat* », qui constitue le troisième cycle des études médicales, leur permet d'obtenir un diplôme d'études spécialisées (DES), après une formation dont la durée va de trois (pour la spécialité de médecine générale) à cinq ans selon les cas.

Au cours des trois années de formation de la spécialité de médecine générale, les futurs généralistes doivent effectuer plusieurs stages :

- deux stages de deux semestres dans des services hospitaliers agréés au titre de la médecine générale dans un service d'adultes et dans un service d'urgence ;

- un stage dans un service de pédiatrie ou de gynécologie, agréé au titre de la médecine générale ;

- un semestre obligatoire dans le cadre de la médecine ambulatoire auprès d'un médecin généraliste agréé « maître de stage », aux termes de l'article 14 du décret n° 2004-67 du 16 janvier 2004.

En fin de troisième cycle, pour leur dernière année d'internat, les étudiants peuvent également effectuer un stage facultatif en situation de responsabilité professionnelle dans un cabinet de médecine générale : le stage autonome en soins primaires ambulatoires supervisée (SASPAS). À défaut, cette année est effectuée en établissement hospitalier (stage « libre ») ou dans une structure médicale agréée par le responsable du département universitaire de médecine générale. En 2010, seul 30 % des internes en médecine générale ont eu accès à ce stage autonome.

Environ 70 % des étudiants qualifiés en médecine générale n'ont ainsi effectué que six mois sur les 36 mois du troisième cycle d'études médicales dans un cabinet de médecine générale.

***b) Les stages existants ne permettent pas suffisamment la découverte de l'exercice médical en zone sous dotée***

La découverte de l'exercice médical en zone sous dense et la pratique de la médecine hors des centres hospitaliers universitaires ne sont pas favorisées par l'organisation actuelle des stages au cours des études médicales.

Or, on peut difficilement attendre des médecins qu'ils choisissent une zone d'installation qu'ils n'ont pas appris à connaître au cours de leurs études.

C'est pourquoi le rapport d'information de septembre 2008 présenté par M. Marc Bernier en conclusion des travaux de la mission d'information sur l'offre de soins sur l'ensemble du territoire suggérait, dans sa proposition n° 23, de généraliser au cours des formations médicales les stages dans les zones sous denses, en y rendant obligatoires des stages actifs en fin de cursus, afin de faire connaître ces zones aux étudiants.

L'enjeu est d'autant plus important que la littérature internationale sur les facteurs qui favorise l'implantation des médecins dans les zones rurales isolées indique clairement que le facteur le plus déterminant du recrutement est d'avoir vécu en milieu rural, les stages en milieu rural semblant tout spécialement avoir un effet positif<sup>(1)</sup>.

## **2. Le dispositif proposé**

L'**article 2** vise à compléter l'article L. 632-5 du code de l'éducation afin d'instaurer, au cours de la troisième année du troisième cycle des études médicales, un stage pratique obligatoire d'au moins douze mois dans une maison de santé pluridisciplinaire ou un établissement de santé situés dans une zone qui enregistre un déficit en matière d'offre de soins.

---

(1) Fournier et al, 2004.

### **a) Le lieu d'exercice du stage**

L'article 2 précise que ce nouveau stage obligatoire qu'il est proposé d'introduire dans l'organisation des études médicales devra s'effectuer « *dans les zones, définies en application de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique, dans lesquelles est constaté un déficit en matière d'offre de soins* ».

L'article L. 1434-7 du code de la santé publique détermine l'objet et le contenu du schéma régional d'organisation des soins (SROS). Aux termes de cet article, ce dernier « *a pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin de répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d'efficacité et d'accessibilité géographique* ». Il doit notamment déterminer « *les zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé* », les conditions de détermination de ces zones étant renvoyées à un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Il convient de rappeler qu'antérieurement à la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite « HPST », la carte des zones sous-dotées en offre de soins était établie par la mission régionale de santé (MRS), constituée entre l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) et l'Union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM), suivant des critères fixés par une circulaire du 14 avril 2008<sup>(1)</sup>.

Depuis la loi dite « HPST », ces travaux de zonage relèvent des agences régionales de santé (ARS) et sont réalisés dans le cadre de l'élaboration du schéma régional d'organisation des soins (SROS)

### **b) Les structures d'accueil**

L'article 2 précise que ce stage pratique obligatoire dans les zones sous dotées s'effectuera « *au sein d'une maison de santé pluridisciplinaire ou d'un établissement hospitalier* ».

#### **• Les maisons de santé pluridisciplinaires**

Une maison de santé pluridisciplinaire est un mode d'exercice pluri-professionnels qui regroupe sous un même toit plusieurs professionnels de santé. Elle se distingue des pôles de santé, qui regroupent des professionnels qui maintiennent une activité isolée mais coordonnée, et des centres de santé qui présentent certaines caractéristiques très particulières comme le mode de rémunération de leurs professionnels, basé essentiellement sur le salariat, et une forte prise en compte de la dimension sociale.

---

(1) Circulaire n° DHOS/DSS/DREES/UNCAM/2008/130 du 14 avril 2008 relative aux nouvelles modalités opérationnelles de définition des zones géographiques de répartition des médecins généralistes.

La composition des maisons de santé peut être très diversifiée. Reposant sur les médecins généralistes et les infirmiers, celles-ci comptent également souvent des professionnels de rééducation (masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes etc.), des diététiciens, des psychologues, des assistantes sociales. Des médecins spécialistes peuvent y exercer. Selon le recensement effectué par un rapport récent <sup>(1)</sup>, les professions de santé les plus représentées au sein des équipes des maisons de santé sont les médecins généralistes (34 %), les infirmiers (28 %), puis les masseurs-kinésithérapeutes (14 %). Il s'agit en général de petites structures, 80 % d'entre elles comprenant moins de cinq médecins généralistes <sup>(2)</sup>.

Leur répartition territoriale est assez hétérogène. Selon le rapport précité, les 81 maisons de santé recensées se répartissaient en 2009 sur 19 régions, dont 79 % en zones dites « fragiles ». Parmi cette dernière catégorie, 23 se situaient en zones déficitaires, c'est-à-dire sous dotés en médecins généralistes, 32 en zones de revitalisation rurale et quatre en zones urbaines sensibles. D'après les informations communiquées par le ministère, il existait, au 31 décembre 2011, 230 maisons de santé en fonction sur le territoire national.

Les maisons de santé se caractérisent par la volonté des professionnels de santé de rompre avec un exercice isolé, par la nécessité de créer des synergies dans les zones les plus fragiles et constituent souvent une solution adaptée au manque d'attractivité de certains territoires.

La maison de santé pluridisciplinaire correspond à une modalité d'exercice particulièrement prisée des jeunes médecins généralistes qui déclarent de plus en plus ne pas souhaiter l'exercice isolé, notamment par rejet de l'isolement intellectuel ou par volonté de partager un plateau administratif.

L'utilisation des maisons de santé installées dans les zones déficitaires pour y favoriser des stages est de nature à faire connaître un mode d'exercice jusqu'ici assez largement ignoré et donc non choisi.

On rappellera que la loi n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite « loi Fourcade », a créé une nouvelle structure, la société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA), destinée à faciliter le déploiement des maisons de santé pluri-professionnelles, ce qui devrait élargir à terme le nombre de maison de santé susceptibles d'accueillir des internes.

---

(1) *Le bilan des maisons et des pôles de santé et les propositions pour leur déploiement, présenté par Jean-Marc Juilhard, Bérengère Crochemore, Annick Touba et Guy Vallancien, 2009.*

(2) *Au niveau national, les médecins généralistes exerçant en maisons de santé représentent moins de 0,5% des médecins généralistes libéraux. La proportion est à peu près identique concernant les infirmiers libéraux.*

• *Les établissements de santé*

Le stage obligatoire pourra également s'effectuer dans un « établissement hospitalier ». Au regard de la nouvelle terminologie introduite par la loi dite « HPST », il conviendrait plutôt de parler d'établissements de santé.

Vu le faible nombre de maisons de santé installées dans les zones sous dotés en médecins généralistes, il convient en effet d'élargir les possibilités d'accueil de ces futurs stagiaires.

Votre rapporteur estime qu'il serait peut-être judicieux d'élargir encore les structures d'accueil. Il pourrait ainsi être opportun de permettre que ce stage s'effectue dans des pôles de santé, qui regroupent dans un même territoire des professionnels de santé différents, chacun conservant son indépendance et son lieu d'exercice.

*c) La durée du stage et son insertion dans le cursus médical*

L'article 2 prévoit que ce stage dans une zone sous dotée sera d'une durée minimale de douze mois et qu'il s'effectuera « *au cours de la troisième année d'internat* ». Concrètement, ce stage occupera donc l'intégralité de la troisième année du troisième cycle des études médicales.

Pour les médecins généralistes, dont le troisième cycle s'effectue aujourd'hui en trois ans, ce stage s'effectuera donc au cours de leur dernière année de troisième cycle.

À cet égard, on peut souligner que le rapport de la Mission de concertation sur la médecine de proximité, réalisé par le Dr Élisabeth Hubert et remis au Président de la République le 26 novembre 2010, proposait de créer, afin de parfaire la formation des médecins généralistes et de les préparer à l'exercice en cabinet libéral, une séniorisation d'un an après le troisième cycle en des territoires identifiés comme sous densifiés en médecins ou en voie de sous densification, ce qui aurait abouti à porter à quatre ans la durée du diplôme d'études spécialisées de médecine générale, alors que la présente proposition de loi laisse inchangée la durée des études médicales.

\*

*La Commission est saisie de l'amendement AS 7 de M. Guy Lefrand, qui tend à supprimer l'article.*

**M. le rapporteur.** Avis défavorable. L'article allonge de six mois à un an la durée minimale du stage pratique au sein d'une maison de santé pluridisciplinaire ou d'un établissement de santé. La capacité des établissements susceptibles d'accueillir les jeunes médecins n'est pas en cause. Fin 2009, ils étaient 89, contre 250 fin 2011. Ils seront 600 fin 2015. Je propose, en outre, que le stage puisse être effectué dans les hôpitaux périphériques.

**M. Christian Paul.** Si nous votons successivement tous les amendements de suppression des articles, que restera-t-il de la proposition de loi quand elle arrivera en discussion ? Quelles que soient nos réserves – elle ignore, par exemple, le problème de la définition des zones déficitaires –, nous souhaitons son examen. C'est pourquoi je ne voterai pas les amendements de suppression, dont le seul objectif est d'empêcher le débat. Au reste, la position de l'UMP est cohérente : depuis des années, elle a tout fait pour nier l'existence des déserts médicaux.

**M. Pierre Morange, président.** Si la Commission n'adopte aucun texte, le débat en séance publique portera sur la proposition de loi telle qu'elle a été déposée. Dans le cas contraire, ce sera le texte adopté par notre Commission, quel qu'en soit le contenu.

*La Commission **adopte** l'amendement AS 7.*

*En conséquence, l'article 2 est **supprimé**, et les amendements AS 31 du rapporteur, AS 8 de M. Guy Lefrand et AS 5 de M. Jean-Luc Prél **deviennent sans objet**.*

*Après l'article 2*

*La Commission examine l'amendement AS 29 de Mme Véronique Besse, portant article additionnel après l'article 2*

**Mme Véronique Besse.** L'amendement propose que le Gouvernement remette un rapport au Parlement sur l'effectivité et l'efficacité du stage pratique. Actuellement, dans 49 % des cas, le stage obligatoire n'est pas réalisé.

**M. le rapporteur.** Avis défavorable. La préoccupation de Véronique Besse est légitime, mais je préfère que l'évaluation intervienne non dans un délai d'un an à compter de la publication de la loi mais au bout de deux ans. Cinq à six mois d'observation semblent, en effet, nécessaires, en plus de l'année de mise en place, si l'on veut évaluer l'impact du texte.

*La Commission **rejette** l'amendement AS 29.*

*Article 3*

(art. L. 632-2 et L. 632-6 du code de l'éducation)

### **Création d'un internat régional**

L'article 3 de la présente proposition de loi vise à substituer un internat régional aux actuelles épreuves classantes nationales qui permettent aux étudiants qui ont validé leur deuxième cycle d'études médicales d'obtenir leur affectation en qualité d'interne.

## 1. Les limites du système actuel des épreuves classantes nationales

### *a) Les étudiants en médecine sont aujourd'hui affectés à l'issue d'épreuves classantes nationales*

Depuis le décret n° 2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales, les étudiants en médecine doivent se soumettre à des épreuves classantes nationales (ECN) à l'issue de leur deuxième cycle des études médicales (DCEM), pour accéder au troisième cycle des études médicales (TCEM).

Ces épreuves se sont substituées aux anciens concours de l'internat <sup>(1)</sup> que passaient depuis 1984 les étudiants se destinant à une carrière de spécialistes. Elles concernent, contrairement aux anciens concours de l'internat, tous les futurs médecins, qu'ils se destinent à la médecine générale ou à une autre spécialité.

Dans le nouveau système, les étudiants choisissent, dans l'ordre de leur rang de classement aux épreuves et après validation de leur dernière année de deuxième cycle (DCEM4), un poste d'interne, c'est-à-dire à la fois une subdivision territoriale (un lieu de formation), correspondant au ressort d'un centre hospitalier universitaire, et une spécialité, dans une liste établie par les pouvoirs publics.

Les vingt-huit subdivisions existantes correspondent à une ou plusieurs unités de formation et de recherche (UFR), composante d'une université, mais pas forcément à une région : quatre régions comptent ainsi plusieurs subdivisions territoriales (Bretagne, Pays de la Loire, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Rhône-Alpes).

Depuis la loi dite « HPST », le choix des étudiants est désormais « filiarisé », c'est-à-dire qu'il s'effectue parmi trente spécialités <sup>(2)</sup> au lieu de onze disciplines <sup>(3)</sup> auparavant. Ces trente spécialités correspondent aux diplômes d'études spécialisées (DES) délivrés en fin de 3<sup>ème</sup> cycle.

L'article 43 de la loi dite « HPST » a également mis en place un dispositif de programmation pluriannuelle des prévisions d'ouverture de postes sur cinq ans, en disposant qu'« *un arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur et du*

---

(1) *Ceux qui réussissaient accédaient au troisième cycle en tant qu'internes et préparaient un diplôme d'études spécialisé en quatre ou cinq ans. Ceux qui échouaient aux concours de l'internat et ceux qui ne s'y présentaient pas, mais qui avaient validé leur deuxième cycle, devenaient automatiquement résidents en médecine générale.*

(2) *Anesthésie-réanimation, biologie médicale, gynécologie médicale, gynécologie obstétrique, médecine générale, médecine du travail, pédiatrie, psychiatrie, santé publique, anatomie et cytologie pathologiques, cardiologie et maladies vasculaires, dermatologie et vénérologie, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques, gastro-entérologie et hépatologie, génétique médicale, hématologie, médecine interne, médecine nucléaire, médecine physique et de réadaptation, néphrologie, neurologie, oncologie, pneumologie, radiodiagnostic et imagerie médicale, rhumatologie, chirurgie générale, neurochirurgie, ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie (ORL) et stomatologie.*

(3) *Anesthésie-réanimation, biologie médicale, gynécologie médicale, gynécologie-obstétrique, médecine générale, médecine du travail, pédiatrie, psychiatrie, santé publique, spécialités médicales et spécialités chirurgicales.*

*ministre chargé de la santé détermine pour une période de cinq ans le nombre d'internes à former par spécialité, en particulier celle de médecine générale, et par subdivision territoriale, compte tenu de la situation de la démographie médicale dans les différentes spécialités concernées et de son évolution au regard des besoins de prise en charge spécialisée ».*

Conformément au décret n° 2010-804 du 13 juillet 2010, l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) fait ainsi des propositions aux ministres concernant le nombre et la répartition des effectifs d'internes en médecine à former par région ou subdivision pour les cinq années à venir. Deux arrêtés sont ensuite publiés, l'un sur le nombre de postes offerts aux épreuves classantes nationales pour l'année universitaire suivante, l'autre sur le nombre détaillé de postes offerts pour chacune des cinq années à venir.

Les étudiants passent les épreuves classantes nationales au cours de leur quatrième année de deuxième cycle (DCEM4) ou peuvent les repasser au cours de leur première année de troisième cycle s'ils ne sont pas satisfaits de leur affectation. Le nombre de passages des épreuves n'est pas limité, mais un même étudiant ne peut participer que deux fois à la procédure d'affectation, c'est-à-dire au choix d'un poste.

En 2010, près de 6 100 étudiants sont entrés en troisième cycle des études médicales à l'issue des épreuves classantes nationales.

***b) Le fonctionnement des épreuves classantes nationales présente des limites***

• *L'existence d'un nombre élevé de postes non pourvus ne permet pas de maîtriser la répartition géographique des internes*

Le nombre de postes ouverts aux ECN correspond au nombre de candidats. Les données communiquées par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)<sup>(1)</sup> montrent ainsi qu'en 2010, comme en 2009, le nombre de postes proposés aux étudiants (6 839) était en adéquation avec celui des étudiants présents aux épreuves (6 840). En théorie, il ne devrait pas donc pas y avoir de postes laissés vacants.

Néanmoins, on constate chaque année un taux d'inadéquation<sup>(2)</sup> qui traduit le fait que tous les postes sont loin d'être pourvus.

---

(1) *Études et résultats n°767, « Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2010 », juin 2011.*

(2) *Rapport entre le nombre de postes non affectés à l'issue des ECN et le nombre de postes ouverts.*

*Écart entre les postes ouverts et les postes choisis par disciplines  
aux épreuves classantes nationales*

Discipline	Postes ouverts		Postes choisis		Ecart	
	2008	2010	2008	2010	2008	2010
Médecine générale	3 200	3 632	2 591	2 964	609	668
Spécialités médicales	885	1 204	885	1 204	0	0
Spécialités chirurgicales	550	557	550	557	0	0
Psychiatrie	280	367	280	367	0	0
Anesthésie-réanimation	260	318	260	318	0	0
Pédiatrie	200	274	200	274	0	0
Gynécologie-obstétrique	155	177	155	177	0	0
Santé publique	60	80	57	73	3	7
Biologie médicale	40	86	40	86	0	0
Médecine du travail	54	120	46	88	8	32
Gynécologie médicale	20	24	20	24	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>5 707</b>	<b>6839</b>	<b>5 084</b>	<b>6132</b>	<b>620</b>	<b>707</b>

Source : Rapport de la Mission de concertation sur la médecine de proximité réalisé par le Docteur Élisabeth Hubert remis au Président de la République le 26 novembre 2010

Ce taux d'inadéquation concerne surtout la médecine générale, comme le confirme les données publiées par le rapport de septembre 2011 de la Cour des comptes sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale dont une partie est consacrée à la répartition territoriale des médecins libéraux.

*Nombre de postes pourvus à l'issue des épreuves classantes nationales*

ECN	2004	2006	2008	2009	2010	2012	2014
Postes ouverts aux ECN	3 988	4 760	5 704	6 186	6 839	7 861	8 089
Postes pourvus	3 368	4 430	5 084	5 518	6 132	-	-
Postes non pourvus	620	330	620	668	707	-	-
<b>Médecine générale (MG)</b>							
Postes ouverts aux ECN	1 841	2 353	3 200	3 333	3 632	-	-
% MG parmi l'ensemble des postes ouverts	46,2%	49,4%	56,1%	53,9%	53,1%	-	-
Postes pourvus	1 232	2 030	2 591	2 721	2 964	-	-
% MG parmi l'ensemble des postes pourvus	36,6%	45,8%	51,0%	49,3%	48,3%	-	-
Postes non pourvus	609	323	609	612	668	-	-
% MG parmi l'ensemble des postes non pourvus	98,2%	97,9%	98,2%	91,6%	94,5%	-	-

Source : Rapport de la Cour des comptes sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2011, données ministère de la santé

Comme le souligne le rapport Hubert précité, ces postes non pourvus « *sont pour l'essentiel, le fait d'étudiants qui ont fait le choix de ne pas valider leur dernier semestre de DCEM afin de tenter d'obtenir un meilleur classement aux épreuves classantes nationales de l'année suivante avec l'espoir de pouvoir choisir une autre spécialité que celle qui leur est proposée parmi les postes restants* ». Ces étudiants préfèrent ainsi redoubler leur dernière année avant de se représenter aux épreuves pour essayer de bénéficier d'une nouvelle et meilleure possibilité de choix l'année suivante.

Ce phénomène s'observe principalement dans les régions sous dotées. Le rapport d'information de septembre 2008 présenté par M. Marc Bernier en conclusion des travaux de la mission d'information sur l'offre de soins sur l'ensemble du territoire indique ainsi que « *la répartition des postes d'internat de médecine générale non pourvus défavorise particulièrement les régions les moins bien dotées en offre de soins, contribuant ainsi à accentuer leurs difficultés* ».

Dès lors, le nombre de postes non affectés en certaines régions relativise fortement l'intérêt de la possibilité de régulation introduite par la loi dite « HPST » qui permet d'ouvrir des postes par disciplines sur des subdivisions territoriales, afin de parvenir à la réduction des inégalités géographiques. Le rapport de la Cour des comptes de septembre 2011 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale confirme que le taux d'inadéquation « *constitue ainsi un frein important aux efforts fournis pour apporter une meilleure réponse aux besoins en médecine générale et un obstacle pour la politique de répartition territoriale plus équilibrée des internes* ».

L'ouverture plus importante de postes dans les régions à densité médicale faible ne donne ainsi pas toujours les résultats attendus en raison de l'existence de ces postes non pourvus.

- *La politique d'attribution des postes offerts aux épreuves classantes nationales aux subdivisions en zone sous dotée peut se heurter aux capacités d'accueil et de formation de ces subdivisions*

La volonté marquée depuis la loi dite « HPST » de mieux répartir les internes par filière et par région en s'appuyant plus sur des critères qui tiennent mieux compte des besoins de santé et des données démographiques peut se heurter aux capacités de formation des subdivisions sous dotées.

Le rapport précité de la Cour des comptes de septembre 2011 souligne ainsi que « *la politique d'attribution des postes offerts aux ECN aux subdivisions en zone sous dotée semble s'être heurtée aux capacités d'accueil et de formation restreintes de ces subdivisions* », ce dont témoigne selon elle l'affectation des postes proposés à l'issue des épreuves.

En effet, alors que la progression de ces postes a notamment bénéficié à certaines régions sous dotées (Ouest, Nord-Ouest) entre 2004 et 2010, la répartition prévisionnelle quinquennale 2010-2014 bénéficiera peu voire pas du

tout aux régions sous-dotées (Nord-Ouest, Ouest et Nord- Est) mais d’abord aux régions sur-dotées (Sud, Île-de-France), qui disposent d’un plus important potentiel de formation.

**Évolution du nombre de postes offerts aux épreuves classantes nationales par inter-régions entre 2004 et 2014**

	2004	2007	2010	Δ 2010-2004	2012	2013	2014	Δ 2014-2010
Ile de France	817	788	950	16%	1 343	1 381	1 389	46%
Nord-Est	684	978	1 174	72%	1 203	1 218	1 218	4%
Nord-Ouest	628	986	1 192	90%	1 203	1 203	1 197	0%
Rhône-Alpes Auvergne*	468	597	837	79%	956	977	994	19%
Ouest	595	983	1 220	105%	1 246	1 270	1 261	3%
Sud	351	424	606	73%	873	926	962	59%
Sud-Ouest**	350	518	762	118%	901	926	930	22%
Antilles-G.	95	92	98	3%	136	138	138	41%
<b>Total</b>	<b>3 988</b>	<b>5 366</b>	<b>6 839</b>	<b>71%</b>	<b>7 861</b>	<b>8 039</b>	<b>8 089</b>	<b>18%</b>

\* Y compris la subdivision de Clermont-Ferrand pour les ECN de 2004.

\*\* Sans la subdivision de Clermont-Ferrand pour les ECN de 2004.

Source : Arrêtés du 30 avril 2004 et du 28 juin 2007 fixant le nombre de postes offerts aux épreuves classantes nationales en médecine par interrégion et par discipline ainsi que leur répartition par subdivision d'internat au titre respectivement des années universitaires 2004-2005 et 2007-2008 et arrêté du 12 juillet 2010 déterminant pour la période 2010-2014 le nombre d'internes en médecine à former par spécialité et par subdivision

Source : Rapport de la Cour des comptes sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2011

● *Les jeunes médecins n'exercent pas forcément dans la région de leur formation d'internat*

Comme le fait également remarquer la Cour des comptes, « les jeunes médecins n'exercent pas forcément dans la région de leur formation d'internat en raison du principe de la liberté d'installation », comme l'illustre le tableau ci-dessous.

**Comparaison entre le nombre de diplômés et le nombre d'inscrits à l'ordre pour une région donnée**

Bilan 2001 à 2008 hors médecine générale	Ile-de-France	Nord-Pas-de-Calais	Haute-Normandie	France métropolitaine
Nombre de diplômés	2 991	1 213	522	15 263
Nombre de nouveaux inscrits à l'Ordre des médecins	4 389	1 266	415	16 965
Différentiel entre le nombre de diplômés et le nombre d'inscrits à l'Ordre	46,7%	4,4%	-20,5%	11,2%

Source : Observatoire national de la démographie des professions de santé, rapport 2010-2011, tome 1

Le rapport de la Mission de concertation sur la médecine de proximité réalisé par le Dr Élisabeth Hubert indique ainsi que « *les chiffres montrent clairement la propension des jeunes internes médecins originaires des régions Sud de la France à quitter la région où ils effectuent leur internat dès lors que celle-ci est située dans la moitié Nord du pays. Les projections démographiques dans les vingt années à venir et la multiplication de territoires sous-densifiés en médecins généralistes ou la pénurie en certaines spécialités, laissent supposer que ce mouvement ne cessera pas, tant les choix de lieux et de conditions d'installation seront nombreux. A contrario, il est aisé de constater l'attachement des étudiants à leur région dès lors que leur famille y est installée, et qu'ils y ont effectué toutes leurs études secondaires et universitaires* ».

Ce dernier constat plaide pour une organisation plus régionalisée de l'examen classant.

## **2. Le dispositif proposé**

L'**article 3** vise à modifier les articles L. 632-2 et L. 632-6 du chapitre II (« *Les études médicales* ») du titre III (« *Les formations de santé* ») du livre IV (« *L'organisation des enseignements supérieurs* ») de la troisième partie (« *Les enseignements supérieurs* ») du code de l'éducation afin de remplacer les actuelles épreuves classantes nationales, qui permettent aux étudiants qui ont validé leur deuxième cycle d'études médicales d'obtenir leur affectation en qualité d'interne, par un internat régional.

Le **I** de l'**article 3** modifie l'article L. 632-2 du code de l'éducation relatif au troisième cycle des études médicales.

Les **alinéas 3 et 4** visent à préciser que le troisième cycle des études médicales sera désormais ouvert dans chaque région à tous les étudiants ayant validé le deuxième cycle des études médicales dans la même région.

Ces alinéas organisent donc la suppression des épreuves classantes nationales (ECN) pour mettre en place, dans chaque région, un concours d'internat qui ne sera en outre ouvert qu'aux étudiants qui auront validé leur deuxième cycle d'études médicales dans la même région.

Cette disposition vise à remédier à la propension de nombreux jeunes médecins à quitter la région dans laquelle ils effectuent leur internat qui diminue considérablement l'efficacité pratique des efforts faits à la fois pour veiller à ce que les capacités de formation supplémentaires offertes par la hausse du *numerus clausus* bénéficient en priorité aux facultés situées dans les régions où l'offre de soins est la moins dense et pour déterminer le nombre de postes d'internes à former par subdivision territoriale lors des épreuves classantes nationales en fonction des besoins de la population et de la situation de la démographie médicale.

La mesure proposée s'appuie sur le constat de « *l'attachement des étudiants à leur région dès lors que leur famille y est installée et qu'ils y ont effectué toutes leurs études secondaires et universitaires* »<sup>(1)</sup>.

Ce constat est corroboré par des études scientifiques qui montrent que « *l'installation se fait très majoritairement dans la région où les médecins sont formés* »<sup>(2)</sup>.

L'idée est donc de fidéliser les étudiants en médecine à une région donnée, en prévoyant que le troisième cycle des études médicales sera désormais ouvert dans chaque région à tous les étudiants ayant validé le deuxième cycle des études médicales dans la même région.

Le dispositif retenu aux alinéas 3 et 4 de l'article 3 est très proche de la proposition de remplacer les épreuves classantes nationales par un examen classant interrégional, formulée à la fois par l'Académie de médecine dans un rapport<sup>(3)</sup> adopté le 27 mars 2007 et intitulé « *Comment corriger l'inégalité de l'offre de soins en médecine générale sur le territoire national ?* » et par le rapport précité d'Élisabeth Hubert sur la médecine de proximité. Ces deux modalités de réforme des épreuves classantes nationales reposent, comme l'instauration d'un internat régional, sur le même espoir qu'une telle mesure fidélisera les étudiants à leur région de formation initiale.

Si l'organisation d'examens classants interrégionaux peut certes présenter un avantage en terme de plus grande facilité d'organisation d'épreuves en nombre nécessairement plus limité, il s'éloigne toutefois de la dimension régionale que le législateur a clairement voulu donner à la politique de santé en adoptant la loi dite « HPST ».

Il convient de souligner qu'à l'occasion des débats du 13 avril 2011 relatifs à la loi Fourcade, où votre rapporteur avait déjà défendu un amendement instaurant un internat régional, M. Xavier Bertrand, ministre de la santé, s'était interrogé, avant d'émettre un avis défavorable : « *Et si la bonne solution était la régionalisation complète ?* ».

L'**alinéa 5** modifie le dispositif relatif à la programmation pluriannuelle des prévisions d'ouverture de postes sur cinq ans. Celui-ci prévoit actuellement qu'« *un arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur et du ministre chargé de la santé détermine pour une période de cinq ans le nombre d'internes à former par spécialité, en particulier celle de médecine générale, et par subdivision territoriale, compte tenu de la situation de la démographie médicale*

---

(1) Rapport de la Mission de concertation sur la médecine de proximité, réalisé par le Docteur Élisabeth Hubert et remis au Président de la République le 26 novembre 2010.

(2) Comment améliorer la répartition géographique des professionnels de santé ? Les enseignements de la littérature internationale et des mesures adoptées en France, Yann Bourgueil, Julien Mouquès, Ayden Tajahmadi, Irdes, juin 2006.

(3) Bull. Acad. Natle Méd., 2007, 191, no 3, 641-652, séance du 27 mars 2007.

*dans les différentes spécialités concernées et de son évolution au regard des besoins de prise en charge spécialisée*». Tirant les conséquences de la suppression des épreuves classantes nationales organisées sur la base de subdivisions territoriales qui ne correspondent pas forcément à des régions (*cf. supra*), l'alinéa 5 supprime la référence à ces subdivisions régionales pour préciser que la programmation quinquennale fixera désormais par région le nombre d'internes à former par spécialité.

Dans la même logique, l'**alinéa 6** substitue à la notion d'épreuves classantes nationales celle d'épreuves classantes régionales. Le rang de classement de l'étudiant à l'épreuve classante régionale continuera à conditionner son choix.

L'**alinéa 7** dispose que les décrets en Conseil d'État relatifs au troisième cycle des études médicales n'auront plus à déterminer les contours des subdivisions territoriales, ce qui est totalement logique dans la mesure où cette notion est remplacée par la notion constitutionnelle et administrative de région qui est bien définie.

Le **II** de l'**article 3** modifie l'article L. 632-6 du code de l'éducation relatif au contrat d'engagement de service public.

On rappellera que la loi dite « HPST » a instauré ce contrat d'engagement de service public à destination des étudiants en médecine, de la deuxième année des études médicales à la dernière année du troisième cycle des études médicales. Celui-ci a pour objectif de fidéliser des jeunes médecins dans des spécialités et des lieux d'exercice fragiles où l'accès aux soins est menacé.

Les signataires d'un contrat d'engagement de service public bénéficient d'une allocation brute mensuelle de 1 200 euros jusqu'à la fin de leurs études. En contrepartie, ils s'engagent à exercer leurs fonctions, à compter de la fin de leur formation, dans des lieux d'exercice spécifiques proposés dans des zones où l'offre médicale est insuffisante. La durée de leur engagement est égale à celle de versement de l'allocation, avec un minimum de deux ans.

Alors que les internes ayant signé un contrat d'engagement de service public choisissent actuellement au cours de la dernière année de leurs études leur futur lieu d'exercice sur une liste, établie par le centre national de gestion sur proposition des agences régionales de santé, de lieux d'exercice où le schéma régional de l'offre de soins indique que l'offre médicale est insuffisante ou la continuité de l'accès aux soins est menacée, l'**alinéa 9** dispose que leur choix de lieu d'exercice ne pourra plus s'effectuer que parmi les zones sous dotées qui sont situées dans la région où a été dispensée leur formation.

Cette disposition peut paraître paradoxale dans la mesure où certaines régions, comme la région Provence-Alpes-Côte d'Azur ou l'Île-de-France, sont déjà considérées comme surdotées. Toutefois, la publication récente par le conseil national de l'Ordre des médecins, en novembre 2011, de sa nouvelle édition des *Atlas régionaux de la démographie médicale*, qui présente pour la première fois

une analyse des données démographiques à l'échelle des bassins de vie démontre que l'existence de « déserts médicaux » touche toute les régions, y compris les mieux dotées.

Si demeure inchangée la disposition selon laquelle le directeur général de l'agence régionale de santé dans le ressort duquel ils exercent leurs fonctions peut, à leur demande, à tout moment, changer le lieu de leur exercice, l'**alinéa 10** supprime en revanche la disposition actuelle selon laquelle le directeur général du centre national de gestion peut, à leur demande, à tout moment, et après avis du directeur général de l'agence régionale de santé dans le ressort duquel ils exercent leurs fonctions, leur proposer un lieu d'exercice dans une zone dépendant d'une autre agence régionale de santé.

\*

*La Commission procède à l'examen de l'amendement AS 9 de M. Guy Lefrand, visant à supprimer l'article.*

**M. le rapporteur.** L'article propose le retour à l'internat régional, qui a fait ses preuves. Autant dire que l'amendement vide le texte d'une grande partie de sa substance.

*La Commission **adopte** l'amendement AS 9.*

*En conséquence, l'article 3 est **supprimé**, et les amendements AS 32 et AS 33 du rapporteur **deviennent sans objet**.*

*Article additionnel après l'article 3*

**Allègement des charges sociales en cas de cumul emploi-retraite dans les zones sous-dotées.**

*La Commission est saisie de l'amendement AS 30 de Mme Véronique Besse, portant article additionnel après l'article 3.*

**Mme Véronique Besse.** La loi « Fillon » du 21 août 2003 autorise les médecins libéraux à cumuler leur retraite et l'activité libérale. Or ceux-ci continuent généralement d'exercer là où ils l'ont toujours fait, ce qui renforce les déserts médicaux. En outre, ce cumul bénéficie majoritairement à des spécialistes. Je propose donc d'abaisser le montant des cotisations sociales pour les médecins généralistes qui, ayant atteint l'âge de la retraite, acceptent d'exercer dans une zone déficitaire.

**M. le rapporteur.** Avis favorable.

*La Commission **adopte** l'amendement AS 30.*

#### Article 4

(art. L. 4131-6-1 [nouveau] du code de la santé publique)

### **Obligation d'installation des nouveaux médecins dans les zones sous dotées en matière d'offre de soins de premier recours**

L'article 4 a pour objet d'insérer un nouvel article L. 4131-6 après l'article L. 4131-6 du chapitre I<sup>er</sup> (« Conditions d'exercice ») du titre III (« Profession de médecin ») du livre I<sup>er</sup> (« Professions médicales ») de la quatrième partie (« Professions de santé ») du code de la santé publique, qui vise à prévoir que tout médecin doit à l'issue de sa formation s'installer pour une durée minimale de trois ans dans une zone géographique dans laquelle le niveau de l'offre de soins médicaux est particulièrement faible pour répondre aux besoins de la population.

#### **1. Médecins concernés**

L'**alinéa 2** précise le champ d'application du dispositif en indiquant que sont concernés les médecins « *désireux d'exercer leurs fonctions à titre libéral* » après la délivrance de leur diplôme d'État de docteur en médecine.

Seuls les médecins qui se destinent à un mode d'exercice libéral, c'est-à-dire, pour reprendre les catégories des modes d'exercice retenues par l'*Atlas de la démographie médicale en France* du conseil national de l'Ordre des médecins, les médecins libéraux exclusifs et les médecins qui ont un exercice mixte, à savoir libéral et salarié ou libéral et hospitalier, seraient donc concernés par le régime mis en place par l'article 4. Les médecins qui choisissent un exercice salarié, qui se décomposent en médecins salariés, médecins hospitaliers et médecins salariés et hospitaliers, ne sont donc pas concernés. Le dispositif mis en place ne peut donc se voir reprocher de priver certaines structures, établissements de santé ou autres, des ressources médicales dont elles ont besoin.

Par ailleurs, l'**alinéa 3** dispose que l'obligation d'installation mise en place par l'article 4 s'impose également aux médecins titulaires des titres de formation mentionnés à l'article L. 4131-1 et aux médecins mentionnés à l'article L. 4131-1-1.

Ces deux articles visent les ressortissants d'un État membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen titulaire d'un des titres de formation visés à l'article L. 4131-1 du code de la santé publique pour pouvoir exercer la profession de médecin en France ainsi que les ressortissants de ces mêmes États ne répondant pas aux conditions prévues à l'article L. 4131-1 mais qui ont été autorisés individuellement par l'autorité compétente, après avis d'une commission composée notamment de professionnels, à exercer la profession de médecin en France.

Il est indiqué, pour s'entourer de toutes les garanties de sécurité juridique nécessaire, qu'un décret en Conseil d'État précisera dans quelles conditions l'obligation posée par l'article 4 s'applique à ces ressortissants d'un État membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen. Il

convient en effet d'apprécier ces mesures dans le cadre plus général des règles de l'Union européenne, en tenant compte de leurs conséquences juridiques sur la libre installation des médecins au sein de l'Union.

## 2. Portée de l'obligation

Pour les médecins concernés, l'**alinéa 2** dispose qu'ils seront tenus de s'installer, pour une durée d'au moins trois ans, dans un territoire dans lequel le schéma visé à l'article L. 1434-7 indique que l'offre de soins de premier recours ne suffit pas à répondre aux besoins de santé de la population.

La notion de soins de premier recours a été créée par l'article 36 de la loi dite « HPST », désormais codifié à l'article L. 1411-11 du code de la santé publique.

### *Article L. 1411-11 du code de la santé publique.*

*« L'accès aux soins de premier recours ainsi que la prise en charge continue des malades sont définis dans le respect des exigences de proximité, qui s'apprécie en termes de distance et de temps de parcours, de qualité et de sécurité.*

*Ils sont organisés par l'agence régionale de santé au niveau territorial défini à l'article L. 1434-16 et conformément au schéma régional d'organisation des soins prévu à l'article L. 1434-7.*

*Ces soins comprennent :*

*« 1° La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;*

*« 2° La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ;*

*« 3° L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;*

*« 4° L'éducation pour la santé.*

*« Les professionnels de santé, dont les médecins traitants cités à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale, ainsi que les centres de santé concourent à l'offre de soins de premier recours en collaboration et, le cas échéant, dans le cadre de coopérations organisées avec les établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux ».*

Comme on le voit, cette définition des soins de premiers recours fait une large part aux activités qui ne relèvent pas seulement des soins, mais aussi de la santé publique ou du suivi dans le système de santé.

On rappellera par ailleurs (*cf. supra* commentaire de l'article 2) que l'article L. 1434-7 du code de la santé publique détermine le contenu du schéma régional d'organisation des soins (SROS) élaboré par les agences régionales de santé, qui se doit notamment de déterminer « *les zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé* ».

Si la disposition proposée apparaît en première analyse comme une entorse au principe de la liberté d'installation mentionnée à l'article L. 162-2 du code de la sécurité sociale, il convient immédiatement de souligner que celle-ci n'est que temporaire puisque l'obligation d'installation instaurée est limitée à trois ans.

Par ailleurs, la mesure envisagée s'inscrit pleinement dans le cadre d'une évolution des mentalités. Le rapport d'information n° 1132 de septembre 2008 présenté par M. Marc Bernier, député, en conclusion des travaux de la mission d'information sur l'offre de soins sur l'ensemble du territoire constatait ainsi que *« l'idée d'un encadrement de la liberté d'installation des médecins progresse. Récemment, l'Académie nationale de médecine a ainsi envisagé de recourir à des mesures contraignantes en matière de liberté d'installation pour le cas où l'orientation des étudiants ne suffirait pas à améliorer la situation <sup>(1)</sup> »*.

Ce même rapport soulignait que *« pour une large part des acteurs du système de santé rencontrés par la mission, la « socialisation » d'une large part des dépenses de santé ôte à la médecine de ville une partie de son caractère « libéral », et justifierait que les pouvoirs publics prennent des mesures visant à concilier la liberté d'installation des médecins et l'organisation d'une réponse satisfaisante aux besoins de santé des territoires »*.

Amoindrir de façon temporaire le caractère absolu du principe de la liberté d'installation des médecins pourrait ainsi s'inscrire dans cette recherche de conciliation entre les principes fondamentaux de l'exercice traditionnel de la médecine libérale française, au nombre desquels compte la liberté d'installation, et le principe constitutionnel selon lequel *« la Nation [...] garantit à tous, [...] la protection de la santé »*.

Il convient ici de souligner que plusieurs autres principes déontologiques fondamentaux de la profession de médecin, également mentionnés à l'article L. 162-2 du code de la sécurité sociale, ont déjà connu certains tempéraments. Ainsi, la liberté de choix du médecin par le patient a été encadrée par le dispositif du médecin traitant, la liberté de prescription du médecin n'a pas empêché les caisses d'assurance maladie de mener des actions de maîtrise médicalisée des dépenses de médicament tandis que le paiement direct des honoraires par le malade a été aménagé avec le recours au tiers-payant.

D'aucuns font également valoir qu'une obligation temporaire d'installation dans une zone géographique dans laquelle le niveau de l'offre de soins médicaux est particulièrement faible peut s'analyser comme la contrepartie de l'effort financier important réalisé par l'État pour former des médecins, une très faible partie étant à la charge de l'étudiant. L'Académie de médecine fait ainsi remarquer que *« la formation de chaque étudiant en médecine représente pour la*

---

(1) *« Comment corriger l'inégalité de l'offre de soins en médecine générale sur le territoire national ? », rapport du groupe de travail dirigé par le professeur Pierre Ambroise-Thomas, Académie nationale de médecine, avril 2007.*

*société une charge financière importante (plus de 200 000 euros). A l'exemple de ce qui existe pour certaines des plus grandes écoles, il ne serait donc pas anormal que chaque jeune médecin doive consacrer quelques années de son début d'activité au service de la nation »<sup>(1)</sup>.*

Enfin, l'étude de législation comparée du Sénat de mai 2008 consacrée à la démographie médicale<sup>(2)</sup> met en évidence que « *l'Allemagne, l'Autriche, l'Angleterre, la Suisse et le Québec restreignent la liberté d'installation des médecins conventionnés* ».

Outre l'intérêt ponctuel de la mesure pendant les trois ans où l'obligation s'impose, cette dernière est également de nature à favoriser, à l'issue de cette période, l'installation des médecins dans la zone sous dotée dans la mesure où la question de la première installation est cruciale puisque « *la mobilité professionnelle postérieure à la première installation est faible* »<sup>(3)</sup>.

Il convient de souligner que l'Académie de médecine a rejeté dans un récent avis<sup>(4)</sup> une telle hypothèse d'obligation faite à de jeunes médecins de s'installer pour une période de plusieurs années dans une zone sous médicalisée mais qu'elle a en revanche estimé qu'« *imposer aux internes de médecine générale de participer - pendant les deux dernières années de leur internat - à un service médical obligatoire dans une zone sous médicalisée pourrait être immédiatement efficace, améliorer la formation pratique des internes et favoriser l'installation ultérieure dans des zones où l'offre de soins est insuffisante* ».

### 3. Procédure

L'**alinéa 2** dispose que, dans un délai de trois mois à compter de la délivrance de leur diplôme d'État de docteur de médecine, les médecins désireux d'exercer leurs fonctions à titre libéral en font la déclaration auprès de l'agence régionale de santé de la région dans laquelle ils souhaitent exercer.

Il s'agit ici d'organiser l'information directe de l'agence régionale de santé qui apparaît comme une interlocutrice naturelle puisqu'elle est chargée d'établir le schéma régional d'organisation des soins. L'agence pourrait certes être informée par l'intermédiaire de l'Ordre des médecins mais la proposition de loi préfère organiser un circuit plus court qui est de nature à faciliter la transmission des informations.

---

(1) Bull. Acad. Natle Méd., 2007, 191, no 3, 641-652, séance du 27 mars 2007.

(2) n° LC 185.

(3) Comment améliorer la répartition géographique des professionnels de santé ? Les enseignements de la littérature internationale et des mesures adoptées en France, Yann Bourgueil, Julien Mouquès, Ayden Tajahmadi, Irdes, juin 2006.

(4) Rapport au nom de la commission XVI (Exercice médical en milieu libéral), « La démographie médicale : prévoir et maîtriser son évolution. Assurer une meilleure répartition de l'offre de soins sur l'ensemble du territoire national », Pierre Ambroise Thomas, 17 février 2009.

#### 4. Sanction

L'**alinéa 4** dispose, afin d'assurer l'effectivité du dispositif, que le non-respect de l'obligation d'installation pour trois ans dans une zone sous dotée prévue à l'alinéa 2 donnera lieu au versement, par le médecin concerné, d'une pénalité financière.

Il reviendra au pouvoir réglementaire de fixer son montant.

\*

*La Commission examine l'amendement AS 10 de M. Guy Lefrand, qui tend à supprimer l'article.*

**M. le rapporteur.** Avis défavorable. L'amendement vide le texte de sa substance, puisqu'il supprime l'obligation pour les jeunes médecins désireux d'exercer à titre libéral de s'installer au moins trois ans dans certains territoires.

*La Commission adopte l'amendement AS 10.*

*En conséquence, l'article 4 est supprimé, et les amendements AS 11 à AS 15 de M. Guy Lefrand, AS 34 et AS 35 du rapporteur deviennent sans objet.*

#### Article 5

(art. L. 4131-6-2 [nouveau] et L. 4131-7 du code de la santé publique)

#### **Autorisation d'installation pour l'exercice de la profession de médecin**

L'**article 5** a pour objet d'insérer, après l'article L. 4131-6 du chapitre I<sup>er</sup> (« Conditions d'exercice ») du titre III (« Profession de médecin ») du livre I<sup>er</sup> (« Professions médicales ») de la quatrième partie (« Professions de santé ») du code de la santé publique, un nouvel article L. 4131-6-2 (l'article 4 de la présente proposition ayant déjà procédé à l'insertion d'un nouvel article L. 4131-6-1, *cf. supra*) qui vise, afin de remédier à l'hétérogénéité de l'offre de soins médicaux sur le territoire national, à mettre en place un dispositif d'autorisation d'installation pour l'exercice de la profession de médecin sur la base de critères de démographie médicale.

Le **I** insère un nouvel article L. 4131-6-2 dans le code de la santé publique qui vise à instaurer un régime d'autorisation de création, de transfert ou de regroupement de cabinet médicaux.

L'**alinéa 2** du **I** dispose que les créations, transferts ou regroupements de cabinets de médecins soumis à la convention prévue à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale seront désormais subordonnés à l'octroi d'une autorisation délivrée par le directeur général de l'agence régionale de santé.

- *Champ d'application*

Les médecins qui souhaitent créer, transférer ou regrouper leur cabinet concernés par le dispositif sont donc les seuls médecins conventionnés, c'est-à-dire qui exercent dans le cadre d'une des conventions prévues par l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale. Cet article dispose que les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les médecins sont définis soit :

- par des conventions nationales conclues séparément pour les médecins généralistes et les médecins spécialistes, par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et une ou plusieurs organisations syndicales les plus représentatives pour l'ensemble du territoire de médecins généralistes ou de médecins spécialistes ;

- par une convention nationale conclue par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et au moins une organisation syndicale représentative pour l'ensemble du territoire de médecins généralistes et une organisation syndicale représentative pour l'ensemble du territoire de médecins spécialistes, comme c'est le cas depuis 2005.

La plupart des médecins libéraux exclusif, au nombre de 91 924 au 1<sup>er</sup> janvier 2011, ou exerçant en partie en libéral (22 911 au 1<sup>er</sup> janvier 2011) exercent dans le cadre des conventions médicales. Seule une infime minorité, évaluée généralement, faute de statistiques précises, à seulement 1 % des médecins libéraux, est non-conventionnée.

Pour mémoire, l'exercice non conventionné de la médecine libéral, ou secteur 3, n'ouvre droit, quant à lui, qu'à un remboursement symbolique du patient par les caisses d'assurance maladie fondé sur un « tarif d'autorité », défini à l'article L. 162-5-10 du code de la sécurité sociale<sup>(1)</sup>. Il s'agit d'un tarif forfaitaire fixé par arrêté ministériel et qui sert de base de remboursement pour des actes pratiqués par les professionnels non conventionnés avec la sécurité sociale. Le tarif d'autorité d'un montant très faible (il est aujourd'hui de 0,61 euro pour une consultation chez un médecin généraliste et de 1,22 euro chez un spécialiste) laisse ainsi la quasi-totalité des frais à la charge de l'assuré social.

- *Conditions de délivrance de l'autorisation*

L'autorisation est délivrée par le directeur général de l'agence régionale de santé. Au vu de l'objectif de la mesure proposée qui est de remédier à l'hétérogénéité de l'offre de soins médicaux sur le territoire national, la compétence du directeur général de l'agence régionale de la santé, dont la mission est d'organiser de façon globale la réponse aux besoins de santé de la population,

---

(1) « Les honoraires, rémunérations et frais accessoires des médecins qui n'adhèrent pas à la convention nationale des médecins ou qui ne sont pas régis par le règlement mentionné à l'article L. 162-14-2 donnent lieu à remboursement par les organismes d'assurance maladie sur la base d'un tarif d'autorité fixé par arrêté interministériel ».

apparaît pleinement justifiée. Pour délivrer son autorisation, celui-ci devra solliciter l'avis du représentant de l'État dans le département et du conseil régional ou interrégional de l'Ordre de médecins.

Il convient de souligner que le dispositif de régulation territoriale de l'installation pour l'exercice de la profession de médecin mis en place par l'article 5 peut être rapproché du dispositif déjà existant permettant aux agences régionales de santé de piloter et de réguler le maillage des établissements de santé. En effet, l'article L. 6122-1 du code de la santé publique dispose déjà que *« sont soumis à l'autorisation de l'agence régionale de santé, les projets relatifs à la création de tout établissement de santé, la création, la conversion et le regroupement des activités de soins, y compris sous la forme d'alternatives à l'hospitalisation ou d'hospitalisation à domicile, et l'installation des équipements matériels lourds »*.

Le rapport d'avril 2005 de la commission démographie médicale présenté par le professeur Yvon Berland détaille les avantages théoriques d'une telle planification des installations de médecin : *« En effet, si tant est que l'on ait bien déterminé la cartographie des besoins, la planification des installations des médecins pourrait permettre, à terme, d'assurer un maillage équitable de l'offre de soins à ses différents niveaux de structuration sur le territoire national. Cette orientation pourrait également permettre une meilleure organisation du système de soins, et des rapports plus coordonnés entre les différents acteurs. Elle aurait surtout l'avantage de placer chaque citoyen français au même niveau de chance vis-à-vis de la prise en charge de son état de santé, tant pour la prévention que pour le diagnostic et le traitement, et d'éviter toute discrimination géographique »*.

Dans le rapport d'information n° 1132 de septembre 2008 en conclusion des travaux de la mission d'information sur l'offre de soins sur l'ensemble du territoire, son rapporteur, M. Marc Bernier, député, jugeait déjà *« indispensable que des freins soient mis à l'installation de professionnels de santé toujours plus nombreux dans les zones sur-dotées, alors que se développent de véritables « déserts médicaux » »*.

La délivrance ou non de l'autorisation se fera en fonction de l'appréciation de critères de démographie médicale dans la région où le médecin souhaite créer, transférer ou regrouper son cabinet. Il est ainsi précisé que les créations, transferts ou regroupements de cabinets qui auront pour conséquence le dépassement, dans la région concernée, d'une certaine densité maximale de médecins pour 100 000 habitants ne pourront pas être autorisées.

L'étude précitée de législation comparée du Sénat de mai 2008 consacrée à la démographie médicale <sup>(1)</sup> indique que, en Allemagne, Autriche, Angleterre, Suisse et Québec, l'installation des médecins non conventionnés est libre alors que

---

(1) n° LC 185.

celle des médecins conventionnés est subordonnée à l'obtention d'une autorisation.

Il convient de rappeler qu'une telle régulation de l'installation des médecins à partir des densités ne permet qu'imparfaitement d'appréhender les difficultés d'accès aux soins primaires. En effet, un indicateur de densité médicale ne tient pas compte, par exemple, de l'exercice réel des médecins, du temps de travail des médecins en exercice voire de certaines particularités géographiques (zones de montagne par exemple) qui peuvent augmenter le temps d'accès aux soins de premier recours. Il appartiendra donc au pouvoir réglementaire, puisque les critères de définition de la densité maximale visée au I seront fixés par décret en Conseil d'État (*cf. infra*) de veiller à ce que ceux-ci soient définis avec toute la rigueur nécessaire pour parvenir au résultat escompté.

L'**alinéa 3** du **I** (II du nouvel article L. 4131-6-2 du code de la santé publique) propose que, dans le cadre d'un transfert ou d'un regroupement de cabinets de médecins conventionnés d'une région à une autre, l'autorisation définie au I soit délivrée conjointement par les directeurs généraux d'agences régionales de santé territorialement compétents, après qu'ils aient recueilli l'avis des représentants de l'État dans les départements et des conseils régionaux ou interrégionaux de l'ordre des médecins concernés.

L'**alinéa 4** du **I** (III du nouvel article L. 4131-6-2) propose de donner au directeur général de l'agence régionale de santé la possibilité, lorsqu'il est saisi d'une demande de création, de transfert ou de regroupement de cabinet, d'imposer une distance minimale entre l'emplacement prévu pour le futur cabinet et le cabinet existant le plus proche.

Cette disposition s'inspire directement d'une préconisation du rapport d'avril 2005 de la commission démographie médicale présenté par le professeur Yvon Berland, président de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé, qui proposait déjà d'enrichir l'analyse de la densité médicale d'indicateurs d'accessibilité aux soins (distance ou temps d'accès aux professionnels). A la différence d'autres propositions de loi comme la proposition de loi n°3158 du 9 février 2011 pour l'instauration d'un bouclier rural au service des territoires d'avenir, déposé par M. Jean-Marc Ayrault, qui retenait le critère de temps d'accès à un service de médecine <sup>(1)</sup>, c'est donc ici le critère de la distance entre deux cabinets qui est retenu.

• *Sanction en cas de non-respect de la décision du directeur général de l'agence régionale de santé*

L'**alinéa 5** du **I** (IV du nouvel article L. 4131-6-2) propose de donner un pouvoir de sanction au directeur général de l'agence régionale de santé, en lui

---

(1) Accès à un service de médecine générale à 20 minutes maximum de trajet automobile, dans les conditions de circulation du territoire concerné, et, dans les mêmes conditions, à un service d'urgence à 30 minutes maximum et à une maternité 45 minutes maximum

permettant de prononcer le « déconventionnement » d'un médecin, en cas de création, de transfert ou de regroupement de cabinet non autorisé.

Il convient ici de souligner que cette disposition ne remet pas en cause la liberté d'installation des médecins. Celle-ci, à laquelle sont fortement attachés les syndicats de médecins, est explicitement mentionnée par l'article L. 162-2 du code de la sécurité sociale au titre des principes déontologiques fondamentaux de la profession de médecin. Cet article dispose que « *dans l'intérêt des assurés sociaux et de la santé publique, le respect de la liberté d'exercice et de l'indépendance professionnelle et morale des médecins est assuré conformément aux principes déontologiques fondamentaux que sont le libre choix du médecin par le malade, la liberté de prescription du médecin, le secret professionnel, le paiement direct des honoraires par le malade, la liberté d'installation du médecin, sauf dispositions contraires en vigueur à la date de promulgation de la loi n° 71-525 du 3 juillet 1971* ».

En prévoyant le « déconventionnement » des médecins qui passeraient outre un refus d'autorisation du directeur général de l'agence régionale de la santé d'installation dans une zone déjà surdotée, le IV du nouvel article L. 4131-6-2 ne remet pas en cause le caractère libéral de la médecine puisqu'il sera toujours loisible au médecin concerné de s'installer dans ladite zone, même s'il est vrai qu'il ne pourra plus voir sa patientèle solvabilisée par la sécurité sociale dans le cadre des conventions médicales. Loin de remettre en cause l'exercice libéral de la médecine, cette mesure de régulation des installations se borne à ajuster l'effort financier de la collectivité aux besoins des Français.

La possibilité de recourir à un tel conventionnement sélectif dans les zones surmédicalisées avait déjà été proposé en octobre 2007 dans le rapport d'information n° 14 sur la démographie médicale de M. Jean-Marc Juilhard, sénateur.

- *Garantie de l'effectivité du dispositif de régulation des installations*

L'**alinéa 6 du I** (V du nouvel article L. 4131-6-2) propose d'instaurer une obligation d'exploitation effective du cabinet médical dont la création, le transfert, ou le regroupement a été autorisé par le directeur général de l'agence régionale de santé. Ainsi le cabinet doit être effectivement exploité au plus tard à l'issue d'un délai d'un an, délai courant à partir de la notification de l'autorisation de création de transfert ou de regroupement, sauf cas de force majeure. Le non respect de cette obligation d'exploitation peut conduire à ce que le directeur général de l'agence régionale de santé prononce le déconventionnement du médecin concerné.

L'introduction de cette notion d'« *exploitation effective* » vise à assurer l'effectivité du dispositif de meilleure répartition de l'offre de soins sur l'ensemble du territoire en évitant toute stratégie de contournement qui verrait la création de cabinet effectuant un très faible volume d'actes qui ne suffirait pas à couvrir les besoins effectifs de la population. La notion de « *force majeure* », non définie par

la proposition de loi, devra naturellement être précisée par le décret en Conseil d'État prévu pour l'application de ce texte (*cf. infra*).

• *Définition par le pouvoir réglementaire des modalités d'application du dispositif*

Le **II** de l'**article 5** propose de modifier la rédaction de l'article L. 4131-7 du chapitre I<sup>er</sup> (« *Conditions d'exercice* ») du titre III (« *Profession de médecin* ») du livre I<sup>er</sup> (« *Professions médicales* ») de la quatrième partie (« *Professions de santé* ») du code de la santé publique.

Dans sa rédaction actuelle, cet article dispose qu'un décret en Conseil d'État fixe certaines modalités d'exercice de la profession de médecins, notamment celles permettant à certains médecins européens d'exercer en France.

Le **II** vise à compléter l'article L. 4131-7 par cinq nouveaux alinéas, afin de renvoyer à un décret en Conseil d'État le soin de fixer :

– les conditions de délivrance de l'autorisation de création, transfert ou regroupement de cabinets médicaux ;

– les modalités de présentation et d'instruction des demandes d'autorisation de création, transfert et regroupement de cabinets médicaux ;

– les modalités de contrôle du respect des nouvelles obligations ;

– les conditions minimales d'installation auxquelles doivent satisfaire les cabinets médicaux ;

– les critères de définition de la densité maximale de médecins pour 100 000 habitants utilisée pour l'application de cet article.

Le fait de préciser les modalités d'application de ce nouveau régime juridique de régulation de l'installation des médecins vise à s'assurer que celui-ci sera mis en œuvre avec toutes les garanties de sécurité juridique et devrait être de nature à rassurer la profession concernée.

\*

*Bien que le rapporteur ait émis un avis **défavorable**, la Commission adopte l'amendement AS 16 de M. Guy Lefrand, qui tend à supprimer l'article.*

*En conséquence, l'article 5 est **supprimé**, et les amendements AS 36 à AS 42 du rapporteur et AS 17 de M. Guy Lefrand **deviennent sans objet**.*

### Article 6

(Art. L. 4141-5-2 [nouveau] et art. L. 4141-6 du code de la santé publique)

## **Autorisation d'installation pour l'exercice de la profession de chirurgien-dentiste**

Le présent article vise à transposer à la profession des chirurgiens-dentistes, le régime d'autorisation d'installation des cabinets de médecins, détaillé à l'article 5 de la présente proposition de loi (*cf. supra*).

### **1. Données démographiques**

Le document de travail n° 158 de la DREES, *Les professions de santé au 1<sup>er</sup> janvier 2011*, publié par M. Daniel Sicart en juillet 2011, met en évidence de fortes disparités de densité de chirurgiens-dentistes entre les régions, mais aussi entre les départements.

Les chirurgiens-dentistes libéraux forment la très grande majorité des praticiens qui se répartissent sur le territoire de la France métropolitaine. En effet, sur les 40 941 chirurgiens-dentistes, 39 976 exercent leur activité en libéral, et seuls 3 975 praticiens sont salariés. Parmi l'ensemble des chirurgiens-dentistes salariés, les salariés hospitaliers représentent une minorité, puisque seuls 478 praticiens ont été répertoriés dans cette catégorie.

Les effectifs de chirurgiens-dentistes sont en régulière augmentation depuis vingt ans, pourtant cette croissance demeure moins rapide que la croissance de la population française, ce qui a donc entraîné une diminution de la densité moyenne des praticiens sur le territoire. Ainsi, la densité moyenne de chirurgiens-dentistes sur le territoire métropolitain est passée de 67 praticiens pour 100 000 mille habitants en 1990 à 66 aujourd'hui <sup>(1)</sup>. Cette légère diminution est d'abord la conséquence de la mise en place du *numerus clausus* en 1971, mais aussi de la réduction substantielle du nombre de places ouvertes en deuxième année d'odontologie entre 1985 et 1995 <sup>(2)</sup>.

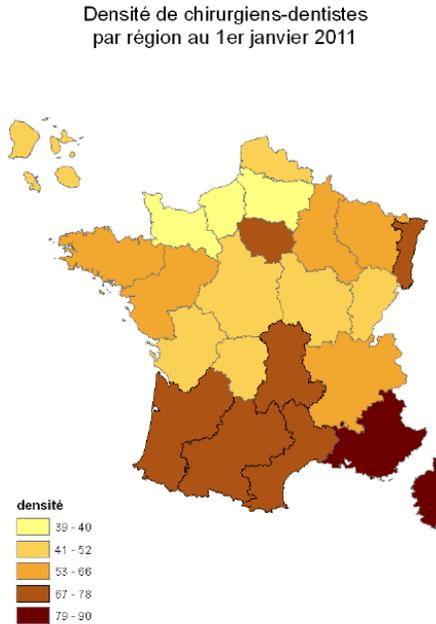
De plus, la répartition des chirurgiens-dentistes est loin d'être homogène d'après le document de travail n°158 de la DREES. Trois régions sont ainsi particulièrement mal dotées : la Basse-Normandie, la Haute-Normandie et la Picardie. La Basse-Normandie et la Haute-Normandie affichent ainsi une densité de seulement 40 praticiens pour 100 000 habitants, tandis que la Picardie ne dispose que de 39 chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants, ce qui en fait la région de France la moins bien dotée. À l'inverse les régions Corse et PACA (respectivement 85 et 90 praticiens pour 100 000 habitants) apparaissent fortement surdotées.

---

(1) DREES, *études et résultats* N° 595, septembre 2007, *La démographie des chirurgiens-dentistes à l'horizon 2030*, Marc Collet et Daniel Sicart.

(2) *Ibid.*

Au total, treize régions de France ont une densité de chirurgiens-dentistes inférieure à la moyenne nationale, comme l'illustre la carte suivante.



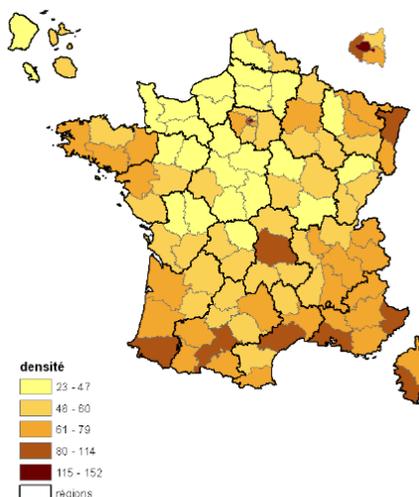
Source : DREES, document de travail n°158, *Les professions de santé au 1<sup>er</sup> janvier 2011, séries statistiques*, Daniel Sicart, juillet 2011.

De plus, les disparités sont encore plus frappantes à l'échelle infrarégionale.

Ainsi, aux deux extrémités du spectre de la densité de chirurgiens-dentistes, se trouvent l'Orne, qui ne recense que 34 praticiens pour 100 000 habitants, et la ville de Paris, avec 152 chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants.

La carte suivante, qui détaille la densité départementale de chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants, illustre bien les disparités importantes qui existent dans la répartition territoriale de la profession.

Densité de chirurgiens-dentistes  
par département au 1er janvier 2011



Source : DREES, document de travail n°158, *Les professions de santé au 1<sup>er</sup> janvier 2011, séries statistiques*, Daniel Sicart, juillet 2011

Ce constat milite pour la nécessité d'agir dans le sens d'une régulation territoriale plus directive.

## 2. Régime d'autorisation de création, de transfert et de regroupement des cabinets de chirurgiens-dentistes

Le **I** de l'article 6 tend à insérer un nouvel article L. 4141-5-2 dans le code de la santé publique. Le dispositif reprend à l'identique, en l'appliquant à la profession des chirurgiens dentistes, le dispositif d'autorisation à l'installation, au transfert et au regroupement des cabinets de médecins proposé à l'article 5 de la présente proposition de loi.

En conséquence, le **II** de l'article 6 vise à modifier la rédaction de l'article L. 4141-6 du chapitre premier («*Conditions d'exercice*») du titre IV («*Profession de chirurgien-dentiste*») du livre premier («*Professions médicales*») de la quatrième partie («*Professions de santé*») du même code, afin qu'un décret en Conseil d'État puisse fixer pour la profession des chirurgiens dentistes, comme pour les médecins :

– les conditions de délivrance de l'autorisation d'installation, de transfert ou de regroupement des cabinets de chirurgiens-dentistes ;

– les modalités de présentation et d'instruction des demandes de l'autorisation précitée ;

– les modalités de contrôle des obligations créées par le nouvel article L. 4141-5-2 ;

– les conditions minimales d’installation auxquelles doivent satisfaire les cabinets de chirurgiens dentistes ;

– les critères de définition de la densité maximale de chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants.

\*

*La Commission est saisie de l’amendement AS 18 de M. Guy Lefrand, qui tend à supprimer l’article.*

**M. le rapporteur.** Avis défavorable. L’article propose, pour les chirurgiens-dentistes, des dispositions identiques à celles que l’article précédent prévoyait pour les médecins.

*La Commission adopte l’amendement AS 18.*

*En conséquence, l’article 6 est **supprimé**, et les amendements AS 43 à AS 46 du rapporteur et AS 19 de M. Guy Lefrand **deviennent sans objet**.*

#### *Article 7*

(Art. L. 4151-6-1 [nouveau] et art. L. 4151-10 du code de la santé publique)

#### **Autorisation d’installation pour l’exercice de la profession de sage-femme**

L’article 7 a pour objet de transposer à l’identique à la profession de sage-femme le dispositif d’autorisation à l’installation, au transfert et au regroupement des cabinets de médecins, tel qu’il est détaillé à l’article 5 de la présente proposition de loi (*cf. supra*).

#### **1. Une profession aux effectifs dynamiques**

Il existe aujourd’hui 18 070 sages-femmes dans notre pays<sup>(1)</sup>. Entre 1990 et 2010 le nombre de ces praticiennes a augmenté de 80 %<sup>(2)</sup>. Cette croissance importante est due aux fréquents relèvements du quota annuel de recrutement qui a augmenté de plus de 50 % entre 1998 et 2010, en passant de 663 places en 1990 à 1 015 places aujourd’hui<sup>(3)</sup>. Ces relèvements sont le fruit d’une volonté politique affirmée en faveur de la périnatalité qui s’est traduite par le plan « Périnatalité 2005-2007 ». Le nombre de sages-femmes a ainsi triplé en vingt ans<sup>(4)</sup>, également

---

(1) DREES, document de travail n° 158, *Les professions de santé au 1<sup>er</sup> janvier 2011*, Daniel Sicart, juillet 2011.

(2) *Rapport de la Cour des comptes sur la sécurité sociale*, septembre 2011.

(3) *Ibid.*

(4) *Ibid.*

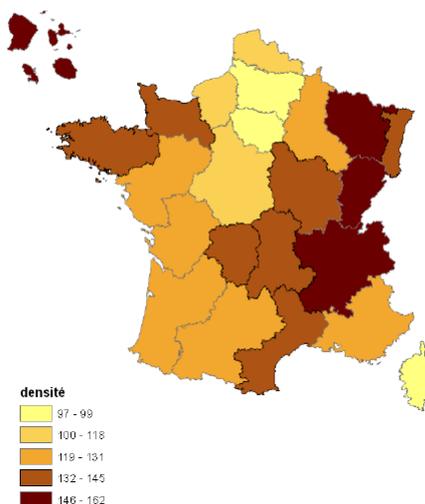
en raison de l'évolution des besoins démographiques et du relèvement du taux de natalité dans notre pays.

Les sages-femmes exercent dans leur grande majorité (à 75 %) <sup>(1)</sup> exclusivement à l'hôpital, seulement 3 250 de ces 18 070 praticiennes exerçant en libéral <sup>(2)</sup>.

La densité moyenne pour 100 000 habitants est de 125 sages-femmes. D'après le document de travail n° 158 de la DREES, six régions françaises n'atteignent pas cet effectif. La situation demeure cependant moins alarmante que pour les médecins ou les chirurgiens-dentistes.

L'Île-de-France, avec une densité de seulement 98 praticiennes pour 100 000, n'est dépassée que par la Picardie, qui affiche une densité de 97 sages-femmes pour 100 000 habitants et qui confirme ainsi son statut de région française la moins bien dotée en profession de santé.

Densité de sages-femmes  
par région au 1er janvier 2011



Source : DREES, document de travail n° 158, *Les professions de santé au 1<sup>er</sup> janvier 2011, séries statistiques*, Daniel Sicart, juillet 2011.

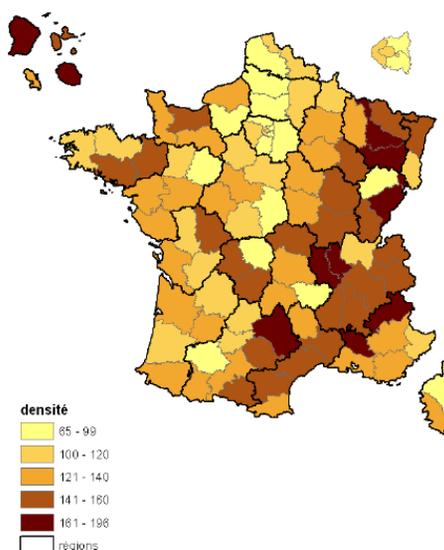
Une analyse plus fine montre d'importantes différences entre départements au sein d'une même région.

---

(1) *Ibid.*

(2) DREES, document de travail n°158, *Les professions de santé au 1<sup>er</sup> janvier 2011*, Daniel Sicart, juillet 2011.

Densité de sages-femmes  
par département au 1er janvier 2011



Source : DREES, document de travail n°158, *Les professions de santé au 1<sup>er</sup> janvier 2011, séries statistiques*, Daniel Sicart, juillet 2011

## 2. Régime d'autorisation de création, de transfert et de regroupement des cabinets de sages-femmes

Le **I** de l'article 7 tend à insérer un nouvel article L. 4151-6-1 dans le code de la santé publique. Le dispositif reprend à l'identique, pour son application à la profession de sage-femme, le dispositif d'autorisation à l'installation, au transfert et au regroupement des cabinets de médecins proposé à l'article 5 de la présente proposition de loi (*cf. supra*).

En conséquence, le **II** de l'article 7 tend à modifier la rédaction de l'article L. 4151-10 du chapitre premier (« *Conditions d'exercice* ») du titre V (« *Profession de sage femme* ») du livre premier (« *Professions médicales* ») de la quatrième partie (« *Professions de santé* ») du même code, afin qu'un décret en Conseil d'État puisse fixer pour la profession des sages-femmes, comme cela est proposé pour les médecins :

– les conditions de délivrance de l'autorisation d'installation, de transfert ou de regroupement des cabinets de sages-femmes ;

– les modalités de présentation et d'instruction des demandes de l'autorisation précitée ;

– les modalités de contrôle des obligations créées par le nouvel article L. 4151-6-1 ;

– les conditions minimales d’installation auxquelles doivent satisfaire les cabinets de sages-femmes ;

– les critères de définition de la densité maximale de sages-femmes pour 100 000 habitants.

\*

*La Commission examine l’amendement AS 20 de M. Guy Lefrand, qui tend à supprimer l’article.*

**M. le rapporteur.** Avis défavorable. Les infirmiers et les masseurs kinésithérapeutes ont ouvert la voie en matière d’autorisation à l’installation. Les sages-femmes auraient pu leur emboîter le pas ; elles semblent même le souhaiter.

*La Commission adopte l’amendement AS 20.*

*En conséquence, l’article 7 est **supprimé**, et les amendements AS 47 à AS 49 du rapporteur et AS 21 de M. Guy Lefrand **deviennent sans objet**.*

#### *Article 8*

(Art. L. 4311-11-1 [nouveau] et art. L. 4311-29 du code de la santé publique)

#### **Autorisation d’installation pour l’exercice de la profession d’infirmier**

L’article **8** vise à transposer aux infirmiers libéraux le régime d’autorisation à l’installation, au transfert et au regroupement des cabinets proposé pour les médecins à l’article 5 de la présente proposition de loi (*cf. supra*).

#### **1. La profession d’infirmier se caractérise par de grandes disparités démographiques malgré un récent nouvel outil conventionnel de régulation**

Si les disparités de répartition de la profession des infirmiers sont très importantes, il convient de souligner que cette profession a récemment pris ses responsabilités en signant un avenant à la convention nationale infirmière qui met en place un dispositif de régulation géographique des effectifs.

##### **a) Données démographiques et densité des infirmiers**

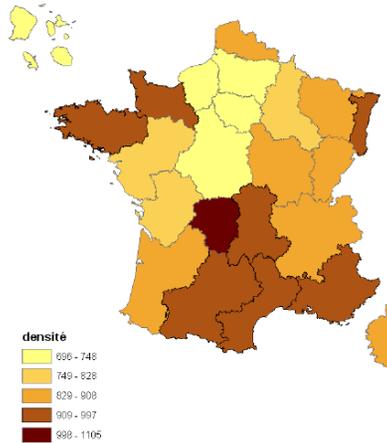
Parmi les 534 378 infirmiers exerçant en France au 1<sup>er</sup> janvier 2011, 82 243 exercent leur profession en libéral et 371 382 sont des salariés hospitaliers <sup>(1)</sup>.

Plus encore que les médecins, la répartition géographique des infirmiers est marquée par de fortes disparités.

---

(1) DREES, document de travail n°158, *Les professions de santé au 1<sup>er</sup> janvier 2011*, Daniel Sicart, juillet 2011

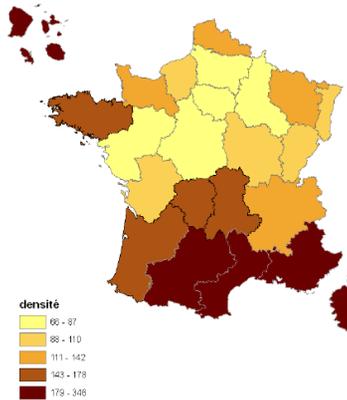
Densité d'infirmiers  
par région au 1<sup>er</sup> janvier 2011



Source : DREES, document de travail n°158, *Les professions de santé au 1<sup>er</sup> janvier 2011, séries statistiques*, Daniel Sicart, juillet 2011.

Les disparités sont encore plus marquées lorsque l'on examine la démographie des seuls infirmiers libéraux.

Densité d'infirmiers libéraux  
par région au 1<sup>er</sup> janvier 2011



Source : DREES, document de travail n°158, *Les professions de santé au 1<sup>er</sup> janvier 2011, séries statistiques*, Daniel Sicart, juillet 2011.

La densité française moyenne d'infirmiers libéraux est de 134 praticiens pour 100 000 habitants. En outre, les disparités sont grandes entre la métropole qui affiche une densité de 132<sup>(1)</sup> et les départements d'outre-mer où la densité s'élève à 217.

---

(1) DREES, répertoire Adéli, estimations de population au 1/1/2009, mis à jour le 26/07/2011.

En métropole, l'exercice libéral de la profession d'infirmier se caractérise par un héliotropisme très prononcé.

Ces très fortes disparités ont conduit les partenaires sociaux à mettre en place un dispositif de régulation territoriale de la profession par voie conventionnelle.

### ***b) Le récent dispositif conventionnel de régulation***

Un avenant n°1 à la convention nationale infirmière, dont la conclusion a été rendue possible par l'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 et qui a été approuvé par un arrêté du 17 octobre 2008, a mis en place un dispositif de régulation de l'offre infirmière sur le territoire.

Ce dispositif repose sur la définition de zones géographiques identifiées en fonction de critères de besoins et d'offres en soins infirmiers. Ces zones sont répertoriées en cinq catégories définies selon la densité d'infirmiers libéraux en leur sein. Ainsi, 145 zones très sous dotées (5 % du nombre total des zones) et 210 zones surdotées (soit 7 % de l'ensemble) ont pu être identifiées <sup>(1)</sup>.

Dans les zones très sous dotées, un dispositif incitatif à l'installation ou au maintien des infirmiers libéraux a été mis en place sous la forme d'une aide forfaitaire à l'installation ainsi que d'une prise en charge des cotisations sociales dues au titre des allocations familiales. Par ailleurs, l'avenant doit permettre de réguler le nombre d'infirmiers conventionnés dans les zones surdotées, en imposant comme condition préalable à tout nouveau conventionnement dans une zone surdotée le départ de cette zone d'un infirmier déjà conventionné.

Cet avenant n'est entré en vigueur qu'en 2009, une fois le travail de zonage effectué. Dès le second semestre 2009, une diminution de 137 infirmiers conventionnés a été constaté dans les zones surdotées, tandis qu'un peu moins d'une centaine d'infirmiers se sont installés dans les zones très sous dotées. Cet avenant n'ayant pu être conclu qu'en contrepartie d'une revalorisation tarifaire, le coût de cette mesure a atteint un montant de 162 millions d'euros pour la seule année 2009 <sup>(2)</sup>.

## **2. Régime d'autorisation de création, de transfert et de regroupement des cabinets d'infirmiers**

Le I de l'article 8 tend à insérer un nouvel article L. 4311-11-1 dans le code de la santé publique. Le dispositif proposé reprend à l'identique, pour son application à la profession des infirmiers, le dispositif d'autorisation à l'installation, au transfert et au regroupement des cabinets de médecins proposé à l'article 5 de la présente proposition de loi (*cf. supra*).

---

(1) Rapport de la Cour des comptes sur la sécurité sociale, septembre 2011.

(2) *Ibid.*

En conséquence, le **II** de l'article 8 tend à modifier la rédaction de l'article L. 4311-29 du chapitre premier (« Règles liées à l'exercice de la profession ») du titre I<sup>er</sup> (« Profession d'infirmier ou d'infirmière ») du livre III (« Auxiliaires médicaux, aides-soignants, auxiliaires de puériculture et ambulanciers ») de la quatrième partie (« Professions de santé ») du même code, afin qu'un décret en Conseil d'État puisse fixer pour la profession des infirmiers, comme cela est proposé pour les médecins et les chirurgiens-dentistes :

– les conditions de délivrance de l'autorisation d'installation, de transfert ou de regroupement des cabinets d'infirmiers ;

– les modalités de présentation et d'instruction des demandes de l'autorisation précitée ;

– les modalités de contrôle des obligations créées par le nouvel article L. 4311-11-1 ;

– les conditions minimales d'installation auxquelles doivent satisfaire les cabinets d'infirmiers ;

– les critères de définition de la densité maximale d'infirmiers pour 100 000 habitants.

\*

*La Commission examine l'amendement AS 22 de M. Guy Lefrand, qui tend à supprimer l'article.*

**M. le rapporteur.** Avis défavorable. Les rédacteurs de l'amendement n'ont pas pris en compte le fait que la convention passée avec les infirmiers résout en partie le problème du sous-effectif.

**M. Guy Lefrand.** Raison de plus pour supprimer l'article.

*La Commission adopte l'amendement AS 22.*

*En conséquence, l'article 8 est **supprimé**, et les amendements AS 50 à AS 52 du rapporteur et AS 23 de M. Guy Lefrand **deviennent sans objet**.*

#### *Article 9*

(Art. L. 4321-11-1 [nouveau] et art. L. 4321-22 du code de la santé publique)

#### **Autorisation d'installation pour l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute**

L'article 9 tend à transposer à la profession de masseur-kinésithérapeute le dispositif d'autorisation à l'installation, au transfert et au regroupement de cabinet de médecins détaillé à l'article 5 de la présente proposition de loi (*cf. supra*).

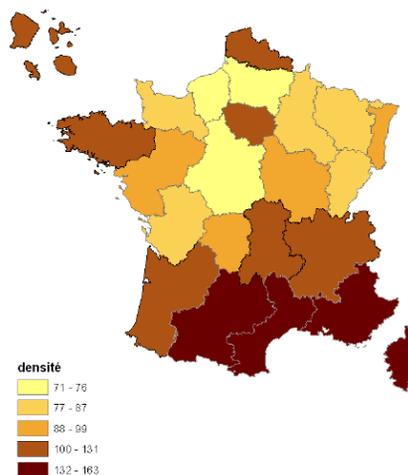
## 1. La profession de masseur-kinésithérapeute s'est engagée sur la voie de négociation conventionnelle visant à réguler leur répartition géographique

### a) Données démographiques et densité

La France métropolitaine compte 70 780 masseurs-kinésithérapeutes<sup>(1)</sup>, l'essentiel (55 763) exerçant leur profession en libéral, pour une densité moyenne en métropole de 113 praticiens pour 100 000 habitants.

Comme pour la profession des infirmiers libéraux, la répartition des masseurs-kinésithérapeutes se caractérise par une concentration dans le sud du pays. Les régions Languedoc-Roussillon et Provence-Alpes-Côte d'Azur, avec des densités respectives de 163 et 160, sont les régions les mieux dotées<sup>(2)</sup>, tandis qu'encore une fois la Picardie est la moins bien dotée avec une densité de seulement 71 praticiens pour 100 000 habitants<sup>(3)</sup>.

Densité de masseurs-kinésithérapeutes  
par région au 1er janvier 2011



Source : DREES, document de travail n°158, *Les professions de santé au 1<sup>er</sup> janvier 2011*, séries statistiques, Daniel Sicart, juillet 2011.

À l'échelle départementale, les Hautes-Alpes (238 praticiens pour 100 000 habitants) et la Mayenne (57 praticiens pour 100 000 habitants) occupent les deux extrémités du spectre de la densité démographique des masseurs-kinésithérapeutes<sup>(4)</sup>.

---

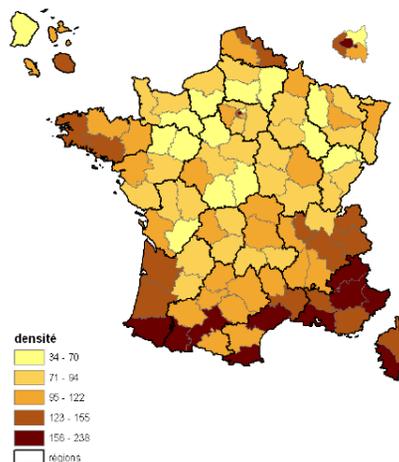
(1) DREES, document de travail n°158, *Les professions de santé au 1<sup>er</sup> janvier 2011*, Daniel Sicart, juillet 2011

(2) *Ibid.*

(3) *Ibid.*

(4) *Ibid.*

Densité de masseurs-kinésithérapeutes  
par département au 1er janvier 2011



Source : DREES, document de travail n°158, *Les professions de santé au 1<sup>er</sup> janvier 2011, séries statistiques*, Daniel Sicart, juillet 2011.

## b) Le mécanisme de régulation géographique envisagé

Face à ces disparités géographiques d'accès aux soins, les partenaires sociaux, en l'occurrence l'Union nationale des caisses d'assurance-maladie (UNCAM) et la Fédération française des masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs (FFMKR) ont signé, le 30 novembre 2011, un avenant conventionnel n° 3 à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes. Cet avenant met en place un dispositif de régulation s'inspirant largement de ce qui a été fait pour les infirmiers libéraux (*cf. supra* commentaire de l'article 8).

Il se décline en deux volets, d'une part *via* des aides à l'installation dans les zones où les praticiens sont insuffisamment nombreux et, d'autre part, en ne rendant possible l'installation dans les zones surdotées en praticiens seulement en cas de départ ou d'arrêt de l'activité d'un masseurs-kinésithérapeutes déjà en place. Avant que cet avenant puisse être appliqué, il faudra qu'un arrêté ministériel l'approuve et que le travail de définition des zones concernées soit conduit à bien.

Il faut souligner que, même si la FFMKR est le syndicat majoritaire parmi la profession, il demeure le seul pour l'instant à avoir signé cet avenant.

## 2. Régime d'autorisation de création, de transfert et de regroupement des cabinets de masseurs-kinésithérapeutes

Le I de l'article 9 tend à insérer un nouvel article L. 4321-11-1 dans le code de la santé publique. Le dispositif de ce nouvel article reprend à l'identique,

pour son application à la profession des masseurs-kinésithérapeutes, le dispositif d'autorisation à l'installation, au transfert et au regroupement des cabinets de médecins détaillé à l'article 5 de la présente proposition de loi (*cf. supra*).

En conséquence, le **II** de l'article 9 modifie la rédaction de l'article L. 4321-22 du chapitre premier (« *Masseur-kinésithérapeute* ») du titre II (« *Professions de masseur-kinésithérapeute et de pédicure-podologue* ») du livre III (« *Auxiliaires médicaux, aides-soignants, auxiliaires de puériculture et ambulanciers* ») de la quatrième partie (« *Professions de santé* ») du code de la santé publique, afin qu'un décret en Conseil d'État puisse fixer pour la profession des infirmiers, comme cela est proposé pour les médecins :

– les conditions de délivrance de l'autorisation d'installation, de transfert ou de regroupement des cabinets de masseurs-kinésithérapeutes ;

– les modalités de présentation et d'instruction des demandes de l'autorisation précitée ;

– les modalités de contrôle des obligations créées par le nouvel article L. 4311-11-1 ;

– les conditions minimales d'installation auxquelles doivent satisfaire les cabinets de masseurs-kinésithérapeutes,

– les critères de définition de la densité maximale de masseurs-kinésithérapeutes pour 100 000 habitants.

\*

*La Commission en vient à l'amendement AS 24 de M. Guy Lefrand, visant à supprimer l'article.*

*Bien que le rapporteur ait émis un avis défavorable, la Commission adopte l'amendement AS 24.*

*En conséquence, l'article 9 est **supprimé**, et les amendements AS 53 à AS 56 du rapporteur et AS 25 de M. Guy Lefrand **deviennent sans objet**.*

#### *Article 10*

(art. L. 1432-2 du code de la santé publique)

#### **Compétences du directeur général de l'agence régionale de la santé**

L'article 10 a pour objet de compléter l'article L. 1432-2 de la sous-section 1 (« *Directeur général* ») de la section 1 (« *Organisation des agences* ») du chapitre II (« *Organisation et fonctionnement des agences régionales de santé* ») du titre III (« *Agences régionales de santé* ») du livre IV (« *Administration générale de la santé* ») de la première partie (« *Protection générale de la santé* ») du code de la santé publique afin de compléter les pouvoirs

du directeur général de l'agence régionale de santé pour y intégrer les nouvelles missions qui lui sont attribuées par la présente proposition de loi en matière d'autorisation d'installation pour l'exercice des professions visées aux articles 5 (médecins), 6 (chirurgiens-dentistes), 7 (sages-femmes), 8 (infirmiers libéral) et 9 (masseurs-kinésithérapeutes).

### **1. Les pouvoirs actuels du directeur général d'une agence régionale de santé**

Principalement définie par l'article 118 de la loi dite « HPST », la compétence du directeur général d'une agence régionale de santé, désormais codifiée à l'article L. 1432-2 du code de la santé publique, traduit la volonté de lui donner des pouvoirs très étendus.

En effet, le directeur général est le représentant légal de l'agence et dirige ses services. Il exerce au nom de l'État toutes les compétences qui ne sont pas attribuées à une autre autorité, parmi lesquelles certaines sont spécifiquement énumérées :

– il prépare et exécute, en tant qu'ordonnateur, le budget de l'agence et arrête le compte financier ;

– il arrête le projet régional de santé ;

– il conclut avec les départements ou les communes les conventions relatives aux programmes de dépistage du cancer et aux actions en matière de vaccination, de lutte contre la tuberculose, la lèpre, le sida et les maladies sexuellement transmissibles ;

– il délivre les autorisations relatives à la création et à l'extension des établissements, aux activités de soins et à l'installation des équipements matériels lourds ;

– il peut recruter, sur CDI ou CDD, des contractuels de droit public ou des agents de droit privé régis par les conventions collectives applicables aux personnels des organismes de sécurité sociale ;

– il désigne les personnes chargées d'assurer l'intérim des fonctions de directeur et de secrétaire général des établissements de santé.

À ces compétences s'ajoutent notamment celles qui lui permettent d'imposer aux établissements publics de santé de fusionner ou de mettre en oeuvre des coopérations, ou encore celle de placer ces établissements sous administration provisoire.

Il est tenu de rendre compte au conseil de surveillance, au moins une fois par an après la clôture de l'exercice, de la mise en oeuvre de la politique régionale de santé et de la gestion de l'agence.

## 2. Le dispositif proposé

L'**article 10** complète le septième alinéa de l'article L. 1432-2, qui dispose actuellement que le directeur général délivre les autorisations relatives à la création et à l'extension des établissements, aux activités de soins et à l'installation des équipements matériels lourds, pour y ajouter qu'il délivre également les autorisations d'installation pour l'exercice de certaines professions prévus aux nouveaux articles du code de la santé publique introduits par la présente proposition de loi : L. 4131-6-2 pour les médecins (*cf. supra* article 5), L. 4141-5-2 pour les chirurgiens-dentistes (*cf. supra* article 6), L. 4151-6-1 pour les sages-femmes (*cf. supra* article 7), L. 4311-11-1 pour les infirmiers (*cf. supra* article 8) et L. 4321-11-1 pour les masseurs-kinésithérapeutes (*cf. supra* article 9).

\*

*La Commission examine l'amendement AS 26 de M. Guy Lefrand, qui tend à supprimer l'article.*

**M. le rapporteur.** Avis défavorable. La loi « HSPT » prévoit que les agences régionales de santé et les commissions médicales évaluent les besoins de la population et prévoient une offre médicale adéquate.

*La Commission adopte l'amendement AS 26.*

*En conséquence, l'article 10 est supprimé.*

*Après l'article 10*

*La Commission examine l'amendement AS 4 de Mme Bérengère Poletti.*

**M. le rapporteur.** L'amendement, que j'ai cosigné, propose une meilleure organisation de l'offre de soins gynécologiques sur le territoire. Il reprend des dispositions de la loi « Fourcade » du 10 août 2011, que le Conseil constitutionnel a annulées, au motif qu'elles constitueraient un cavalier législatif.

Il offre aux agences régionales de santé situées dans une région qui connaît un taux important d'interruptions volontaires de grossesse et peine à organiser leur prise en charge, la possibilité d'autoriser pendant deux ans les sages-femmes volontaires des établissements de santé publics ou privés à pratiquer des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse.

*La Commission rejette l'amendement AS 4.*

*Article additionnel après l'article 10*

**Transmission des informations médicales relatives à la contraception des mineures**

*La Commission examine l'amendement AS 3 de Mme Bérengère Poletti.*

**M. le rapporteur.** L'amendement, que j'ai cosigné, propose, dans le cadre d'un dispositif anonyme et gratuit de prescription et de délivrance de méthodes contraceptives pour une mineure, d'interdire la transmission des informations médicales concernées à ses représentants légaux.

*La Commission adopte l'amendement AS 3.*

*Article 11*

**Évaluation du dispositif de régulation de l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire**

L'article 11 a pour objet de créer un comité chargé, d'une part, d'évaluer la mise en œuvre des dispositions contenues dans la présente proposition de loi et, d'autre part, de proposer les mesures d'adaptation nécessaires.

Dès avril 2005, le rapport de la commission démographie médicale présenté par le professeur Yvon Berland, président de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé, soulignait à juste titre que les mesures de régulation visant à garantir un accès aux soins égal sur l'ensemble du territoire « ne garantissent pas l'efficacité escomptée a priori. Il serait particulièrement dangereux de s'en contenter sans évaluer leur performance. Il est donc essentiel de prévoir une évaluation régulière de leur diffusion, de leur application, de leur efficience ».

Dans cet esprit, il proposait qu'une commission rassemblant tous les acteurs de l'offre de soins puisse se réunir pour établir au bout de quelques années un bilan de la situation démographique et des conséquences des mesures prises pour la répartition de l'offre de soins et proposer les mesures nécessaires à la correction des déséquilibres éventuels. Le dispositif proposé par l'article 11 poursuit un tel objectif.

Le I de l'article 11 prévoit, en effet, qu'un comité rassemblera les divers acteurs concernés par les problématiques d'accès à une offre de soins adaptée aux besoins de la population, en particulier quant à sa répartition sur le territoire :

- des députés et des sénateurs ;
- des représentants des collectivités territoriales ;
- des représentants des administrations compétentes de l'État ;

– des représentants des ordres des professions concernées (médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes).

Ce comité devra établir, au plus tard à la fin de la deuxième année suivant l'entrée en vigueur de la loi, un rapport destiné au Gouvernement et au Parlement évaluant la mise en œuvre des dispositions de la présente proposition de loi et proposant, le cas échéant, les mesures d'adaptation qu'il estimera nécessaires.

Le **II** prévoit que les règles d'organisation et de fonctionnement de ce comité seront déterminées par un décret en Conseil d'État.

\*

*La Commission est saisie de l'amendement AS 27 de M. Guy Lefrand, visant à supprimer l'article.*

**M. le rapporteur.** Avis défavorable. L'article reprend une préconisation du professeur Berland, président de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé.

*La Commission **adopte** l'amendement AS 27.*

*En conséquence, l'article 11 est **supprimé**, et l'amendement AS 57 du rapporteur **devient sans objet**.*

#### Article 12

#### **Gage financier**

Présent dans la quasi-totalité des propositions de loi, cet article prévoit un gage pour les éventuelles dépenses supplémentaires entraînées par la proposition de loi.

Outre que l'article 40 de la Constitution n'autorise pas les gages de charges, une telle disposition n'est pas nécessaire, la présente proposition de loi n'entraînant aucune dépense supplémentaire au-delà de simples charges de gestion.

\*

*La Commission en vient aux amendements identiques AS 58 du rapporteur et AS 28 de M. Guy Lefrand, qui tendent à supprimer l'article.*

**M. le rapporteur.** L'article 12, qui prévoit un gage financier, n'est pas nécessaire, puisque la proposition de loi n'entraîne aucune dépense supplémentaire au-delà de simples charges de gestion.

*La Commission **adopte** les amendements AS 58 et AS 28.*

*En conséquence, l'article 12 est **supprimé**.*

*Article additionnel après l'article 12*

**Développement de la télémédecine**

*La Commission **adopte** l'amendement AS 59 du rapporteur, visant à développer la mise en place de la télémédecine par les établissements de santé, les cabinets médicaux, les maisons de santé et les pôles de santé.*

*Puis elle **adopte** l'ensemble de la proposition de loi **modifiée**.*

\*

**En conséquence, la Commission des affaires sociales demande à l'Assemblée nationale d'adopter la présente proposition de loi dans le texte figurant dans le document joint au présent rapport.**



## TABLEAU COMPARATIF<sup>(1)</sup>

Dispositions en vigueur	Texte de la proposition de loi	Texte de la Commission
<p>Code de l'éducation</p> <p>Art. L. 631-1. – I. – La première année des études de santé est commune aux études médicales, odontologiques, pharmaceutiques et de sage-femme. Les ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé déterminent par voie réglementaire :</p> <p>1° L'organisation de cette première année des études de santé ;</p> <p>2° Le nombre des étudiants admis dans chacune des filières à l'issue de la première année des études de santé ; ce nombre tient compte des besoins de la population, de la nécessité de remédier aux inégalités géographiques et des capacités de formation des établissements concernés. Toutefois, les universités peuvent répartir ce nombre entre plusieurs unités de formation et de recherche pour répondre à des besoins d'organisation et d'amélioration de la pédagogie. Un arrêté détermine les critères de répartition de ce nombre de façon à garantir l'égalité des chances des candidats ;</p> <p>3° Les modalités d'admission des étudiants dans chacune des filières à l'issue de la première année ;</p> <p>4° Les conditions dans lesquelles les étudiants peuvent être réorientés à l'issue du premier semestre de la première année des études de santé ou au terme de celle-ci ainsi que les modalités de leur réinscription ultérieure éventuelle dans cette année d'études.</p>	<p><b>Proposition de loi visant à garantir un accès aux soins égal sur l'ensemble du territoire</b></p> <p><b>Article 1<sup>er</sup></b></p> <p>Le 2° du I de l'article L. 631-1 du code de l'éducation est ainsi modifié :</p> <p>1° À la première phrase, les mots : « tient compte » sont remplacés par les mots : « est arrêté en fonction » ;</p> <p>2° À la dernière phrase, après le mot : « garantir », sont insérés les mots : « un accès aux soins équitable sur l'ensemble du territoire et ».</p>	<p><b>Proposition de loi visant à garantir un accès aux soins égal sur l'ensemble du territoire</b></p> <p><b>Article 1<sup>er</sup></b></p> <p><i>Supprimé</i></p> <p><b>Amendement AS 6</b></p>

<sup>(1)</sup> Les dispositions suivies d'un astérisque sont détaillées en annexe

**Dispositions en vigueur**

II. – 1° Des candidats, justifiant notamment de certains grades, titres ou diplômes, peuvent être admis en deuxième année ou en troisième année des études médicales, odontologiques, pharmaceutiques ou de sage-femme.

2° Peuvent également être admis en deuxième année des études médicales, odontologiques, pharmaceutiques ou en première année d'école de sage-femme des étudiants engagés dans les études médicales, odontologiques, pharmaceutiques ou de sage-femme et souhaitant se réorienter dans une filière différente de leur filière d'origine ; cette possibilité de réorientation est ouverte aux étudiants ayant validé au moins deux années d'études dans la filière choisie à l'issue de la première année.

Les ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé arrêtent le nombre, les conditions et les modalités d'admission des étudiants mentionnés aux 1 et 2.

III. – Le ministre chargé de la santé est associé à toutes les décisions concernant les enseignements médicaux, odontologiques et pharmaceutiques.

Art. L. 632-5. – Au cours du troisième cycle des études médicales, les internes reçoivent une formation théorique et pratique à temps plein sous le contrôle des universités.

Quelle que soit la discipline d'internat, les internes sont soumis aux mêmes dispositions statutaires et perçoivent la même rémunération. Ils exercent des fonctions rémunérées hospitalières ou extra-hospitalières, soit dans les centres hospitaliers universitaires, soit dans des établissements hospitaliers, y compris militaires ou privés, liés à ces centres par convention, soit dans des

**Texte de la proposition de loi**

**Article 2**

Après la dernière phrase de l'article L. 632-5 du code de l'éducation, il est inséré une phrase ainsi rédigée :

**Texte de la Commission**

**Article 2**

*Supprimé*

**Amendement AS 7**

<b>Dispositions en vigueur</b>	<b>Texte de la proposition de loi</b>	<b>Texte de la Commission</b>
<p>organismes agréés extra-hospitaliers ou des laboratoires agréés de recherche, soit sous forme de stage auprès de praticiens, de centres de santé ou de structures de soins alternatives à l'hospitalisation agréés.</p>	<p>« Au cours de la troisième année d'internat, tout étudiant en médecine doit effectuer un stage pratique, pour une durée minimale de 12 mois, au sein d'une maison de santé pluridisciplinaire ou d'un établissement hospitalier dans les zones, définies en application de l'article L. 1434-7* du code de la santé publique, dans lesquelles est constaté un déficit en matière d'offre de soins ».</p>	
<p>Art. L. 632-2. – Le troisième cycle des études médicales est ouvert à tous les étudiants ayant validé le deuxième cycle des études médicales.</p>	<p><b>Article 3</b></p> <p>I. – L'article L. 632-2 du code de l'éducation est ainsi modifié :</p>	<p><b>Article 3</b></p> <p><b>Supprimé</b></p>
<p>Un arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur et du ministre chargé de la santé détermine pour une période de cinq ans le nombre d'internes à former par spécialité, en particulier celle de médecine générale, et par subdivision territoriale, compte tenu de la situation de la démographie médicale dans les différentes spécialités concernées et de son évolution au regard des besoins de prise en charge spécialisée.</p>	<p>1° Le premier alinéa est ainsi modifié :</p> <p>a) Après le mot : « ouvert », sont insérés les mots : « , dans chaque région , » ;</p> <p>b) Sont ajoutés les mots : « dans la même région » ;</p>	<p><b>Amendement AS 9</b></p>
<p>Un arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur et du ministre chargé de la santé détermine les modalités en fonction desquelles tout étudiant qui présente le concours d'entrée en deuxième année d'études de médecine est informé de l'objectif de la collectivité nationale de rééquilibrage de la densité médicale sur le territoire et des mesures permettant d'y concourir.</p>	<p>2° Au deuxième alinéa, les mots : « subdivision territoriale » sont remplacés par le mot : « région » ;</p>	
<p>Un arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur et du ministre chargé de la santé détermine le nombre de postes d'interne offerts chaque année</p>		

Dispositions en vigueur	Texte de la proposition de loi	Texte de la Commission
<p>par discipline ou spécialité et par centre hospitalier universitaire. Le choix effectué par chaque étudiant est subordonné au rang de classement aux épreuves classantes nationales.</p>	<p>3° À la fin de la seconde phrase du quatrième alinéa, le mot : « nationales » est remplacé par le mot : « régionales » ;</p>	
<p>Les élèves médecins des écoles du service de santé des armées exercent leur choix au sein d'une liste établie, en fonction des besoins des armées, par arrêté du ministre de la défense et des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé. Un décret en Conseil d'État fixe les conditions dans lesquelles les postes d'interne sont attribués à ces élèves.</p>	<p>4° Au dernier alinéa, les mots : « les subdivisions territoriales mentionnées au deuxième alinéa, » sont supprimés.</p>	
<p>Des décrets en Conseil d'État déterminent les subdivisions territoriales mentionnées au deuxième alinéa, les modalités des épreuves d'accès au troisième cycle, de choix d'une spécialité par les internes, d'établissement de la liste des services formateurs, d'organisation du troisième cycle des études médicales, de changement d'orientation ainsi que la durée des formations nécessaires durant ce cycle, et ultérieurement, pour obtenir selon les spécialités une qualification.</p>	<p>II. – Le quatrième alinéa de l'article L. 632-6 du même code est ainsi modifié :</p>	
<p>Art. L. 632-6. – Chaque année, un arrêté du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de la sécurité sociale détermine le nombre d'étudiants qui, admis à poursuivre des études médicales à l'issue de la première année du premier cycle ou ultérieurement au cours de ces études, peuvent signer avec le Centre national de gestion mentionné à l'article 116 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière un contrat d'engagement de service public.</p>		
<p>Ce contrat ouvre droit, en sus des rémunérations auxquelles les étudiants et internes peuvent prétendre du fait de leur formation, à une allocation mensuelle versée par le centre national de gestion jusqu'à la fin de leurs études médicales. En contrepartie de cette allocation, les étudiants s'engagent à</p>		

**Dispositions en vigueur**

exercer leurs fonctions à titre libéral ou salarié, à compter de la fin de leur formation, dans les lieux d'exercice mentionnés au quatrième alinéa. La durée de leur engagement est égale à celle pendant laquelle l'allocation leur a été versée et ne peut être inférieure à deux ans. Pendant la durée de cet engagement, qui n'équivaut pas à une première installation à titre libéral, ceux qui exercent leurs fonctions à titre libéral pratiquent les tarifs fixés par la convention mentionnée aux articles L. 162-5 et L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale.

À l'issue des épreuves mentionnées à l'article L. 632-2 du présent code, les étudiants ayant signé un contrat d'engagement de service public choisissent un poste d'interne sur une liste établie chaque année par arrêté du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de l'enseignement supérieur, en fonction de la situation de la démographie médicale dans les différentes spécialités sur les territoires visés à l'alinéa précédent.

Au cours de la dernière année de leurs études, les internes ayant signé un contrat d'engagement de service public choisissent leur futur lieu d'exercice sur une liste, établie par le centre national de gestion sur proposition des agences régionales de santé, de lieux d'exercice où le schéma visé à l'article L. 1434-7 du code de la santé publique indique que l'offre médicale est insuffisante ou la continuité de l'accès aux soins est menacée, en priorité les zones de revitalisation rurale visées à l'article 1465 A du code général des impôts et les zones urbaines sensibles définies au 3 de l'article 42 de la loi n° 95-115 du 4 février 1995 d'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire. Le directeur général de l'agence régionale de santé dans le ressort duquel ils exercent leurs fonctions peut, à leur demande, à tout moment, changer le lieu de leur exercice. Le directeur général du centre national de gestion peut, à leur demande, à tout moment, et après avis du directeur général de l'agence régionale de santé dans le ressort duquel ils exercent leurs fonctions, leur proposer un lieu d'exercice dans une

**Texte de la proposition de loi**

1° À la première phrase, après les mots : « lieux d'exercice », sont insérés les mots : « situés dans la région où a été dispensée leur formation et » ;

2° La dernière phrase est supprimée.

**Texte de la Commission**

**Dispositions en vigueur**

zone dépendant d'une autre agence régionale de santé.

Les médecins ou les étudiants ayant signé un contrat d'engagement de service public avec le centre national de gestion peuvent se dégager de leur obligation d'exercice prévue au deuxième alinéa du présent article, moyennant le paiement d'une indemnité dont le montant dégressif égale au plus les sommes perçues au titre de ce contrat ainsi qu'une fraction des frais d'études engagés. Les modalités de remboursement et de calcul de cette somme sont fixées par un arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Le recouvrement de cette indemnité est assuré, pour les médecins, par la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle le médecin exerce à titre principal et, pour les étudiants, par le centre national de gestion.

**Texte de la proposition de loi**

**Texte de la Commission**

**Article 3 bis**

*I. – Après l'article L. 1434-8 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1434-8-1 ainsi rédigé :*

*« Art. L. 1434-8-1. – Le mécanisme de solidarité faisant participer les médecins en zones sur denses à l'exercice de la médecine dans les zones sous denses, prévu à l'article L. 1434-8\*, est complété par un abaissement de charges sociales pour les médecins au delà de l'âge légal du départ en retraite, dès lors que ceux-ci exercent dans une zone sous dense.*

*« Les conditions d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'État. »*

*II. – La perte de recettes qui pourrait résulter de l'application du I pour les organismes de sécurité sociale est compensée à due concurrence par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.*

**Amendement AS 30**

**Dispositions en vigueur**

Code de la santé publique

**Texte de la proposition de loi**

**Article 4**

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

« Art. L. 4131-6-1. – Dans un délai de trois mois à compter de la délivrance de leur diplôme d'Etat de docteur de médecine, les médecins désireux d'exercer leurs fonctions à titre libéral en font la déclaration auprès de l'agence régionale de santé de la région dans laquelle ils souhaitent exercer. Ils sont tenus de s'installer pour une durée d'au moins trois ans dans un territoire dans lequel le schéma visé à l'article L. 1434-7\* indique que l'offre de soins de premier recours ne suffit pas à répondre aux besoins de santé de la population.

« L'alinéa précédent s'applique également aux médecins titulaires des titres de formation mentionnés à l'article L. 4131-1\* et à ceux mentionnés à l'article L. 4131-1\* et à ceux mentionnés à l'article L. 4131-1-1\*, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État.

« Le non-respect du présent article donne lieu au versement, par le médecin concerné, d'une pénalité financière dont le montant est fixée par voie réglementaire. »

**Article 5**

I. – Après l'article L. 4131-6 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 4131-6-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 4131-6-2. – I. – Les créations, transferts ou regroupements de cabinets de médecins soumis à la convention prévue à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale\* sont subordonnés à l'octroi d'une autorisation délivrée par le directeur général de l'agence régionale de santé, après avis du représentant de l'État dans le département et du conseil régional ou interrégional de l'ordre des médecins. Les créations et transferts de cabinets ayant pour conséquence de dépasser, dans les régions, une densité maximale de médecins pour 100 000 habitants ne peuvent être

**Texte de la Commission**

**Article 4**

*Supprimé*

**Amendement AS 10**

**Article 5**

*Supprimé*

**Amendement AS 16**

**Dispositions en vigueur**

**Texte de la proposition de loi**

**Texte de la Commission**

autorisés.

« II. – Dans le cas d'un transfert ou d'un regroupement de cabinets de médecins soumis à la convention précitée d'une région à une autre, l'autorisation est délivrée par décision conjointe des directeurs généraux des agences régionales de santé territorialement compétentes, après avis des représentants de l'État dans le département et des conseils régionaux ou interrégionaux de l'ordre des médecins concernés.

« III. – Lorsqu'il est saisi d'une demande de création, de transfert ou de regroupement, le directeur général de l'agence régionale de santé peut imposer une distance minimale entre l'emplacement prévu pour le futur cabinet et le cabinet existant le plus proche.

« IV. – En cas de création, transfert ou regroupement non autorisé conformément aux I à III, le directeur général de l'agence régionale de santé peut prononcer le placement du médecin concerné hors de la convention mentionnée au I.

« V. – Le cabinet médical dont la création, le transfert ou le regroupement a été autorisé doit être effectivement exploité au plus tard à l'issue d'un délai d'un an à compter de la notification de l'autorisation, sauf cas de force majeure. En cas de non-respect de cette obligation, le directeur général de l'agence régionale de santé peut prononcer le placement du médecin concerné hors de la convention mentionnée au I. »

Code de la santé publique

II. – L'article L. 4131-7 du même code est complété par les 3° à 7° ainsi rédigés :

Art. 4131-7. – Un décret en Conseil d'État détermine :

1° Les conditions dans lesquelles les ressortissants d'un État membre de l'Union européenne, de la principauté d'Andorre ou d'un État partie à l'accord sur l'Espace économique européen, titulaires de titres de formation obtenus dans l'un de ces États, autres que ceux

Dispositions en vigueur	Texte de la proposition de loi	Texte de la Commission
<p>définis à l'article L. 4131-1, peuvent être autorisés à exercer en France la profession de médecin dans la spécialité correspondant aux titres de formation ;</p> <p>2° La composition et le fonctionnement de la commission mentionnée à l'article L. 4131-1-1 et les conditions dans lesquelles l'intéressé est soumis à une mesure de compensation.</p>	<p>« 3° Les conditions de délivrance de l'autorisation mentionnée à l'article L. 4131-6-2* ;</p> <p>« 4° Les modalités de présentation et d'instruction des demandes d'autorisation de création, transfert et regroupement de cabinets médicaux ;</p> <p>« 5° Les modalités de contrôle du respect des obligations prévues à l'article L. 4131-6-2* ;</p> <p>« 6° Les conditions minimales d'installation auxquelles doivent satisfaire les cabinets médicaux ;</p> <p>« 7° Les critères de définition de la densité maximale visée au I de l'article L. 4131-6-2*. »</p>	<p><b>Article 6</b></p>
	<p><b>Article 6</b></p> <p>I. – Après l'article L. 4141-5-1 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 4141-5-2 ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 4141-5-2. – I. – Les créations, transferts ou regroupements de cabinets de chirurgiens-dentistes sont subordonnés à l'octroi d'une autorisation délivrée par le directeur général de l'agence régionale de santé, après avis du représentant de l'État dans le département et des conseils régionaux ou interrégionaux de l'ordre des chirurgiens-dentistes concernés. Les créations et transferts de cabinets ayant pour conséquence de dépasser, dans les départements, une densité maximale de chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants ne peuvent être autorisés.</p>	<p><b>Supprimé</b></p> <p><b>Amendement AS 18</b></p>

**Dispositions en vigueur**

**Texte de la proposition de loi**

**Texte de la Commission**

« II. – Dans le cas d'un transfert ou d'un regroupement de cabinets de chirurgiens-dentistes d'une région à une autre, l'autorisation est délivrée par décision conjointe des directeurs généraux des agences régionales de santé territorialement compétentes, après avis des représentants de l'État dans le département et des conseils régionaux ou interrégionaux de l'ordre des chirurgiens-dentistes concernés.

« III. – Lorsqu'il est saisi d'une demande de création, de transfert ou de regroupement, le directeur général de l'agence régionale de santé peut imposer une distance minimale entre l'emplacement prévu pour le futur cabinet et le cabinet existant le plus proche.

« IV. – En cas de création, transfert ou regroupement non autorisé conformément aux I à III, le directeur général de l'agence régionale de santé peut prononcer le placement du chirurgien-dentiste concerné hors de la convention mentionnée à l'article L. 162-9 du code de la sécurité sociale\*.

« V. – Le cabinet de chirurgiens-dentistes dont la création, le transfert ou le regroupement a été autorisé doit être effectivement exploité au plus tard à l'issue d'un délai d'un an à compter de la notification de l'autorisation, sauf cas de force majeure. En cas de non-respect de cette obligation, le directeur général de l'agence régionale de santé peut prononcer le placement du chirurgien-dentiste concerné hors de la convention mentionnée à l'article L. 162-9 du code de la sécurité sociale\* . »

II. – L'article L. 4141-6 du même code est complété par les mots et cinq alinéas ainsi rédigés :

Art. 4141-6. – Un décret en Conseil d'État fixe la composition et le fonctionnement de la commission mentionnée à l'article L. 4141-3-1 et les conditions dans lesquelles l'intéressé est soumis à une mesure de compensation.

« Il fixe également :  
« – les conditions de délivrance de l'autorisation mentionnée à l'article L. 4141-5-2\* ;

**Dispositions en vigueur**

**Texte de la proposition de loi**

**Texte de la Commission**

« – les modalités de présentation et d’instruction des demandes d’autorisation de création, transfert et regroupement de cabinets de chirurgiens-dentistes ;

« – les modalités de contrôle du respect des obligations prévues à l’article L. 4141-5-2\* ;

« – les conditions minimales d’installation auxquelles doivent satisfaire les cabinets de chirurgiens-dentistes ;

« – les critères de définition de la densité maximale visée au I de l’article L. 4141-5-2\*. »

**Article 7**

I. – Après l’article L. 4151-6 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 4151-6-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 4151-6-1. – I. – Les créations, transferts ou regroupements de cabinets de sages-femmes sont subordonnés à l’octroi d’une autorisation délivrée par le directeur général de l’agence régionale de santé, après avis du représentant de l’État dans le département et du conseil interrégional de l’ordre des sages-femmes. Les créations et transferts de cabinets ayant pour conséquence de dépasser, dans les départements, une densité maximale de sages-femmes pour 100 000 habitants ne peuvent être autorisés.

« II. – Dans le cas d’un transfert ou d’un regroupement de cabinets de sages-femmes d’une région à une autre, l’autorisation est délivrée par décision conjointe des directeurs généraux des agences régionales de santé territorialement compétentes, après avis des représentants de l’État dans le département et du ou des conseils interrégionaux de l’ordre des sages-femmes concernés.

« III. – Lorsqu’il est saisi d’une demande de création, de transfert ou de regroupement, le directeur général de l’agence régionale de santé peut imposer

**Article 7**

***Supprimé***

**Amendement AS 20**

**Dispositions en vigueur**

**Texte de la proposition de loi**

**Texte de la Commission**

Art. L. 4151-10. – Un décret en Conseil d'État fixe la composition et le fonctionnement de la commission mentionnée à l'article L. 4151-5-1 et les conditions dans lesquelles l'intéressé est soumis à une mesure de compensation.

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

« IV. – En cas de création, transfert ou regroupement non autorisé conformément aux I à III, le directeur général de l'agence régionale de santé peut prononcer le placement de la sage-femme concernée hors de la convention mentionnée à l'article L. 162-9 du code de la sécurité sociale\*.

« V. – Le cabinet de sages-femmes dont la création, le transfert ou le regroupement a été autorisé doit être effectivement exploité au plus tard à l'issue d'un délai d'un an à compter de la notification de l'autorisation, sauf cas de force majeure. En cas de non-respect de cette obligation, le directeur général de l'agence régionale de santé peut prononcer le placement de la sage-femme concernée hors de la convention mentionnée à l'article L. 162-9 du code de la sécurité sociale\*.

II. – L'article L. 4151-10 du même code est complété par six alinéas ainsi rédigés :

« Il fixe également :

« – les conditions de délivrance de l'autorisation mentionnée à l'article L. 4151-6-1\* ;

« – les modalités de présentation et d'instruction des demandes d'autorisation de création, transfert et regroupement de cabinets de sages-femmes ;

« – les modalités de contrôle du respect des obligations prévues à l'article L. 4151-6-1\* ;

« – les conditions minimales d'installation auxquelles doivent satisfaire les cabinets de sages-femmes ;

« – les critères de définition de la

Dispositions en vigueur

Texte de la proposition de loi

Texte de la Commission

densité maximale visée au I de l'article L. 4151-6-1\*. »

**Article 8**

I. – Après l'article L. 4311-11 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 4311-11-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 4311-11-1. – I. – Les créations, transferts ou regroupements de cabinets d'infirmiers sont subordonnés à l'octroi d'une autorisation délivrée par le directeur général de l'agence régionale de santé, après avis du représentant de l'État dans le département et du conseil régional de l'ordre des infirmiers. Les créations et transferts de cabinets ayant pour conséquence de dépasser, dans les départements, une densité maximale d'infirmiers pour 100 000 habitants ne peuvent être autorisés.

« II. – Dans le cas d'un transfert ou d'un regroupement de cabinets d'infirmiers d'une région à une autre, l'autorisation est délivrée par décision conjointe des directeurs généraux des agences régionales de santé territorialement compétentes, après avis des représentants de l'État dans le département et des conseils régionaux de l'ordre des infirmiers concernés.

« III. – Lorsqu'il est saisi d'une demande de création, de transfert ou de regroupement, le directeur général de l'agence régionale de santé peut imposer une distance minimale entre l'emplacement prévu pour le futur cabinet et le cabinet existant le plus proche.

« IV. – En cas de création, transfert ou regroupement non autorisé conformément aux I à III, le directeur général de l'agence régionale de santé peut prononcer le placement de l'infirmier ou l'infirmière concernés hors de la convention mentionnée à l'article L. 162-9 du code de la sécurité sociale\*.

« V. – Le cabinet d'infirmiers dont la création, le transfert ou le regroupement a été autorisé doit être effectivement exploité au plus tard à l'issue d'un délai d'un an à compter de la notification de

**Article 8**

*Supprimé*

**Amendement AS 22**

Dispositions en vigueur	Texte de la proposition de loi	Texte de la Commission
<p>Art. L. 4311-29. – Sont déterminés par décret en Conseil d’État :</p> <p>1° En tant que de besoin, les règles professionnelles ;</p> <p>2° La composition et le fonctionnement de la commission mentionnée à l’article L. 4311-4 et les conditions dans lesquelles l’intéressé est soumis à une mesure de compensation ;</p> <p>3° Les modalités de vérification des qualifications professionnelles mentionnées à l’article L. 4311-22 ;</p> <p>4° Les modalités d’application de l’obligation de transmission des informations mentionnées à l’article L. 4311-15-1.</p>	<p>l’autorisation, sauf cas de force majeure. En cas de non-respect de cette obligation, le directeur général de l’agence régionale de santé peut prononcer le placement de l’infirmier ou l’infirmière concernés hors de la convention mentionnée à l’article L. 162-9 du code de la sécurité sociale*.»</p> <p>II. – L’article L. 4311-29 du même code est complété par les 5° à 9° ainsi rédigés :</p> <p>« 5° les conditions de délivrance de l’autorisation mentionnée à l’article L. 4311-11-1* ;</p> <p>« 6° les modalités de présentation et d’instruction des demandes d’autorisation de création, transfert et regroupement de cabinets d’infirmiers ;</p> <p>« 7° les modalités de contrôle du respect des obligations prévues à l’article L. 4311-11-1* ;</p> <p>« 8° les conditions minimales d’installation auxquelles doivent satisfaire les cabinets d’infirmiers ;</p> <p>« 9° les critères de définition de la densité maximale visée au I de l’article L. 4311-11-1*.»</p>	

**Dispositions en vigueur**

**Texte de la proposition de loi**

**Texte de la Commission**

**Article 9**

**Article 9**

***Supprimé***

**Amendement AS 24**

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

« Art. L. 4321-11-1. – I. – Les créations, transferts ou regroupements de cabinets de masseurs-kinésithérapeutes, sont subordonnés à l'octroi d'une autorisation délivrée par le directeur général de l'agence régionale de santé, après avis du représentant de l'État dans le département et du conseil régional de l'ordre de masseurs kinésithérapeutes. Les créations et transferts de cabinets ayant pour conséquence de dépasser, dans les départements, une densité maximale de masseurs-kinésithérapeutes pour 100 000 habitants ne peuvent être autorisés.

« II. – Dans le cas d'un transfert ou d'un regroupement de cabinets de masseurs-kinésithérapeutes d'une région à une autre, l'autorisation est délivrée par décision conjointe des directeurs généraux des agences régionales de santé territorialement compétentes, après avis des représentants de l'État dans le département et du ou des conseils interrégionaux de l'ordre des de masseurs-kinésithérapeutes concernés.

« III. – Lorsqu'il est saisi d'une demande de création, de transfert ou de regroupement, le directeur général de l'agence régionale de santé peut imposer une distance minimale entre l'emplacement prévu pour le futur cabinet et le cabinet existant le plus proche.

« IV. – En cas de création, transfert ou regroupement non autorisé conformément aux I à III, le directeur général de l'agence régionale de santé peut prononcer le placement de masseurs-kinésithérapeutes concernés hors de la convention mentionnée à l'article L. 162-9 du code de la sécurité sociale\*.

« V. – Le cabinet de masseurs-kinésithérapeutes dont la création, le transfert ou le regroupement a été autorisé doit être effectivement exploité au plus tard à l'issue d'un délai d'un an à compter

Dispositions en vigueur	Texte de la proposition de loi	Texte de la Commission
<p>Art. L. 4321-22. – Sont déterminés par décret en Conseil d'État :</p> <p>1° En tant que de besoin, les règles professionnelles ;</p> <p>2° La composition et le fonctionnement de la commission mentionnée à l'article L. 4321-4 et les conditions dans lesquelles l'intéressé est soumis à une mesure de compensation ;</p> <p>3° Les modalités de vérification des qualifications professionnelles mentionnées à l'article L. 4321-11 ;</p> <p>4° Les modalités d'application de l'obligation de transmission des informations mentionnées à l'article L. 4321-10-1.</p>	<p>de la notification de l'autorisation, sauf cas de force majeure. En cas de non-respect de cette obligation, le directeur général de l'agence régionale de santé peut prononcer le placement de masseurs-kinésithérapeutes concernés hors de la convention mentionnée à l'article L. 162-9 du code de la sécurité sociale*.</p> <p>II. – L'article L. 4321-22 du même code est complété par les 5° à 9° ainsi rédigés :</p> <p>« 5° les conditions de délivrance de l'autorisation mentionnée à l'article L. 4321-11-1* ;</p> <p>« 6° les modalités de présentation et d'instruction des demandes d'autorisation de création, transfert et regroupement de masseurs kinésithérapeutes ;</p> <p>« 7° les modalités de contrôle du respect des obligations prévues à l'article L. 4321-11-1* ;</p> <p>« 8° les conditions minimales d'installation auxquelles doivent satisfaire les cabinets de masseurs kinésithérapeutes ;</p> <p>« 9° les critères de définition de la densité maximale visée au I de l'article L. 4321-11-1*.</p>	

Dispositions en vigueur	Texte de la proposition de loi	Texte de la Commission
<p>Art. 1432-2. – Le directeur général de l'agence régionale de santé exerce, au nom de l'État, les compétences mentionnées à l'article L. 1431-2 qui ne sont pas attribuées à une autre autorité.</p>	<p><b>Article 10</b></p>	<p><b>Article 10</b></p>
<p>Au moins deux fois par an, il rend compte au conseil de surveillance, dont une fois après la clôture de chaque exercice, de la mise en œuvre de la politique régionale de santé et de la gestion de l'agence. Cette communication est rendue publique.</p>	<p>Au septième alinéa de l'article L. 1432-2 du code de la santé publique, après les mots : « présent code », sont insérés les mots : « et aux articles L. 4131-6-2*, L. 4141-5-2* et L. 4151-6-1*, L. 4311-11-1* et L. 4321-11-1* ».</p>	<p><i>Supprimé</i></p>
<p>Au moins une fois par an, il rend compte à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie de la mise en œuvre de la politique régionale de santé et l'informe des suites qui ont été données à ses avis. Cette communication est rendue publique.</p>		<p><b>Amendement AS 26</b></p>
<p>Il prépare et exécute, en tant qu'ordonnateur, le budget de l'agence. Il arrête le compte financier.</p>		
<p>Il arrête le projet régional de santé mentionné à l'article L. 1434-1.</p>		
<p>Il conclut avec les collectivités territoriales, pour le compte de l'État, les conventions prévues aux articles L. 1423-2, L. 3111-11, L. 3112-2 et L. 3121-1 et procède à l'habilitation des organismes mentionnés aux articles L. 3111-11, L. 3112-3 et L. 3121-1 ; l'agence verse aux organismes et collectivités concernés les subventions afférentes, sous réserve de l'article 199-1 de la loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales.</p>		
<p>Le directeur général délivre les autorisations mentionnées au chapitre II du titre II du livre Ier de la sixième partie du présent code, ainsi que la licence mentionnée à l'article L. 5125-4.</p>		
<p>Il peut recruter, sur des contrats à durée déterminée ou indéterminée, des agents contractuels de droit public ou des agents de droit privé régis par les conventions collectives applicables au</p>		

Dispositions en vigueur	Texte de la proposition de loi	Texte de la Commission
<p>personnel des organismes de sécurité sociale.</p>		
<p>Il désigne la personne chargée d'assurer l'intérim des fonctions de directeur et de secrétaire général dans les établissements publics de santé, à l'exception des établissements mentionnés aux articles L. 6147-1 et L. 6141-5.</p>		
<p>Il peut ester en justice. Il représente l'agence en justice et dans tous les actes de la vie civile.</p>		
<p>Il peut déléguer sa signature. Loi n°78-753 du 17 juillet 1978 portant diverses mesures d'amélioration des relations entre l'administration et le public et diverses dispositions d'ordre administratif, social et fiscal</p>		<p><i>Article 10 bis</i></p>
<p>Art. 6. — ..... II. — Ne sont communicables qu'à l'intéressé les documents administratifs :</p>		<p><i>Le II de l'article 6 de la loi n°78-753 du 17 juillet 1978 portant diverses mesures d'amélioration des relations entre l'administration et le public et diverses dispositions d'ordre administratif, social et fiscal est complété par un alinéa ainsi rédigé :</i></p>
<p>— dont la communication porterait atteinte à la protection de la vie privée, au secret médical et au secret en matière commerciale et industrielle ;</p>		
<p>— portant une appréciation ou un jugement de valeur sur une personne physique, nommément désignée ou facilement identifiable ;</p>		
<p>— faisant apparaître le comportement d'une personne, dès lors que la divulgation de ce comportement pourrait lui porter préjudice.</p>		
<p>Les informations à caractère médical sont communiquées à l'intéressé, selon son choix, directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'il désigne à cet effet, dans le respect des dispositions de l'article L. 1111-7 du code de la santé publique.</p>		<p><i>« Par dérogation à l'article 371-1</i></p>

**Dispositions en vigueur**

**Texte de la proposition de loi**

**Texte de la Commission**

*du code civil\*, les informations à caractère médical relatives à une personne mineure et détenues par les centres de planification ou d'éducation familiale, les établissements d'enseignement du second degré ou les régimes obligatoires d'assurance maladie en application des articles L. 2212-7\*, L. 2311-4\* et L. 5134-1\* du code de la santé publique ne sont communiquées qu'à cette personne et non pas à ses représentants légaux. »*

**Amendement AS 3**

**Article 11**

I. – Avant la fin de la deuxième année suivant l'entrée en vigueur de la présente loi, un comité composé de membres de Parlement et de représentants des collectivités territoriales, des administrations compétentes de l'État et des ordres des professions de santé concernées procède à l'évaluation de la mise en œuvre de la présente loi et propose les mesures d'adaptation qu'il juge nécessaires. Le rapport établi par ce comité est transmis au Gouvernement ainsi qu'au Parlement.

II. – Un décret en Conseil d'État détermine les règles d'organisation et de fonctionnement de ce comité.

**Article 11**

***Supprimé***

**Amendement AS 27**

**Article 12**

Les charges qui pourraient résulter de l'application de la présente loi pour l'État sont compensées à due concurrence par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

**Article 12**

***Supprimé***

**Amendements AS 28 et AS 58**

***Article 12 bis***

*Les établissements de santé, les cabinets médicaux, les maisons de santé et les pôles de santé s'engagent à développer en France la mise en place de la télémédecine telle que définie à l'article L. 6316-1 du code de la santé publique\*.*

**Amendement AS 59**



## ANNEXE AU TABLEAU COMPARATIF

Code civil..... 120

<i>Article</i>	<i>Voir</i>
<i>371-1</i>	<b>ci-après</b>

Code de la santé publique..... 120

<i>Article</i>	<i>Voir</i>
<i>L. 1434-7</i>	<b>ci-après</b>
<i>L. 1434-8</i>	<b>ci-après</b>
<i>L. 2212-7</i>	<b>ci-après</b>
<i>L. 2311-4</i>	<b>ci-après</b>
<i>L. 4131-1</i>	<b>ci-après</b>
<i>L. 4131-1-1</i>	<b>ci-après</b>
<i>L. 4131-6-2</i>	<i>Article 5</i>
<i>L. 4141-5-2</i>	<i>Article 6</i>
<i>L. 4151-6-1</i>	<i>Article 7</i>
<i>L. 4311-11-1</i>	<i>Article 8</i>
<i>L. 4321-11-1</i>	<i>Article 9</i>
<i>L. 5134-1</i>	<b>ci-après</b>
<i>L. 6316-1</i>	<b>ci-après</b>

Code de la sécurité sociale..... 124

## Code civil

**Art. L. 371-1.** – L'autorité parentale est un ensemble de droits et de devoirs ayant pour finalité l'intérêt de l'enfant.

Elle appartient aux père et mère jusqu'à la majorité ou l'émancipation de l'enfant pour le protéger dans sa sécurité, sa santé et sa moralité, pour assurer son éducation et permettre son développement, dans le respect dû à sa personne.

Les parents associent l'enfant aux décisions qui le concernent, selon son âge et son degré de maturité.

## Code de la santé publique

**Art. L. 1434-7.** – Le schéma régional d'organisation des soins a pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin de répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d'efficacité et d'accessibilité géographique.

Il précise, dans le respect du principe de liberté d'installation des professionnels de santé, les adaptations et les complémentarités de l'offre de soins, ainsi que les coopérations, notamment entre les établissements de santé, les communautés hospitalières de territoire, les établissements et services médico-sociaux, les centres de santé, les structures et professionnels de santé libéraux. Il prend en compte également les difficultés de déplacement des populations, ainsi que les exigences en matière de transports sanitaires, liées en particulier aux situations d'urgence. Il signale à cet effet les évolutions nécessaires dans le respect des compétences dévolues aux collectivités territoriales.

Il tient compte de l'offre de soins des régions limitrophes et de la vocation sanitaire et sociale de certains territoires.

Il indique, par territoire de santé, les besoins en implantations pour l'exercice des soins mentionnés aux articles L. 1411-11 et L. 1411-12, notamment celles des professionnels de santé libéraux, des pôles de santé, des centres de santé, des maisons de santé, des laboratoires de biologie médicale et des réseaux de santé. Les dispositions qu'il comporte à cet égard ne sont pas opposables aux professionnels de santé libéraux.

Il détermine, selon des dispositions prévues par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, les zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé et prévues notamment par l'article L. 1434-8 du présent code, par les conventions mentionnées au chapitre II du titre VI du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale, par l'article L. 632-6 du code de l'éducation, par l'article L. 1511-8 du code général des collectivités territoriales et par l'article 151 ter du code général des impôts.

Il organise la coordination entre les différents services de santé mentionnés à l'alinéa précédent et les établissements de santé assurant une activité au domicile des patients intervenant sur le même territoire de santé. Les conditions de cette coordination sont définies par le directeur général de l'agence régionale de santé.

**Art. L. 1434-8.** – Le schéma régional d'organisation des soins détermine les zones dans lesquelles le niveau de l'offre de soins médicaux est particulièrement élevé.

À l'échéance d'un délai de trois ans à compter de l'entrée en vigueur du schéma régional d'organisation des soins, le directeur général de l'agence régionale de santé évalue la satisfaction des besoins en implantations pour l'exercice des soins de premier recours mentionnés à l'article L. 1434-7. Cette évaluation comporte un bilan de l'application des mesures mentionnées au cinquième alinéa du même article. Elle est établie dans des conditions et suivant des critères arrêtés par les ministres chargés de la santé et de l'assurance maladie.

Si cette évaluation fait apparaître que les besoins en implantations précités ne sont pas satisfaits et que, de ce fait, l'offre de soins de premier recours ne suffit pas à répondre aux besoins de santé de la population dans certains territoires de santé, le directeur général de l'agence régionale de santé peut, après avis de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie, de l'union régionale des professionnels de santé compétente pour les médecins et des organisations les plus représentatives des étudiants en médecine, des internes et des chefs de clinique, proposer aux médecins exerçant dans les zones visées au premier alinéa du présent article d'adhérer à un contrat santé solidarité par lequel ils s'engagent à contribuer à répondre aux besoins de santé de la population des zones mentionnées à l'article L. 1434-7 où les besoins en implantations ne sont pas satisfaits. Le contrat santé solidarité est conforme à un contrat type défini par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et une ou plusieurs organisations syndicales les plus représentatives pour l'ensemble du territoire de médecins libéraux.

L'application du présent article se fera dans des conditions définies par décret en Conseil d'État.

**Art. L. 2212-7.** – Si la femme est mineure non émancipée, le consentement de l'un des titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, du représentant légal est recueilli. Ce consentement est joint à la demande qu'elle présente au médecin en dehors de la présence de toute autre personne.

Si la femme mineure non émancipée désire garder le secret, le médecin doit s'efforcer, dans l'intérêt de celle-ci, d'obtenir son consentement pour que le ou les titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, le représentant légal soient consultés ou doit vérifier que cette démarche a été faite lors de l'entretien mentionné à l'article L. 2212-4.

Si la mineure ne veut pas effectuer cette démarche ou si le consentement n'est pas obtenu, l'interruption volontaire de grossesse ainsi que les actes médicaux et les soins qui lui sont liés peuvent être pratiqués à la demande de l'intéressée, présentée dans les conditions prévues au premier alinéa. Dans ce cas, la mineure se fait accompagner dans sa démarche par la personne majeure de son choix.

Après l'intervention, une deuxième consultation, ayant notamment pour but une nouvelle information sur la contraception, est obligatoirement proposée aux mineures.

**Art. L. 2311-4.** – Les centres de planification ou d'éducation familiale sont autorisés à délivrer, à titre gratuit, des médicaments, produits ou objets contraceptifs, aux mineurs désirant garder le secret ainsi qu'aux personnes ne bénéficiant pas de prestations maladie, assurées par un régime légal ou réglementaire. Dans ces cas, les frais d'examen de biologie médicale ordonnés en vue de prescriptions contraceptives sont supportés par les centres de planification ou d'éducation familiale.

Les modalités d'application du présent article sont précisées par décret.

**Art. L. 4131-1.** – Les titres de formation exigés en application du 1° de l'article L. 4111-1 sont pour l'exercice de la profession de médecin :

1° Soit le diplôme français d'État de docteur en médecine ;

Lorsque ce diplôme a été obtenu dans les conditions définies à l'article L. 632-4 du code de l'éducation, il est complété par le document mentionné au deuxième alinéa dudit article.

2° Soit, si l'intéressé est ressortissant d'un État membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen :

a) Les titres de formation de médecin délivrés par l'un de ces États conformément aux obligations communautaires et figurant sur une liste établie par arrêté des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé ;

b) Les titres de formation de médecin délivrés par un État, membre ou partie, conformément aux obligations communautaires, ne figurant pas sur la liste mentionnée au a, s'ils sont accompagnés d'une attestation de cet État certifiant qu'ils sanctionnent une formation conforme à ces obligations et qu'ils sont assimilés, par lui, aux titres de formation figurant sur cette liste ;

c) Les titres de formation de médecin délivrés par un État, membre ou partie, sanctionnant une formation de médecin commencée dans cet État antérieurement aux dates figurant dans l'arrêté mentionné au a et non conforme aux obligations communautaires, s'ils sont accompagnés d'une attestation de l'un de ces États certifiant que le titulaire des titres de formation s'est consacré, dans cet État, de façon effective et licite, à l'exercice de la profession de médecin dans la spécialité concernée pendant au moins trois années consécutives au cours des cinq années précédant la délivrance de l'attestation ;

d) Les titres de formation de médecin délivrés par l'ancienne Tchécoslovaquie, l'ancienne Union soviétique ou l'ancienne Yougoslavie ou qui sanctionnent une formation commencée avant la date d'indépendance de la République tchèque, de la Slovaquie, de l'Estonie, de la Lettonie, de la Lituanie ou de la Slovénie, s'ils sont accompagnés d'une attestation des autorités compétentes de la République tchèque ou de la Slovaquie pour les titres de formation délivrés par l'ancienne Tchécoslovaquie, de l'Estonie, de la Lettonie ou de la Lituanie pour les titres de formation délivrés par l'ancienne Union soviétique, de la Slovénie pour les titres de formation délivrés par l'ancienne Yougoslavie, certifiant qu'ils ont la même validité sur le plan juridique que les titres de formation délivrés par cet État.

Cette attestation est accompagnée d'un certificat délivré par ces mêmes autorités indiquant que son titulaire a exercé dans cet État, de façon effective et licite, la profession de médecin dans la spécialité concernée pendant au moins trois années consécutives au cours des cinq années précédant la délivrance du certificat ;

e) Les titres de formation de médecin délivrés par un État, membre ou partie, ne figurant pas sur la liste mentionnée au a, s'ils sont accompagnés d'une attestation délivrée par les autorités compétentes de cet État certifiant que le titulaire du titre de formation était établi sur son territoire à la date fixée dans l'arrêté mentionné au a et qu'il a acquis le droit d'exercer les activités de médecin généraliste dans le cadre de son régime national de sécurité sociale ;

f) Les titres de formation de médecin délivrés par un État, membre ou partie, sanctionnant une formation de médecin commencée dans cet État antérieurement aux dates

figurant dans l'arrêté mentionné au a, et non conforme aux obligations communautaires mais permettant d'exercer légalement la profession de médecin dans l'État qui les a délivrés, si le médecin justifie avoir effectué en France au cours des cinq années précédentes trois années consécutives à temps plein de fonctions hospitalières dans la spécialité correspondant aux titres de formation en qualité d'attaché associé, de praticien attaché associé, d'assistant associé ou de fonctions universitaires en qualité de chef de clinique associé des universités ou d'assistant associé des universités, à condition d'avoir été chargé de fonctions hospitalières dans le même temps.

**Art. L. 4131-1-1.** – L'autorité compétente peut, après avis d'une commission composée notamment de professionnels, autoriser individuellement à exercer la profession de médecin, dans la spécialité concernée, les ressortissants d'un État membre de l'Union européenne ou d'un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen, titulaires de titres de formation délivrés par l'un de ces États, ne répondant pas aux conditions prévues à l'article L. 4131-1 mais permettant d'exercer légalement la profession de médecin dans cet État.

Dans le cas où l'examen des qualifications professionnelles attestées par l'ensemble des titres de formation et de l'expérience professionnelle pertinente fait apparaître des différences substantielles au regard des qualifications requises pour l'accès à la profession dans la spécialité concernée et son exercice en France, l'autorité compétente exige que l'intéressé se soumette à une mesure de compensation qui consiste, au choix du demandeur, en une épreuve d'aptitude ou en un stage d'adaptation dans la spécialité concernée.

**Art. L. 5134-1.** – I. – Le consentement des titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, du représentant légal n'est pas requis pour la prescription, la délivrance ou l'administration de contraceptifs aux personnes mineures.

La délivrance aux mineures des médicaments ayant pour but la contraception d'urgence et qui ne sont pas soumis à prescription médicale obligatoire s'effectue à titre gratuit dans les pharmacies selon des conditions définies par décret. Dans les établissements d'enseignement du second degré, si un médecin, une sage-femme ou un centre de planification ou d'éducation familiale n'est pas immédiatement accessible, les infirmiers peuvent, à titre exceptionnel et en application d'un protocole national déterminé par décret, dans les cas d'urgence et de détresse caractérisés, administrer aux élèves mineures et majeures une contraception d'urgence. Ils s'assurent de l'accompagnement psychologique de l'élève et veillent à la mise en oeuvre d'un suivi médical.

II. – Les contraceptifs intra-utérins ainsi que les diaphragmes et les capes ne peuvent être délivrés que sur prescription d'un médecin ou d'une sage-femme et uniquement en pharmacie ou dans les centres de planification ou d'éducation familiale mentionnés à l'article L. 2311-4. La première pose du diaphragme ou de la cape doit être faite par un médecin ou une sage-femme.

L'insertion des contraceptifs intra-utérins ne peut être pratiquée que par un médecin ou une sage-femme. Elle est faite soit au lieu d'exercice du praticien, soit dans un établissement de santé ou dans un centre de soins agréé.

III. – Les sages-femmes sont habilitées à prescrire les contraceptifs locaux et les contraceptifs hormonaux.

Dans les services de médecine de prévention des universités, la délivrance de médicaments ayant pour but la contraception d'urgence, s'effectue dans des conditions

définies par décret. Les infirmiers exerçant dans ces services peuvent procéder à la délivrance et l'administration de ces médicaments. Ces services s'assurent de l'accompagnement psychologique de l'étudiant et veillent à la mise en œuvre d'un suivi médical.

**Art. L. 6316-1.** – La télémédecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient.

Elle permet d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes, ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients.

La définition des actes de télémédecine ainsi que leurs conditions de mise en œuvre et de prise en charge financière sont fixées par décret, en tenant compte des déficiences de l'offre de soins dues à l'insularité et l'enclavement géographique.

### **Code de la sécurité sociale**

**Art. L. 162-5.** – Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les médecins sont définis par des conventions nationales conclues séparément pour les médecins généralistes et les médecins spécialistes, par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et une ou plusieurs organisations syndicales les plus représentatives pour l'ensemble du territoire de médecins généralistes ou de médecins spécialistes ou par une convention nationale conclue par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et au moins une organisation syndicale représentative pour l'ensemble du territoire de médecins généralistes et une organisation syndicale représentative pour l'ensemble du territoire de médecins spécialistes.

La ou les conventions nationales peuvent faire l'objet de clauses locales particulières, sous forme d'accords complémentaires entre les caisses primaires d'assurance maladie et les organisations syndicales de médecins les plus représentatives de leur ressort. Un décret en Conseil d'État fixe les conditions et modalités d'approbation de ces accords.

La ou les conventions déterminent notamment :

1° Les obligations respectives des caisses primaires d'assurance maladie et des médecins d'exercice libéral ;

2° Les conditions de l'exercice de la médecine générale et de la médecine spécialisée ainsi que les dispositions permettant, d'une part, une meilleure coordination de leurs interventions et, d'autre part, l'amélioration du recours aux établissements de soins hospitaliers ;

2° bis Le cas échéant, les conditions tendant à éviter à l'assuré social de payer directement les honoraires aux médecins ;

3° (Abrogé) ;

3° bis Le cas échéant, les conditions de promotion des actions d'évaluation des pratiques professionnelles individuelles ou collectives ;

4° Les modalités de financement des expérimentations et des actions innovantes ;

5° Les modalités de réalisation et de financement de programmes d'évaluation des stratégies diagnostiques et thérapeutiques permettant l'établissement de références médicales nationales et locales ;

6° Les mécanismes de maîtrise des dépenses médicales concourant au respect des dispositions prévues à l'article L. 162-5-2, et notamment des mesures appropriées pour garantir la qualité des soins dispensés, la sélection des thèmes de références médicales, l'opposabilité de ces références et ses conditions d'application, et la mise en oeuvre de contrats locaux de maîtrise de dépenses dans chaque circonscription de caisse ;

7° Le cas échéant, les modalités de financement et d'organisation de la reconversion professionnelle des médecins exerçant à titre libéral et les conditions d'attribution d'une aide à la reconversion dont le montant peut varier en fonction de la zone géographique et de l'exercice, par le médecin, d'une spécialité ou de la médecine générale. Elles peuvent prévoir de subordonner cette aide à l'engagement du médecin à renoncer à tout exercice de la médecine nécessitant une inscription au tableau de l'Ordre des médecins ainsi que les modalités de son remboursement en cas de reprise d'une activité telle que définie ci-dessus ;

8° Le cas échéant, les conditions dans lesquelles les tarifs et les rémunérations visés à l'article L. 162-5-2 peuvent être majorés pour certains médecins conventionnés ou certaines activités en vue de valoriser une pratique médicale correspondant à des critères de qualité qu'elles déterminent ;

9° Les conditions de l'utilisation pour l'application de la convention des informations mentionnées aux articles L. 161-28 et L. 161-29, relatives à l'activité des praticiens et notamment les modalités de transmission de ces données aux instances conventionnelles et aux unions de médecins visées à l'article 6 de la loi n° 93-8 du 4 janvier 1993 relative aux relations entre les professions de santé et l'assurance maladie ;

10° Les conditions dans lesquelles est assuré le suivi des dépassements d'honoraires et de leur évolution ;

11° (Abrogé) ;

12° Le cas échéant :

a) Les conditions particulières d'exercice propres à favoriser la coordination des soins par un médecin généraliste choisi par le patient, et les modes de rémunération, autres que le paiement à l'acte, y afférents ;

b) Les conditions particulières d'exercice permettant la prise en charge globale de patients dans le cadre de réseaux de soins et les modes de rémunération des médecins participant à ces réseaux ;

c) Les droits et obligations respectifs des médecins, des patients et des caisses, ainsi que des modalités d'évaluation associées aux formes d'exercice et modes de rémunération mentionnés aux a et b ci-dessus ;

13° Le cas échéant, les modes de rémunération, autres que le paiement à l'acte, des activités de soins ainsi que les modes de rémunération des activités non curatives des

médecins, et notamment de prévention, d'éducation pour la santé, de formation, d'évaluation, d'études de santé publique, de veille sanitaire, prévus par des contrats passés entre les médecins concernés et les organismes d'assurance maladie et définissant les obligations relatives aux conditions d'exercice qui en résultent pour les intéressés.

Pour la mise en oeuvre des 12° et 13°, il peut être fait application des dérogations mentionnées au II de l'article L. 162-31-1 ;

14° (Abrogé) ;

15° Les mesures et procédures applicables aux médecins dont les pratiques abusives sont contraires aux objectifs de bonnes pratiques et de bon usage des soins fixés par la convention ;

16° (Abrogé) ;

17° Les missions particulières des médecins traitants mentionnés à l'article L. 162-5-3 et les modalités de l'organisation de la coordination des soins ;

18° Les modalités selon lesquelles les médecins relevant de certaines spécialités sont autorisés à pratiquer, dans certaines limites respectant les dispositions de l'article L. 162-2-1, des dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations pour les patients qui les consultent sans prescription préalable de leur médecin traitant et qui ne relèvent pas d'un protocole de soins, et les engagements des professionnels pour assurer l'égalité de traitement des patients au regard des délais d'accès au médecin ;

19° Des objectifs de prescription de médicaments appartenant à un groupe générique tel que défini à l'article L. 5121-1 du code de la santé publique ;

20° Les mesures d'adaptation, notamment incitatives, des dispositions de l'article L. 162-14-1 et du présent article applicables aux médecins en fonction du niveau de l'offre en soins au sein de chaque région dans les zones au sens du 2° de l'article L. 162-47. Ces modalités sont définies après concertation des organisations les plus représentatives des étudiants en médecine, des internes, des chefs de clinique et des médecins récemment diplômés ou installés avec l'Union nationale des caisses d'assurance maladie ;

21° Le cas échéant, le montant et les conditions d'attribution d'une aide à l'utilisation ou à l'acquisition d'un logiciel d'aide à la prescription certifié suivant la procédure prévue à l'article L. 161-38 ;

22° Le cas échéant, la rémunération versée en contrepartie du respect d'engagements individualisés. Ces engagements peuvent porter sur la prescription, la participation à des actions de dépistage, de prévention, la prise en charge de patients atteints de pathologies chroniques, des actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins, ainsi que toute action d'amélioration des pratiques, de formation et d'information des professionnels. La contrepartie financière est fonction de l'atteinte des objectifs par le professionnel de santé.

**Art. L. 162-9.** – Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes et les auxiliaires médicaux sont définis par des conventions nationales conclues entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et une ou plusieurs des organisations syndicales nationales les plus représentatives de chacune de ces professions.

Ces conventions déterminent :

1° les obligations des caisses primaires d'assurance maladie et celles des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux ;

2° Les mesures que les partenaires conventionnels jugent appropriées pour garantir la qualité des soins dispensés aux assurés sociaux par les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes ou les auxiliaires médicaux et notamment la sélection des thèmes des références professionnelles, l'opposabilité de ces références et ses conditions d'application ;

3° La possibilité de mettre à la charge du chirurgien-dentiste, de la sage-femme ou de l'auxiliaire médical qui ne respecte pas les mesures prévues au 3° du présent article, tout ou partie des cotisations mentionnées aux articles L. 722-4 et L. 645-2, ou une partie de la dépense des régimes d'assurance maladie, correspondant aux honoraires perçus au titre des soins dispensés dans des conditions ne respectant pas ces mesures ;

4° Pour les chirurgiens-dentistes, le cas échéant, les conditions tendant à éviter à l'assuré social de payer directement les honoraires ;

5° Le cas échéant :

a) Les conditions particulières d'exercice propres à favoriser la coordination des soins ;

b) Les conditions particulières d'exercice permettant la prise en charge globale de patients dans le cadre de réseaux de soins et les modes de rémunération des professionnels mentionnés au 1° participant à ces réseaux ;

c) Les droits et obligations respectifs des professionnels mentionnés au 1°, des patients et des caisses, ainsi que les modalités d'évaluation associées aux formes d'exercice et modes de rémunération mentionnés aux a et b ci-dessus ;

6° Le cas échéant, les modes de rémunération, autres que le paiement à l'acte, des activités de soins ainsi que les modes de rémunération des activités non curatives des professionnels mentionnés au 1° ;

7° Les mesures d'adaptation, notamment incitatives, des dispositions de l'article L. 162-14-1 et du présent article applicables aux chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux en fonction du niveau de l'offre en soins au sein de chaque région dans les zones définies par l'agence régionale de santé en application de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique . Ces modalités sont définies après concertation des organisations les plus représentatives des étudiants et jeunes chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux ;

8° (Abrogé).

Elles fixent également les modalités d'application du 3°, et notamment les conditions dans lesquelles le professionnel concerné présente ses observations.

Si elle autorise un dépassement pour les soins visés au 3° de l'article L. 861-3, la convention nationale intéressant les chirurgiens-dentistes fixe le montant maximal de ce dépassement applicable aux bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé ; à défaut de convention, ou si la convention ne prévoit pas de dispositions spécifiques aux bénéficiaires de cette protection, un arrêté interministériel détermine la limite applicable à ces dépassements pour les intéressés.



## AMENDEMENTS EXAMINÉS PAR LA COMMISSION

### **Amendement n° AS 3 présenté par Mme Bérengère Poletti et M. Philippe Vigier**

*Après l'article 10*

Insérer l'article suivant :

Le II de l'article 6 de la loi n°78-753 du 17 juillet 1978 portant diverses mesures d'amélioration des relations entre l'administration et le public et diverses dispositions d'ordre administratif, social et fiscal est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Par dérogation à l'article 371-1 du code civil, les informations à caractère médical relatives à une personne mineure et détenues par les centres de planification ou d'éducation familiale, les établissements d'enseignement du second degré ou les régimes obligatoires d'assurance maladie en application des articles L. 2212-7, L. 2311-4 et L. 5134-1 du code de la santé publique ne sont communiquées qu'à cette personne et non pas à ses représentants légaux. »

### **Amendement n° AS 4 présenté par Mme Bérengère Poletti et M. Philippe Vigier**

*Après l'article 10*

Insérer l'article suivant :

Après l'article L. 2212-10 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 2212-10-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 2212-10-1.* – Après consultation des professionnels de santé concernés, une expérimentation est menée, pour une durée de deux ans, dans une région qui connaît un taux important de recours à l'interruption volontaire de grossesse et des difficultés pour organiser leur prise en charge.

« Initiée par l'agence régionale de santé, cette expérimentation autorise les sages-femmes des établissements de santé publics ou privés à pratiquer des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse selon les règles d'administration applicables à cette pratique prévues par le présent chapitre.

« Dans le cadre de cette expérimentation, la sage-femme sollicitée par une femme en vue de l'interruption de sa grossesse procède à la consultation médicale prévue à l'article L. 2212-3 et informe celle-ci, dès sa première visite, des méthodes médicales et chirurgicales d'interruption de grossesse ainsi que des risques et des effets secondaires potentiels. Si la femme renouvelle sa demande d'interruption de grossesse, la sage-femme recueille son consentement dans les conditions prévues à l'article L. 2212-5.

« Une sage-femme bénéficie de la clause de conscience et n'est jamais tenue de pratiquer une interruption volontaire de grossesse mais elle doit informer, sans délai, l'intéressée de son refus et lui communiquer immédiatement le nom de praticiens susceptibles de réaliser cette intervention selon les modalités prévues à l'article L. 2212-2.

« Si la sage-femme ne pratique pas elle-même l'interruption de grossesse, elle restitue à la femme sa demande pour que celle-ci soit remise au praticien choisi par elle et lui délivre un certificat attestant qu'elle s'est conformée aux dispositions des articles L. 2212-3 et L. 2212-5.

« Les modalités d'organisation de la consultation des professionnels de santé prévue au premier alinéa du présent article sont fixées par décret.

« Avant le 15 septembre de chaque année, le ministre chargé de la santé remet au Parlement un rapport qui présente une évaluation de l'expérimentation ainsi menée. »

**Amendement n° AS 5 présenté par M. Jean-Luc Prével**

*Article 2*

À l'alinéa 2, après les mots : « maisons de santé pluridisciplinaire », supprimer les mots : « ou d'un établissement hospitalier ».

**Amendement n° AS 6 présenté par MM. Guy Lefrand et Jean-Pierre Door**

*Article 1<sup>er</sup>*

Supprimer cet article.

**Amendement n° AS 7 présenté par MM. Guy Lefrand et Jean-Pierre Door**

*Article 2*

Supprimer cet article.

**Amendement n° AS 8 présenté par MM. Guy Lefrand et Jean-Pierre Door**

*Article 2*

À l'alinéa 2, substituer au nombre : « 12 », le chiffre : « 3 ».

**Amendement n° AS 9 présenté par MM. Guy Lefrand et Jean-Pierre Door**

*Article 3*

Supprimer cet article.

**Amendement n° AS 10 présenté par MM. Guy Lefrand et Jean-Pierre Door**

*Article 4*

Supprimer cet article.

**Amendement n° AS 11 présenté par MM. Guy Lefrand et Jean-Pierre Door**

*Article 4*

À l'alinéa 2, supprimer les mots : « leurs fonctions à titre libéral ».

**Amendement n° AS 12 présenté par MM. Guy Lefrand et Jean-Pierre Door**

*Article 4*

Rédiger ainsi cet article.

« Les médecins désireux d'exercer leurs fonctions à titre libéral et qui s'installerait pour une durée d'au moins trois ans dans un territoire dans lequel le schéma visé à l'article L.1434-7 indique que l'offre de soins de premier recours ne suffit pas à répondre aux besoins de santé de la population, bénéficierait de façon dérogatoire de la possibilité de s'installer en secteur conventionné à honoraire libre, dit secteur 2. »

**Amendement n° AS 13 présenté par MM. Guy Lefrand et Jean-Pierre Door**

*Article 4*

Supprimer la seconde phrase de l'alinéa 2.

**Amendement n° AS 14 présenté par MM. Guy Lefrand et Jean-Pierre Door**

*Article 4*

Supprimer l'alinéa 3.

**Amendement n° AS 15 présenté par MM. Guy Lefrand et Jean-Pierre Door**

*Article 4*

Supprimer l'alinéa 4.

**Amendement n° AS 16 présenté par MM. Guy Lefrand et Jean-Pierre Door**

*Article 5*

Supprimer cet article.

**Amendement n° AS 17 présenté par MM. Guy Lefrand et Jean-Pierre Door**

*Article 5*

Supprimer l'alinéa 4.

**Amendement n° AS 18 présenté par MM. Guy Lefrand et Jean-Pierre Door**

*Article 6*

Supprimer cet article.

**Amendement n° AS 19 présenté par MM. Guy Lefrand et Jean-Pierre Door**

*Article 6*

Supprimer l'alinéa 4.

**Amendement n° AS 20 présenté par MM. Guy Lefrand et Jean-Pierre Door**

*Article 7*

Supprimer cet article.

**Amendement n° AS 21 présenté par MM. Guy Lefrand et Jean-Pierre Door**

*Article 7*

Supprimer l'alinéa 4.

**Amendement n° AS 22 présenté par MM. Guy Lefrand et Jean-Pierre Door**

*Article 8*

Supprimer cet article.

**Amendement n° AS 23 présenté par MM. Guy Lefrand et Jean-Pierre Door**

*Article 8*

Supprimer l'alinéa 4.

**Amendement n° AS 24 présenté par MM. Guy Lefrand et Jean-Pierre Door**

*Article 9*

Supprimer cet article.

**Amendement n° AS 25 présenté par MM. Guy Lefrand et Jean-Pierre Door**

*Article 9*

Supprimer l'alinéa 4.

**Amendement n° AS 26 présenté par MM. Guy Lefrand et Jean-Pierre Door**

*Article 10*

Supprimer cet article.

**Amendement n° AS 27 présenté par MM. Guy Lefrand et Jean-Pierre Door**

*Article 11*

Supprimer cet article.

**Amendement n° AS 28 présenté par MM. Guy Lefrand et Jean-Pierre Door**

*Article 12*

Supprimer cet article.

**Amendement n° AS 29 présenté par Mme Véronique Besse**

*Après l'article 2*

Insérer l'article suivant :

Dans un délai d'un an à compter de la publication de la présente loi, le Gouvernement remet un rapport au Parlement sur l'effectivité de cette disposition et sur son efficacité.

**Amendement n° AS 30 présenté par Mme Véronique Besse**

*Après l'article 3*

Insérer l'article suivant :

I. – Après l'article L. 1434-8 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1434-8-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 1434-8-1.* – Le mécanisme de solidarité faisant participer les médecins en zones sur denses à l'exercice de la médecine dans les zones sous denses, prévu à l'article L. 1434-8, est complété par un abaissement de charges sociales pour les médecins au delà de l'âge légal du départ en retraite, dès lors que ceux-ci exercent dans une zone sous dense.

« Les conditions d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'État. »

II. – La perte de recettes qui pourrait résulter de l'application du I pour les organismes de sécurité sociale est compensée à due concurrence par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

**Amendement n° AS 31 présenté par M. Philippe Vigier, rapporteur**

*Article 2*

À l'alinéa 2, substituer aux mots : « d'internat, tout étudiant en médecine doit effectuer un stage pratique, pour une durée minimale de 12 mois, au sein d'une maison de santé pluridisciplinaire ou d'un établissement hospitalier dans les zones, définies », les mots : « du troisième cycle des études médicales, tout étudiant en médecine doit effectuer un stage pratique, d'une durée minimale de 12 mois, au sein d'une maison de santé pluridisciplinaire, d'un pôle de santé ou d'un établissement de santé situés dans les zones, déterminées ».

**Amendement n° AS 32 présenté par M. Philippe Vigier, rapporteur**

*Article 3*

À l'alinéa 4, après le mot : « région », insérer la phrase suivante : « . Chaque étudiant peut en outre se présenter aux épreuves classantes régionales organisées dans deux autres régions ».

**Amendement n° AS 33 présenté par M. Philippe Vigier, rapporteur**

*Article 3*

Après l'alinéa 5, insérer l'alinéa suivant :

« 2° *bis* La première phrase du quatrième alinéa est complétée par les mots « et les conditions dans lesquelles les étudiants admis en troisième cycle peuvent être autorisés à l'effectuer dans une région dans laquelle ils n'ont pas passé l'épreuve classante régionale mentionnée au L. 632-2 du code de l'éducation. »

**Amendement n° AS 34 présenté par M. Philippe Vigier, rapporteur**

*Article 4*

Au début de la deuxième phrase de l'alinéa 2, avant le mot : « ils », insérer les mots : « À partir de 2020 ».

**Amendement n° AS 35 présenté par M. Philippe Vigier, rapporteur**

*Article 4*

À l'alinéa 3, substituer aux mots : « à ceux mentionnés à l'article L. 4131-1 et à ceux », les mots : « aux médecins ».

**Amendement n° AS 36 présenté par M. Philippe Vigier, rapporteur**

*Article 5*

À l'alinéa 2, substituer aux mots : « à la convention prévue », les mots : « aux conventions prévues ».

**Amendement n° AS 37 présenté par M. Philippe Vigier, rapporteur**

*Article 5*

À l'alinéa 3, substituer aux mots : « à la convention précitée », les mots : « aux conventions précitées ».

**Amendement n° AS 38 présenté par M. Philippe Vigier, rapporteur**

*Article 5*

À l'alinéa 3, substituer aux mots : « le département », les mots : « les départements ».

**Amendement n° AS 39 présenté par M. Philippe Vigier, rapporteur**

*Article 5*

À l'alinéa 4, après le mot : « regroupement », insérer les mots : « de cabinets ».

**Amendement n° AS 40 présenté par M. Philippe Vigier, rapporteur**

*Article 5*

À l'alinéa 5, après le mot : « regroupement », insérer les mots : « de cabinets ».

**Amendement n° AS 41 présenté par M. Philippe Vigier, rapporteur**

*Article 5*

À l'alinéa 5, substituer aux mots : « de la convention mentionnée », les mots : « des conventions mentionnées ».

**Amendement n° AS 42 présenté par M. Philippe Vigier, rapporteur**

*Article 5*

À l'alinéa 6, substituer aux mots : « de la convention mentionnée », les mots : « des conventions mentionnées ».

**Amendement n° AS 43 présenté par M. Philippe Vigier, rapporteur**

*Article 6*

À la première phrase de l'alinéa 3, substituer aux mots : « le département », les mots : « les départements ».

**Amendement n° AS 44 présenté par M. Philippe Vigier, rapporteur**

*Article 6*

À l'alinéa 4, après le mot : « regroupement », insérer les mots : « de cabinets ».

**Amendement n° AS 45 présenté par M. Philippe Vigier, rapporteur**

*Article 6*

À l'alinéa 5, après le mot : « regroupement », insérer les mots : « de cabinets ».

**Amendement n° AS 46 présenté par M. Philippe Vigier, rapporteur**

*Article 6*

À l'alinéa 7, substituer au nombre : « cinq », le nombre : « six ».

**Amendement n° AS 47 présenté par M. Philippe Vigier, rapporteur**

*Article 7*

À l'alinéa 3, substituer aux mots : « le département », les mots : « les départements ».

**Amendement n° AS 48 présenté par M. Philippe Vigier, rapporteur**

*Article 7*

À l'alinéa 4, après le mot : « regroupement », insérer les mots : « de cabinets ».

**Amendement n° AS 49 présenté par M. Philippe Vigier, rapporteur**

*Article 7*

À l'alinéa 5, après le mot : « regroupement », insérer les mots : « de cabinets ».

**Amendement n° AS 50 présenté par M. Philippe Vigier, rapporteur**

*Article 8*

À l'alinéa 3, substituer aux mots : « le département », les mots : « les départements ».

**Amendement n° AS 51 présenté par M. Philippe Vigier, rapporteur**

*Article 8*

À l'alinéa 4, après le mot : « regroupement », insérer les mots : « de cabinets ».

**Amendement n° AS 52 présenté par M. Philippe Vigier, rapporteur**

*Article 8*

À l'alinéa 5, après le mot : « regroupement », insérer les mots : « de cabinets ».

**Amendement n° AS 53 présenté par M. Philippe Vigier, rapporteur**

*Article 9*

À l'alinéa 3, substituer aux mots : « le département », les mots : « les départements ».

**Amendement n° AS 54 présenté par M. Philippe Vigier, rapporteur**

*Article 9*

À l'alinéa 4, après le mot : « regroupement », insérer les mots : « de cabinets ».

**Amendement n° AS 55 présenté par M. Philippe Vigier, rapporteur**

*Article 9*

À l'alinéa 5, après le mot : « regroupement », insérer les mots : « de cabinets ».

**Amendement n° AS 56 présenté par M. Philippe Vigier, rapporteur**

*Article 9*

À la seconde phrase de l'alinéa 6, substituer aux mots : « de masseurs-kinésithérapeutes concernés », les mots : « du masseur-kinésithérapeute concerné ».

**Amendement n° AS 57 présenté par M. Philippe Vigier, rapporteur**

*Article 11*

À l'alinéa 1, substituer aux mots : « membres de Parlement », les mots : « députés, sénateurs ».

**Amendement n° AS 58 présenté par M. Philippe Vigier, rapporteur**

*Article 12*

Supprimer cet article.

**Amendement n° AS 59 présenté par M. Philippe Vigier, rapporteur**

*Après l'article 12*

Insérer l'article suivant :

Les établissements de santé, les cabinets médicaux, les maisons de santé et les pôles de santé s'engagent à développer en France la mise en place de la télémédecine telle que définie à l'article L. 6316-1 du code de la santé publique.