

N° 401

---

# ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958  
TREIZIÈME LÉGISLATURE

---

---

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 14 novembre 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* : 284.



## SOMMAIRE

	Pages
<b>INTRODUCTION</b> .....	7
<b>I.- ALORS QUE LES DISPOSITIFS D'INCITATION À L'INSTALLATION ONT FAIT LA PREUVE DE LEUR INEFFICACITÉ, LA SOUS-MÉDICALISATION DE CERTAINS TERRITOIRES S'AGGRAVE</b> .....	13
A. DES PROJECTIONS DÉMOGRAPHIQUES ALARMANTES .....	13
1. Des évolutions démographiques défavorables .....	13
2. Une répartition inégale sur le territoire .....	14
3. Des infléchissements impuissants à enrayer les tendances à l'œuvre.....	17
<i>a) Le numerus clausus</i> .....	17
<i>b) Les épreuves classantes nationales</i> .....	17
B. DES DISPOSITIFS COÛTEUX ET INEFFICACES .....	18
1. Une multiplicité d'incitations sans effet avéré.....	18
<i>a) Les dispositifs financés par l'État</i> .....	18
<i>b) Les dispositifs financés par les collectivités territoriales</i> .....	19
<i>c) Les dispositifs financés par la sécurité sociale</i> .....	19
2) Des tentatives de régulation inabouties .....	21
3) Une réflexion sur les conditions d'exercice à poursuivre .....	22
<b>II.- UNE VOLONTÉ COMMUNE DE LUTTER CONTRE LES DÉSERTS MÉDICAUX QUI APPELLE DES DÉCISIONS FORTES ET IMMÉDIATES</b> .....	25
A. LA NÉCESSITÉ D'UNE RÉGULATION : UNE CONVICTION DE PLUS EN PLUS PARTAGÉE .....	25
1. Une prise de conscience ancienne.....	25
2. Des propositions qui tardent à se concrétiser .....	27
<i>a) Des initiatives parlementaires nombreuses</i> .....	27
<i>b) Des décisions qui ne sont pas à la hauteur des enjeux</i> .....	29
B. AGIR SANS DÉLAI EN FAVEUR D'UNE MEILLEURE RÉPARTITION DE L'OFFRE DE SOINS SUR LE TERRITOIRE .....	31
1. Une gestion régionalisée de la formation des médecins.....	31
<i>a) Mieux prendre en compte les besoins de santé de chaque territoire dans la fixation et la répartition du numerus clausus</i> .....	31
<i>b) Organiser un internat régional</i> .....	31

2. Un passage obligé en zones sous dotées au cours des études médicales.....	32
3. Une obligation de service de trois ans à l'issue du cursus.....	32
4. Un dispositif de conventionnement sélectif reposant sur un régime d'autorisation d'installation géré par les agences régionales de santé .....	33
5. Une mobilisation nécessaire de tous les outils disponibles pour lutter contre la désertification médicale .....	33
a) <i>Le cumul emploi-retraites</i> .....	33
b) <i>La télémédecine</i> .....	34
6. Une évaluation impérative des mesures prévues .....	34
<b>TRAVAUX DE LA COMMISSION</b> .....	<b>35</b>
<b>I.- DISCUSSION GÉNÉRALE</b> .....	<b>35</b>
<b>II.- EXAMEN DES ARTICLES</b> .....	<b>59</b>
<i>Article 1<sup>er</sup></i> : (art. L. 631-1 du code de l'éducation) Critères de fixation du <i>numerus clausus</i> des études de santé .....	59
<i>Article 2</i> : (art. L. 632-5 du code de l'éducation) Stage pratique dans les zones déficitaires en matière d'offre de soins.....	60
<i>Article 3</i> : (art. L. 632-2 et L. 632-6 du code de l'éducation) Création d'un internat régional.....	63
<i>Article 4</i> : (art. L. 1434-8-1 [nouveau] du code de la santé publique) Allègement de charges sociales en cas de cumul emploi-retraite dans les zones sous-dotées .....	69
<i>Article 5</i> : (art. L. 4131-6-1 [nouveau] du code de la santé publique) Obligation d'installation des nouveaux médecins dans les zones sous dotées.....	71
<i>Article 6</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.....	73
<i>Article 7</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 .....	77
<i>Article 8</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 .....	79
<i>Article 9</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.....	83
<i>Article 10</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 .....	86
<i>Article 11</i> : (art. L. 6316-1 du code de la santé publique) Développement de la télémédecine.....	89
<i>Article 12</i> : (art. L. 1432-2 du code de la santé publique) Compétences du directeur général de l'agence régionale de la santé .....	90

<i>Article 13</i> : Évaluation du dispositif de régulation de l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire.....	90
<i>Article 14</i> : Gage financier.....	91
<b>TABLEAU COMPARATIF</b> .....	93
<b>ANNEXE AU TABLEAU COMPARATIF</b> .....	113
<b>AMENDEMENTS EXAMINÉS PAR LA COMMISSION</b> .....	121
<b>ANNEXE : PANORAMA DES AIDES À L'INSTALLATION</b> .....	125



## INTRODUCTION

Les difficultés d'accès aux soins primaires concernent un pourcentage croissant de la population : **5,8 % des Français vivent désormais dans des territoires dont la densité en médecins généralistes est inférieure de 30 % à la moyenne nationale** <sup>(1)</sup>. Et le nombre de territoires sous-médicalisés est appelé à se multiplier sous l'effet conjugué, d'une part, de la baisse des effectifs de médecins et de la diminution du temps médical disponible résultant des aspirations nouvelles des jeunes médecins en termes de conditions de vie et, d'autre part, de l'augmentation des besoins de santé liés au vieillissement de la population et au développement des pathologies chroniques.

Parallèlement, la profession de médecin est aujourd'hui déconsidérée et la médecine libérale montrée du doigt. Moins de 10 % des jeunes médecins s'installent ainsi en cabinet privé à la fin de leurs études et leur installation est de plus en plus tardive : elle se fait en moyenne à l'âge de 37 ans. Parallèlement, l'évolution réelle des revenus d'activité des omnipraticiens libéraux ne dépasse pas 1 % par an depuis près de dix ans <sup>(2)</sup>. Comment ne pas voir le lien entre la multiplication des barrières, territoriales et financières, à l'accès aux soins et l'absence de revalorisation des honoraires médicaux ? Est-ce réellement de la seule responsabilité des médecins s'ils ne vont pas aujourd'hui spontanément s'installer dans des zones où personne en vérité ne souhaite s'installer ? Rien n'est fait au cours de leur cursus d'études médicales, dans leur orientation ou dans la régulation de leur profession pour les amener à opérer de tels choix. Cela doit changer.

Le Président de la République, dans son discours de clôture du congrès de la Mutualité française le 22 octobre dernier a dressé un constat sans ambiguïté de l'accès aux soins dans notre pays rappelant que « ***dans certaines zones rurales, dans certains quartiers défavorisés, il est devenu très difficile et parfois même impossible d'avoir recours à certains spécialistes dans une durée raisonnable, de trouver un généraliste, voire même d'accéder en temps utile à des structures de soins*** ». En dépit de ce constat sans appel et de la volonté du Gouvernement d'œuvrer en faveur d'une « *mobilisation générale pour lutter contre ces déserts médicaux* » <sup>(3)</sup>, aucun changement concret n'est perceptible sur le terrain.

Les mesures annoncées en faveur de l'accès aux soins dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 paraissent dérisoires au regard des besoins exprimés par nos concitoyens. **La création de 200 postes de praticiens territoriaux de médecine générale sur l'ensemble du territoire et la possibilité d'envoyer des médecins hospitaliers exercer en libéral dans les**

---

(1) Programme de qualité et d'efficience « Maladie », annexe 1 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013.

(2) « Honoraires et revenus des médecins au titre d'une activité libérale », Éclairage Maladie, rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale, juin 2011.

(3) Discours du Président de la République, 22 octobre 2012.

## **zones sous-dotées : est-ce tout ce que la population est en droit d'attendre aujourd'hui ?**

Il est à cet égard incompréhensible que l'actuelle majorité, qui fustigeait, il y a à peine six mois de cela, l'inaction du précédent Gouvernement, répugne aujourd'hui à prendre des mesures fortes pour répondre aux besoins qui se font jour sur nos territoires. Si elle dresse le constat de l'inefficacité des incitations mises en place pour favoriser l'installation des médecins dans les zones déficitaires en offre de soins, elle se refuse toujours à en tirer les conclusions qui s'imposent.

Il est vrai qu'en rejetant le principe d'une régulation plus active des professions médicales, le Président de la République s'est lié les mains et ne peut désormais plus que recycler les vieilles formules. Telle n'a pas toujours été, cependant, la position du groupe socialiste. En témoigne ainsi 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** et cosigné par plusieurs ministres actuellement en exercice, dont la ministre de la santé, Mme Marisol Touraine. Ce texte, qui proposait de subordonner l'installation des médecins à une autorisation délivrée par l'agence régionale de santé (ARS) dans les zones sur-denses, soulignait en effet la nécessité de « **revoir sans tabou le dogme de la liberté d'installation des praticiens médicaux**. Celui-ci, pour l'instant préservé au profit de politiques d'encouragement coûteuses, pour les collectivités locales comme pour l'État, se révèle désormais inefficace. (...) Le texte est venu pour la représentation nationale de prendre ses responsabilités à l'égard des populations dépourvues d'accès au soin ».

Oui, le temps est venu pour la représentation nationale de prendre ses responsabilités : c'est la raison pour laquelle le groupe UDI, constant dans les combats qu'il mène, a tenu à redemander en ce début de XIV<sup>ème</sup> législature l'inscription d'une proposition de loi visant à garantir un accès aux soins égal sur l'ensemble du territoire déjà présentée, sans succès, sous la précédente législature. Le texte qui vous est soumis aujourd'hui reprend ainsi les dispositions de la proposition de loi n° 3914 examinée par la commission des affaires sociales le 18 janvier dernier, enrichie par certains des amendements alors étudiés.

Rejeter le bien-fondé d'une régulation de l'installation des médecins favorable à une répartition plus harmonieuse de l'offre de soins sur le territoire au motif présumé que « *la coercition, l'obligation ne créerait que des conflits sans fin* » <sup>(1)</sup> ne nous paraît pas acceptable. Et ce d'autant plus que les lignes sont en train de bouger sur ce sujet, que les médecins évoluent.

Ainsi, au mois de mai dernier, le **Conseil national de l'Ordre des médecins** a lui-même remis en cause le principe de la liberté totale d'installation, se déclarant favorable à la mise en place de contraintes pour tenter d'enrayer la

---

(1) Discours du Président de la République, 22 octobre 2012.

désertification médicale. Parmi les diverses propositions visant à faciliter l'accès aux soins issues de son séminaire annuel, figurait **l'obligation d'une primo-installation de cinq ans des jeunes médecins dans leurs régions de formation**. « *Concrètement, les jeunes médecins seraient obligés à l'issue de leurs études de s'installer pendant cinq ans dans la région où ils ont effectué leur troisième cycle. Les lieux d'exercice seraient déterminés à l'intérieur de chaque région sous la conduite des agences régionales de santé et en liaison étroite avec le conseil régional de l'Ordre* », a précisé M. Michel Legmann, le président du conseil national de l'Ordre.

Ces déclarations ne font toutefois que recouper d'autres analyses, plus anciennes, comme celles du Professeur Yvon Berland en 2005 ou celles figurant dans les conclusions de missions d'information parlementaires, comme celle présidée par notre collègue Christian Paul en 2008. Plus récemment, la Cour des comptes, dans son rapport de septembre 2011 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, estimait que la situation justifiait « *le recours à des mesures plus contraignantes (...) sans attendre une nouvelle aggravation des déséquilibres constatés* »<sup>(1)</sup>.

Ne comptez pas sur votre rapporteur cependant pour affirmer que la médecine libérale a fait long feu. Au contraire, il pense que **la médecine libérale doit être encouragée et soutenue, mais, pour perdurer, celle-ci ne doit plus ignorer l'environnement dans lequel elle s'inscrit** et les difficultés d'accès aux soins que rencontrent nos concitoyens dans certaines zones du territoire. Plusieurs professionnels de santé, comme les infirmiers, les sages-femmes ou les masseurs-kinésithérapeutes se sont déjà engagés dans la voie d'une régulation en partenariat avec l'assurance maladie. Depuis bien plus longtemps, leurs collègues pharmaciens d'officine sont soumis à des conditions d'autorisation et à des règles d'implantation liées à la densité de population, qui ne sont remises en cause par personne !

Certes, des « obligations de service » en zones sous-dotées et des limitations d'installation en zones sur-dotées ne suffiront peut-être pas à résoudre l'équation démographique et à pallier l'inégale répartition des ressources médicales sur notre territoire, de même que **les incitations financières ont échoué à elles seules à rétablir l'équilibre**. En revanche, la combinaison de ces mesures, alliée à des réformes organisationnelles – favorisant l'exercice regroupé, le développement de la télémédecine, les coopérations entre les secteurs hospitaliers et ambulatoires – constitue une piste que l'on ne peut pas se permettre d'ignorer ou de balayer d'un revers de la main au motif qu'elle créerait des mécontents.

Les mesures avancées dans la présente proposition de loi ne sont en outre aucunement révolutionnaires. Elles reprennent pour la plupart d'entre elles des préconisations figurant dans les rapports déjà cités et ne constituent en rien un affront pour les médecins :

---

(1) Chapitre V « La répartition territoriale des médecins libéraux ».

– ainsi, le texte propose, en premier lieu, de **fixer le *numerus clausus* « en fonction » des besoins de la population au niveau régional** ;

– il propose ensuite de généraliser, lors de la troisième année du troisième cycle des études de médecine (la dernière année pour les médecins généralistes), les **stages dans les zones déficitaires en offre de soins**, au sein de structures collectives. Je rappelle à cet égard que la ministre de la santé a déclaré cet été dans son discours prononcé lors de la Fête de la rose de Frangy-en-Bresse que « *les études de médecine devront imposer des stages dans les déserts médicaux* ». Voici l'occasion de concrétiser cette annonce ;

– la proposition de loi prévoit également une régionalisation de l'internat avec l'organisation d'épreuves classantes, non pas au niveau national, mais au niveau régional afin de **fidéliser les internes dans leur région de formation**. Preuve que ces questions sont abordées sans dogmatisme : des exceptions seront prévues, ainsi que la possibilité de se présenter aux épreuves dans deux autres régions que celle où s'est déroulé le deuxième cycle ;

– le texte reprend ensuite un amendement présenté par notre collègue Véronique Besse en janvier dernier afin d'**orienter le dispositif de cumul emploi-retraite en direction des zones déficitaires en offre de soins** ;

– puis il prévoit qu'à partir de 2020, les médecins libéraux seront tenus d'**exercer pendant trois ans dans un territoire où l'offre de soins de premiers recours n'est pas satisfaite**. 2020, afin qu'aucun étudiant déjà inscrit dans un cursus de médecine ne soit amené à reconsidérer son choix. Trois ans, c'est moins que la proposition du Conseil national de l'Ordre des médecins de mai dernier. C'est une mesure limitée dans la durée, qui est justifiée par l'impératif de répondre aux besoins de santé de la population, mais qui pourrait être temporaire, dans la mesure où la proposition de loi prévoit également la mise en place d'un comité d'évaluation appelé à faire des propositions. Enfin, cela paraît être la juste contrepartie des efforts, notamment financiers, que la collectivité consent en faveur de la formation des médecins. Votre rapporteur rappellera à toutes fins utiles que cette proposition rejoint l'engagement 22 du projet socialiste pour l'élection présidentielle aux termes duquel il devait être demandé aux jeunes médecins libéraux d'exercer en début de carrière dans les zones qui manquent de praticiens ;

– la proposition de loi suggère enfin de **mettre en place un conventionnement sélectif**, via une procédure d'autorisation de création, de transfert et de regroupement de cabinets afin d'œuvrer en faveur d'une meilleure répartition de l'offre de soins sur le territoire. Ces autorisations, qui seraient octroyées par le directeur général de l'agence régionale de santé reposeraient sur la définition d'une densité maximale de praticiens. Les médecins s'installant dans des zones sur-denses ne pourraient plus être conventionnés par l'assurance maladie. Votre rapporteur vous proposera néanmoins de supprimer ce dispositif

pour les infirmiers, les sages-femmes et les masseurs-kinésithérapeutes qui se sont déjà engagés dans une démarche de régulation au niveau conventionnel.

Les solutions proposées ici se veulent avant tout des mesures pragmatiques et de bon sens. Elles seront soumises à **évaluation** et pourront évidemment être adaptées en fonction des évolutions démographiques. Ne pas les adopter reviendrait en revanche à fermer les yeux sur la situation actuelle et la laisser s'aggraver.

Pour toutes ces raisons, votre rapporteur invite l'ensemble de ses collègues, ceux qui sont élus de circonscription situées dans des zones déficitaires, qu'elles soient rurales ou urbaines, comme ceux qui sont solidaires, ceux de la majorité qui ont soutenu, par le passé, des propositions similaires, comme ceux de l'opposition, conscients de la gravité du problème auquel nous sommes confrontés, à prendre leurs responsabilités et à voter la présente proposition de loi



## I.- ALORS QUE LES DISPOSITIFS D'INCITATION À L'INSTALLATION ONT FAIT LA PREUVE DE LEUR INEFFICACITÉ, LA SOUS-MÉDICALISATION DE CERTAINS TERRITOIRES S'AGGRAVE

### A. DES PROJECTIONS DÉMOGRAPHIQUES ALARMANTES

#### 1. Des évolutions démographiques défavorables

Le nombre de médecins n'a cessé de progresser au cours des quarante dernières années : les effectifs sont ainsi passés de 59 000 en 1968 à 173 000 en 1990, puis 194 000 en 2000 et 209 000 en 2009<sup>(1)</sup>. D'après l'atlas de la démographie médicale publié par le Conseil national de l'Ordre des médecins, on dénombrerait au 1<sup>er</sup> janvier 2012 268 072 médecins inscrits au tableau de l'Ordre, dont 216 142 actifs et 51 930 retraités<sup>(2)</sup>.

La population de médecins se caractérise toutefois par un **vieillessement** important. Ainsi, alors que le nombre d'actifs a progressé de 6,2 % ces dix dernières années, le nombre de retraités a pour sa part crû de 53,4 %<sup>(3)</sup>. La moyenne d'âge départementale des médecins généralistes libéraux en activité régulière est désormais de 53 ans. Comme le souligne le rapport de la Cour des comptes de septembre 2011<sup>(4)</sup>, la **féménisation** de la profession et, plus globalement, l'**évolution des aspirations** des jeunes médecins en termes de conditions de vie et de travail, sont allées de pair avec une augmentation des temps partiels et une diminution du temps médical. Enfin, si l'exercice libéral reste dominant, sa part décroît depuis 1990 où elle représentait encore 62,6 % de l'activité : aujourd'hui, moins d'un médecin sur dix s'installe en libéral à l'issue de ses études.

Or, d'après la Cour des comptes, ces mutations structurelles affectent tout particulièrement la médecine générale. Les médecins généralistes sont désormais 92 477 inscrits au tableau de l'Ordre en activité régulière, ce qui correspond à une diminution de leur nombre de 5 % en cinq ans. Le développement de modes d'exercice particuliers<sup>(5)</sup> a en outre contribué à réduire le nombre d'omnipraticiens exerçant réellement la médecine générale et cette tendance se renforce<sup>(6)</sup> ! Le **maillage du territoire par les médecins généralistes** est pourtant

---

(1) Chiffres du Conseil national de l'Ordre des médecins cité par la Cour des comptes dans son rapport de septembre 2011 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale.

(2) Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1<sup>er</sup> janvier 2012, réalisé par Gwénaëlle Le Breton-Lerouvillois, géographe de la santé, sous la direction du Dr Patrick Romestaing, président de la section santé publique et démographie médicale.

(3) Atlas de la démographie médicale 2012.

(4) Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale.

(5) Tels que l'homéopathie, l'acupuncture, la médecine du sport, etc.

(6) Les effectifs en modes d'exercice particulier ont augmenté de 17 % entre 2000 et 2009.

crucial pour garantir l'accès aux soins de nos concitoyens, leur rôle de pivot dans l'organisation des parcours de soins et de référent dans l'offre de soins de premier recours en font des acteurs de premier plan de l'organisation du système de santé.

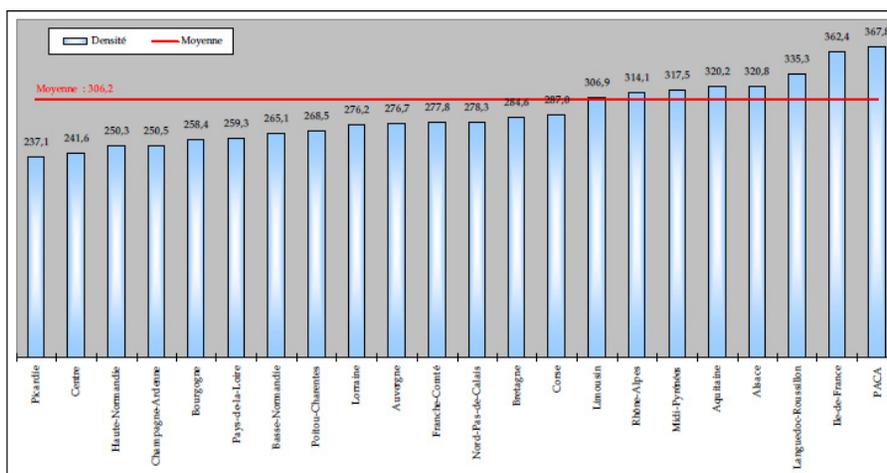
Ces évolutions générales ne peuvent donc que susciter une inquiétude légitime alors que la situation épidémiologique de notre pays se caractérise par un développement croissant des poly-pathologies liées à l'âge ainsi que des pathologies chroniques (diabète, cancer, *etc.*), nécessitant un suivi et une prise en charge au long cours des patients organisée autour des médecins traitants. Cette inquiétude est d'autant plus forte que ce constat démographique se double de disparités géographiques très fortes et de plus en plus marquées dans la répartition des médecins sur le territoire.

## 2. Une répartition inégale sur le territoire

Entre les régions, entre les départements, mais, encore plus précisément, entre les pôles urbains et les zones rurales isolées, entre les centres villes et les banlieues, les densités médicales divergent de plus en plus.

Au 1<sup>er</sup> janvier 2012, la densité médicale métropolitaine <sup>(1)</sup> est de **306,2 médecins pour 100 000 habitants**. La Picardie demeure la région la moins bien dotée avec une densité de 237,1 médecins pour 100 000 habitants alors que la région Provence-Alpes-Côte d'Azur culmine avec 367,8 médecins pour 100 000 habitants <sup>(2)</sup>.

### *Densité régionale de médecins en activité régulière*



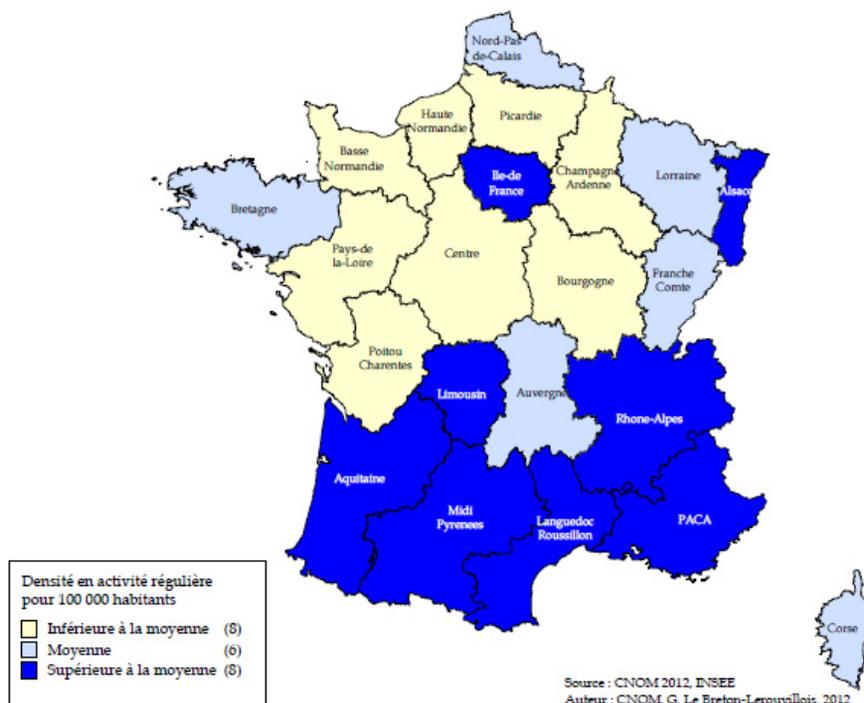
Source : Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1<sup>er</sup> janvier 2012, Conseil national de l'Ordre des médecins.

(1) Médecins en exercice régulier.

(2) Atlas de la démographie médicale 2012.

Comme l'indique la carte ci-dessous la répartition géographique des médecins est marquée par un fort **héliotropisme**.

*Densités régionales de médecins en activité régulière*



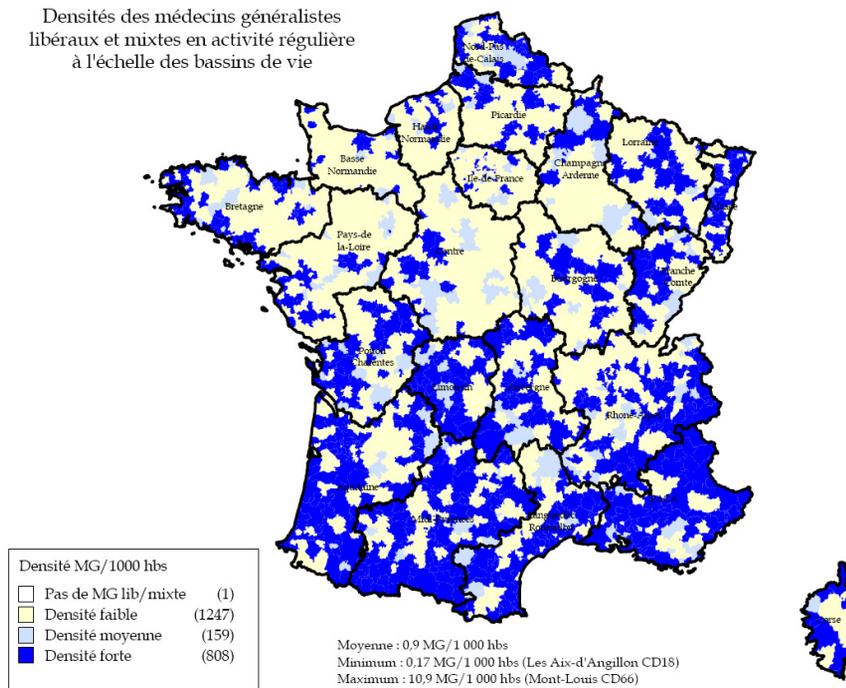
Source : Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1<sup>er</sup> janvier 2012, Conseil national de l'Ordre des médecins.

Par ailleurs, les travaux du Conseil national de l'Ordre des médecins sur le devenir des régions d'ici 2017 tablent sur un **renforcement des tendances à l'œuvre** aujourd'hui. Ainsi, la région Picardie devrait continuer à être confrontée à une diminution continue de sa densité médicale, de même que la région Centre, deuxième région sous-médicalisée de France, qui passerait d'une densité de 245,5 médecins pour 100 000 habitants en 2012 à une densité de 237,7 médecins pour 100 000 habitants en 2017. La région Ile-de-France, au sein de laquelle l'ensemble des départements limitrophes de Paris connaissent des problèmes d'accès aux soins, devrait enregistrer la plus forte baisse d'activité régulière (-5,1 %). Notons que dans ces mêmes régions, l'exercice libéral décroît plus fortement qu'ailleurs : alors que 93,6 % des médecins inscrits pour la première fois en région Rhône-Alpes y exercent actuellement une activité libérale ou mixte, ils ne sont plus que 58,3 % en région Centre.

Pour les médecins généralistes, la Cour des comptes estime qu'il convient de descendre au niveau des bassins de vie <sup>(1)</sup> afin d'observer ces inégalités de répartition, qui sont à 90 % infra-régionales. Il en va de même des spécialistes libéraux, dont la densité, dans la plupart des bassins de vie, est inférieure de plus de 50 % à la moyenne nationale. Quelques bassins de vie majoritairement situés dans les grandes agglomérations ou dans le sud ont en revanche une densité supérieure de plus de 50 % à la densité nationale. Les densités les plus élevées se rencontrent en Île-de-France, en particulier dans l'agglomération parisienne <sup>(2)</sup>.

**Densités des médecins généralistes libéraux et mixtes, en activité régulière, à l'échelle des bassins de vie**

Densités des médecins généralistes libéraux et mixtes en activité régulière à l'échelle des bassins de vie



Source : CNOM 2012.

Auteur : CNOM, G. Le Breton-Lerouillois, 2012.

La France est ainsi l'un des pays européens où les inégalités territoriales dans l'accès aux médecins sont les plus marquées. Comme le souligne notre collègue Christian Paul, dans son rapport sur le projet de loi de financement de la

(1) Le découpage du territoire métropolitain en « bassins de vie » a été réalisé afin de faciliter la compréhension de sa structuration : le bassin de vie se définit comme le plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès à la fois aux équipements de la vie courante et à l'emploi. 1 247 bassins de vie ont ainsi été identifiés en densité faible pour la médecine libérale générale libérale et mixte d'après le Conseil national de l'Ordre des médecins.

(2) DREES, Document de travail « Les comptes nationaux de la santé 2009 », série Statistiques, n° 149, septembre 2010.

sécurité sociale pour 2013<sup>(1)</sup>, « *c'est la faillite de la liberté d'installation, quand elle est considérée comme un tabou et s'applique dans une grande imprévoyance* ».

### 3. Des infléchissements impuissants à enrayer les tendances à l'œuvre

#### a) *Le numerus clausus*

Si le *numerus clausus* a fait l'objet de plusieurs relèvements ces dernières années, permettant d'escompter, au-delà de la baisse attendue de la démographie médicale dans les années à venir<sup>(2)</sup>, une hausse débouchant à terme sur un nombre de médecins largement supérieur à celui que l'on connaît aujourd'hui, la Cour des comptes prévient néanmoins que « *pour autant, cette dynamique ne résoudra pas spontanément les inégalités de répartition des médecins* » et ce, quels que soient les *scenarii* retenus<sup>(3)</sup>. Ainsi, dans le scénario tendanciel de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), les inégalités des densités médicales régionales seraient aussi marquées en 2030 qu'en 2006.

Et la Cour de conclure que « *compte tenu de ces tendances lourdes, une action publique efficace en faveur d'une meilleure répartition géographique apparaît comme une exigence impérieuse au regard de l'enjeu essentiel qu'est l'égalité d'accès aux soins et, par la même, l'égalité des chances dans le domaine de la santé* ».

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

En 2004, le concours de l'internat a été remplacé par des épreuves classantes nationales (ECN) concernant tous les futurs médecins, qu'ils se destinent à la médecine générale ou à une autre spécialité. En application de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite « HPST »), cette réforme s'accompagne désormais d'une **programmation quinquennale** proposant une répartition prévisionnelle des postes proposés à l'issue des épreuves. La Cour des comptes constate cependant que si, entre 2004 et 2010, cette répartition a bénéficié à certaines régions sous dotées (Ouest, Nord-Ouest), la répartition prévisionnelle pour la période 2010-2014 devrait d'abord bénéficier aux régions sur-dotées et peu, voire pas du tout, aux régions sous-dotées.

---

(1) Rapport n° 302 sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013, tome II Assurance maladie et accidents du travail.

(2) D'après la DREES, le nombre de médecins en activité en France baisserait de 10 % dans les dix années à venir (« La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales », Études et résultats, n° 679, février 2009).

(3) Études et résultats, n° 679, février 2009.

En outre, en dépit de l'augmentation du nombre de postes ouverts aux épreuves en médecine générale <sup>(1)</sup>, on observe un nombre croissant de postes non affectés à l'issue des épreuves, révélant un taux de redoublement qui peut atteindre 30 % dans certaines facultés. Or, non seulement ce phénomène concerne essentiellement la médecine générale, mais il s'observe en outre principalement dans les régions sous-dotées.

## B. DES DISPOSITIFS COÛTEUX ET INEFFICACES

Les mesures prises par les pouvoirs publics pour influencer directement sur l'installation des médecins n'ont pour l'heure eu qu'un impact limité, qu'il s'agisse de dispositifs mis en place par l'État, par l'assurance maladie ou par les collectivités territoriales (exonérations fiscales, compléments de rémunération, aides pour les étudiants...). La multiplicité des aides, souvent cumulables et non plafonnées, est loin de constituer un levier d'action efficace. Ainsi, pour notre collègue Christian Paul, « *la jungle (des aides) répond au désert. Les bilans de ces dispositifs révèlent de forts effets d'aubaine, voir des effets pervers dus à l'obsolescence des zonages générant le versement de certaines aides (...)* » <sup>(2)</sup>. Enfin, force est de constater que les tentatives pour instaurer des mécanismes de régulation se sont toutes pour l'heure soldées par des échecs.

### 1. Une multiplicité d'incitations sans effet avéré

Les médecins sont éligibles à trois grands types d'aides, pour la plupart cumulables, financées par l'État, les collectivités territoriales ou la sécurité sociale (voir tableau en annexe). Aucune évaluation globale n'existe de ces différents dispositifs dont l'influence sur l'installation des médecins n'apparaît cependant pas significative à l'échelle nationale.

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

Les médecins peuvent tout d'abord prétendre aux **dispositifs d'exonérations fiscales et sociales applicables dans les zones relevant de la politique d'aménagement du territoire**, qu'il s'agisse des zones franches urbaines (ZFU) ou des zones de revitalisation rurale (ZRR). Ainsi, depuis la loi du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux, l'installation d'un cabinet médical dans ces zones ouvre droit à une exonération totale de l'impôt sur le revenu pendant les cinq premières années, puis d'une exonération dégressive durant neuf ans. D'après la Cour des comptes, le bénéfice moyen exonéré par médecin était, respectivement, de 47 400 euros en ZFU et 58 800 euros en ZRR en 2009.

---

(1) *Celui-ci est passé de 1 841 en 2004 à 3 632 en 2010, soit un doublement, et le nombre de postes ouverts en médecine générale atteint désormais 53 % du nombre total de postes ouverts.*

(2) *Rapport n° 302 sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013, tome II Assurance maladie et accidents du travail.*

En vertu de cette même loi du 23 février 2005, les médecins sont en outre éligibles à une **exonération d'impôt sur le revenu sur la rémunération qu'ils perçoivent 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 (article 151 *ter* du code général des impôts). Le Conseil des prélèvements obligatoires estime le gain moyen par médecin à 1 500 euros par an. 7 millions d'euros sont prévus au titre du financement de ce dispositif pour 2013, qui devraient bénéficier à un peu plus de 3 500 médecins.

Signalons également que les médecins sont éligibles à une **exonération d'une partie des cotisations patronales** de sécurité sociale pendant douze mois **pour l'embauche d'un salarié** dans un cabinet installé en zone de revitalisation rurale ou urbaine (article L. 131-4-2 du code de la sécurité sociale).

#### *b) Les dispositifs financés par les collectivités territoriales*

La loi du 23 février 2005 a autorisé les collectivités territoriales dans les zones déficitaires à attribuer des **aides à l'installation ou au maintien** des médecins ainsi que des **aides aux étudiants** en médecine (article 108). D'après les informations transmises à votre rapporteur, ces mesures ne sont pas systématiquement recensées : il est donc difficile d'en connaître le montant agrégé ainsi que l'efficacité, aucune évaluation du dispositif n'ayant été réalisée. La Cour des comptes, dans son rapport de septembre 2011, signale néanmoins que ces mesures présentent un **risque de redondance et de concurrence entre territoires**, en l'absence de coordination nationale, pour attirer de jeunes internes ou des médecins.

La loi du 23 février 2005 a également prévu la possibilité :

– pour les communes d'**exonérer de cotisation 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 (articles 1464 D et 1465 A du code général des impôts). D'après les éléments fournis à votre rapporteur, le montant de cette exonération est difficile à estimer pour les seuls médecins, dans la mesure où le dispositif couvre un champ beaucoup plus large. Le détail des montants et le nombre de professionnels de santé bénéficiaires n'est donc pas disponible ;

– pour les collectivités territoriales ou leurs groupements de **réaliser ou de subventionner la réalisation d'équipements sanitaires** pour le maintien de services de santé en zones de montagne (article 111).

#### *c) Les dispositifs financés par la sécurité sociale*

##### • **L'avenant n° 20**

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.**

Signalons qu'en contrepartie de cette majoration des honoraires en zones sous-dotées, le projet d'avenant prévoyait une réduction de 20 % de la participation de l'assurance maladie aux cotisations sociales des médecins généralistes s'installant dans les zones « très sur-dotées » ; en dépit du fait qu'elle ne devait pas s'appliquer aux médecins déjà installés, cette contrepartie n'a pas été mise en œuvre en raison de l'opposition des syndicats de médecins libéraux qui y ont vu une atteinte inacceptable à la liberté d'installation.

Le bilan tiré du dispositif de l'avenant n° 20 a mis en lumière un évident **effet d'aubaine** : ainsi, alors que le coût pour l'assurance maladie a atteint 20 millions d'euros pour 773 bénéficiaires en 2010, celui-ci ne s'est traduit que par un apport net de l'ordre de 50 médecins dans les zones déficitaires depuis 2007. La Cour des comptes soulève également, dans son rapport de septembre 2011, des problèmes de contrôle des aides <sup>(1)</sup>. Enfin, ainsi que le souligne notre collègue Christian Paul dans son rapport précité, il est apparu que l'obsolescence du zonage avait conduit au versement d'aides à des médecins installés dans des zones qui n'étaient plus déficitaires en offre de soins.

Dans le cadre de la **nouvelle convention nationale des médecins généralistes et spécialistes signée le 26 juillet 2011**, les partenaires conventionnels ont néanmoins acté la reconduction du dispositif de l'avenant n° 20 tout en prévoyant des adaptations. La convention prévoit ainsi désormais deux options :

– **l'option démographie** s'adresse aux **médecins libéraux** conventionnés exerçant au sein d'un groupe ou d'un pôle de santé, et **assurant les deux tiers de leur activité dans les zones identifiées comme fragiles** dans la partie ambulatoire du schéma régional d'organisation des soins (SROS). Les médecins choisissant l'option s'engagent à exercer au même endroit et à ne pas cesser leur activité pendant cinq ans, ainsi qu'à participer à la permanence des soins. En contrepartie, ils bénéficient d'une **aide à l'installation** et d'une **aide à l'activité** ;

– **l'option santé solidarité** s'adresse, quant à elle, aux médecins libéraux conventionnés n'exerçant pas dans une zone identifiée comme fragile par le schéma régional mais souhaitant y **assurer des consultations**. En adhérant à l'option, le médecin s'engage à exercer au minimum **28 jours par an** dans une des zones où les besoins en professionnels de santé ne sont pas satisfaits. En contrepartie, les médecins adhérant à cette option bénéficient d'une **rémunération complémentaire** et d'une **prise en charge des frais de déplacement**.

La mise en œuvre de ces options est conditionnée à la définition des zones fragiles par les agences régionales de santé.

---

(1) Elle souligne ainsi que la majoration de 20 % a représenté en moyenne 27 000 euros par médecin concerné et a pu dépasser, pour l'un d'entre eux, 100 000 euros, constat qui conduit à s'interroger sur la réalité de l'activité correspondante et sur l'absence de plafonnement de l'aide.

## • Le contrat d'engagement de service public

La loi « HPST » a créé un contrat d'engagement de service public (CESP) pour les **étudiants** en médecine qui acceptent, en contrepartie d'une **allocation de 1 200 euros par mois versée pendant toute ou partie de la durée de leurs études**, d'exercer à l'issue de celles-ci dans une zone déficitaire, que ce soit à titre libéral ou salarié. Ce dispositif est financé par l'assurance maladie sur les **crédits du Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS)**.

La Cour des comptes note que 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* »<sup>(1)</sup>. On assiste cependant aujourd'hui à une **montée en charge** de la mesure : ainsi, 6,3 millions d'euros ont été prévus pour le financement du dispositif pour l'année 2012, et ce chiffre devrait quasiment doubler pour atteindre 11,9 millions d'euros pour l'année 2013, permettant de financer les 429 nouveaux contrats prévus sur la base de l'arrêté du 27 juin 2012. Il reste cependant difficile de tirer un premier bilan de l'impact du dispositif dans les zones défavorisées et il est vraisemblable que ses effets bénéfiques ne se fassent pas concrètement sentir avant plusieurs années.

Enfin, on notera qu'en vue de mieux informer les médecins sur les dispositifs qui leur sont destinés, la loi « HPST » a prévu la mise en place par les agences régionales de santé de « **guichets uniques** ». Les plateformes d'appui aux professionnels de santé (PAPS), ouvertes depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2011, semblent toutefois, aux yeux de la Cour des comptes, n'apporter qu'une réponse limitée aux enjeux de l'installation des médecins, notamment dans la mesure où elles ne permettent pas de disposer d'un bilan chiffré et exhaustif des aides consacrées dans chaque territoire à cette politique.

Difficile dans ce contexte de ne pas rejoindre la Cour dans ses conclusions dénonçant « *une multiplicité d'aides financières, mais très peu connues des intéressés et loin d'être toutes évaluées* ».

## 2) Des tentatives de régulation inabouties

L'échec d'une régulation de l'installation des médecins, que ce soit par le biais de mesures conventionnelles (*cf. supra* le projet avorté de diminution de la participation de l'assurance maladie aux cotisations des généralistes s'installant en zone sur-dotée lors des négociations conventionnelles de 2005) ou législatives contraste fortement avec les exemples émanant de pays étrangers qui, confrontés

---

(1) Le CESP ressemble en effet par certains aspects au contrat susceptible d'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'agence régionale de santé 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.

aux mêmes difficultés en matière de démographie médicale, ont clairement fait le choix de restreindre la liberté d'installation <sup>(1)</sup>.

Ce n'est pourtant pas faute d'avoir essayé, notamment ces cinq dernières années.

Ainsi, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 avait prévu dans son article 33 d'inclure dans le champ des négociations conventionnelles l'**adaptation des règles de conventionnement des médecins en fonction des besoins de santé sur le territoire**. Cette option a néanmoins été en définitive abandonnée, à la suite d'une importante grève des internes à l'automne 2007.

La loi « HPST » a ensuite instauré un mécanisme destiné à faire participer les médecins installés en zones sur-denses à la satisfaction des besoins médicaux exprimés dans les zones sous-denses, sous la forme de « **contrats santé solidarité** » proposés par les agences régionales de santé (article L. 1434-8 du code de la santé publique). En cas de refus de participer à ce mécanisme ou à défaut de respecter leur engagement, les médecins devaient s'acquitter d'une **contribution forfaitaire annuelle**, au plus égale au plafond mensuel de la sécurité sociale (3 031 euros au 1<sup>er</sup> janvier 2012). Cette mesure, destinée à s'appliquer dans les trois ans suivant l'entrée en vigueur des schémas régionaux d'organisation des soins (c'est-à-dire, au plus tôt, en 2014), n'aura jamais vu le jour. Compte tenu de la très forte opposition des médecins, la ministre de la santé a tout d'abord indiqué qu'elle mettrait volontairement « entre parenthèse » le dispositif de sanction <sup>(2)</sup>, dispositif qui a ensuite été purement et simplement supprimé par la loi du 10 août 2011 dite loi « Fourcade ».

Cette absence persistante de régulation contraste avec les **mesures prises en partenariat avec l'assurance maladie par d'autres professions de santé** ou en cours de négociation visant à corriger les inégalités de répartition observées sur le territoire. Ces mesures visent à la fois à limiter les installations dans les zones identifiées comme sur-dotées et à aider à l'installation dans les zones sous-dotées.

Ainsi, seuls les médecins n'ont pour l'heure accepté aucune mesure contraignante de régulation démographique et leur liberté d'installation est restée totale. Faut-il pour autant que le législateur se résigne à cet état de fait ?

### 3) Une réflexion sur les conditions d'exercice à poursuivre

Face à des dispositifs incitatifs qui n'ont pas fait la preuve de leur efficacité et des mesures de régulation jamais réellement mises en œuvre, les pouvoirs publics ont essayé de s'orienter vers des **mesures structurantes**,

---

(1) *La Cour des comptes, dans son rapport de septembre 2011, cite notamment : l'Allemagne, l'Autriche, le Québec, la Grande-Bretagne et la Suisse.*

(2) *Discours de Mme Roselyne Bachelot-Narquin lors de l'ouverture du 4ème congrès national de médecine générale, 25 juin 2010.*

destinées à apporter des réponses plus adéquates aux freins à l'exercice en zone déficitaire exprimés par les médecins. Ces freins portent en effet essentiellement sur les conditions de travail (isolement professionnel) mais aussi sur les conditions de vie (emploi du conjoint, scolarisation des enfants, *etc.*) dans ces zones.

Il convient notamment de citer au nombre des mesures mises en œuvre dans ce cadre la **création des maisons de santé pluridisciplinaires** (MSP), dont le nombre ne dépassait toutefois pas 93 structures en 2010, financées par l'assurance maladie pour un total de 5,3 millions d'euros (soit en moyenne plus de 56 000 euros par structure). L'apport de ces structures, s'il est indispensable sur certains territoires, n'est donc pas massif sur l'offre de soins au niveau national. Il convient néanmoins de poursuivre sur la voie du **travail en équipe**, que ce soit au sein des maisons de santé ou des pôles de santé ou sous d'autre forme, afin d'éviter les phénomènes de départ précoce en retraite ou, *a contrario*, de « *burn out* » que l'on constate parfois chez les médecins isolés installés dans les zones en voie de désertification médicale et submergés par l'ampleur de leur tâche.

Beaucoup reste à faire néanmoins dans le cadre de l'organisation et du financement de la **permanence des soins**, de la **collaboration entre les secteurs hospitaliers et ambulatoires** ou encore en termes de **répartition des tâches entre médecins et personnels paramédicaux**. Il s'agit toutefois là de réformes de fond dont les effets bénéfiques ne sont mesurables qu'à longue échéance, mais qu'il convient néanmoins de favoriser car elles constituent un facteur d'attractivité pour les jeunes médecins (exercice collectif ou mixte, limitation des plages horaires, *etc.*).



## II.- UNE VOLONTÉ COMMUNE DE LUTTER CONTRE LES DÉSERTS MÉDICAUX QUI APPELLE DES DÉCISIONS FORTES ET IMMÉDIATES

### A. LA NÉCESSITÉ D'UNE RÉGULATION : UNE CONVICTION DE PLUS EN PLUS PARTAGÉE

Depuis plusieurs années, des voix s'élèvent pour soutenir la mise en place d'un encadrement de l'installation des médecins sur le territoire. Comme le notait fort justement notre collègue sénateur Jean-Marc Juilhard en octobre 2007, « *la possibilité de recourir à des mécanismes plus coercitifs s'installe progressivement dans le débat* »<sup>(1)</sup>.

#### 1. Une prise de conscience ancienne

A la suite des travaux conduits par le professeur Yvon Berland qui ont fait date<sup>(2)</sup>, votre rapporteur tient à rappeler la multiplicité des prises de positions qui ont eu lieu sous la précédente législature en faveur d'une **régulation plus active de l'installation des médecins** et à en citer certaines.

Aussi, dès le mois de mars 2007, l'**Académie de médecine** a-t-elle recommandé, dans un rapport intitulé « *Comment corriger l'inégalité de l'offre de soins en médecine générale sur le territoire national ?* »<sup>(3)</sup>, en l'absence d'évolution de la démographie médicale, « *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* ».

En 2007 également, le **Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie** (HCAAM), s'est prononcé à deux reprises sur la nécessité de garantir une répartition plus harmonieuse de l'offre médicale sur le territoire, le cas échéant par des « **mesures de régulation plus directives** ». Ainsi, dans un avis adopté le 24 mai 2007, il indiquait qu'il y avait lieu « *de procéder rapidement à une évaluation des résultats de la politique actuelle 'de moindre contrainte'* », ajoutant que « *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**)* »<sup>(4)</sup>. Il a ensuite renforcé ses propos dans son rapport annuel de juillet 2007, estimant effectivement « *opportun de dépasser la politique actuelle de*

---

(1) Rapport d'information n° 14 sur la démographie médicale.

(2) « *Démographie des professions de santé* » (rapport remis en décembre 2002), « *Coopérations des professions de santé: transfert de tâches et de compétences* » (octobre 2003), « *Propositions sur la formation, l'installation et l'exercice médical pour lutter contre la désertification médicale* » (mai 2005), « *Démographie médicale hospitalière* » (septembre 2006).

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

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

'moindre contrainte' » et proposant « d'adopter des mesures de régulation plus directives ».

Enfin, toujours en 2007, la **Cour des comptes** constatait, dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, 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*** ». Elle précisait ainsi 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)* » <sup>(1)</sup>.

La Cour a d'ailleurs réitéré ses propos plus récemment, dans son rapport de septembre 2011, indiquant de nouveau que les données de la démographie médicale « *justifient le recours à des mesures plus contraignantes qui pourraient aller jusqu'au **conventionnement sélectif*** ».

Enfin, votre rapporteur tient à souligner la position forte et courageuse prise récemment par le **Conseil national de l'Ordre des médecins**. À la suite de son séminaire annuel tenu du 10 au 13 mai 2012 sur le thème de l'accès aux soins, l'Ordre a en effet émis plusieurs recommandations visant à garantir l'équité d'accès aux soins. Constatant l'échec des aides incitatives pour pallier l'inégale répartition régionale des médecins, son conseil national a préconisé la mise en œuvre d'« une **régulation des conditions du premier exercice dans une période quinquennale** éventuellement révisable » organisée au niveau régional, en partenariat avec les universités et les agences régionales de santé.

L'Ordre a également soutenu le principe d'une **répartition régionale des postes ouverts à l'examen classant national déterminée en fonction des besoins de santé de la population** avec une nécessaire adaptation des moyens de formation donnés à l'Université.

Ainsi, à l'obtention de sa qualification ou à l'issue de son post-internat, **chaque jeune médecin serait désormais tenu d'exercer pendant une période de cinq ans dans sa région de formation de troisième cycle**. Obéiraient aux mêmes règles l'exercice des médecins qui, une fois leur diplôme obtenu, choisiraient de faire des remplacements, et celui des médecins à diplôme étranger ayant obtenu l'autorisation d'exercer.

La détermination des lieux d'exercice, quelles qu'en soient leurs modalités, à l'intérieur de la région se ferait sous la conduite de l'agence régionale de santé en fonction des besoins identifiés par unités territoriales, et en liaison étroite avec le conseil régional de l'Ordre.

---

(1) Chapitre « Les médecins libéraux : démographie, revenus et parcours de soins ».

Pour l'Ordre, ces dispositifs nécessiteraient néanmoins des **mesures d'accompagnement, d'incitation et de promotion de carrière**, notamment en médecine générale.

Enfin, votre rapporteur tient à souligner que ces propositions de l'Ordre des médecins s'inscrivent dans une réflexion plus large touchant également à l'organisation des soins, prônant notamment :

– une restructuration des territoires, en particulier en médecine de premier recours, en incitant au regroupement de cabinets ou à la constitution de pôles mis en réseaux ;

– le développement des possibilités en matière de télémédecine (facilitation et développement de consultations spécialisées avancées et contractualisées dans les structures regroupant des médecins généralistes, désignation d'établissement(s) de santé référent(s), publics et/ou privés par bassin de santé pour la médecine de premier recours) ;

– la poursuite de l'adaptation de la permanence des soins ambulatoires (PDSA) pour favoriser l'installation des médecins, notamment avec la coopération des établissements de santé publics et privés et celle d'autres professionnels de santé ;

– la facilitation de la poursuite ou de la reprise d'activité des médecins de tout mode d'exercice, hospitaliers, autres salariés, libéraux, après liquidation de leurs droits sociaux à retraite.

## **2. Des propositions qui tardent à se concrétiser**

### *a) Des initiatives parlementaires nombreuses*

• Dès le début de la XIII<sup>ème</sup> législature, les parlementaires se sont mobilisés sur la question de la répartition de l'offre de santé sur le territoire, comme en témoigne le rapport issu des travaux de la **mission d'information sur l'offre de soins sur l'ensemble du territoire**<sup>(1)</sup> présidée par notre collègue Christian Paul dont les conclusions sont encore totalement pertinentes aujourd'hui.

La mission dressait notamment le constat selon lequel **le régime de liberté d'installation dont jouissent certaines professions de santé nuit à l'équilibre de leur répartition géographique**. Elle soulignait déjà qu'une large part des diplômés de médecine générale n'exerçait pas la médecine générale de premier recours et déplorait plus particulièrement que les formations médicales et paramédicales ne soient pas organisées, et le *numerus clausus* modulé, en fonction des besoins de santé. Enfin, la mission observait que les mesures incitatives prises jusqu'à présent pour réguler la démographie médicale n'avaient pas suffi à éviter l'aggravation des inégalités d'accès aux soins, regrettant la complexité de ces

---

(1) Rapport n° 1132 déposé le 30 septembre 2008 par M. Marc Bernier.

mesures, l'instabilité et le peu de pertinence des zonages afférents ainsi que les risques d'effets d'aubaine présentées par les incitations mises en place.

La mission formulait en outre un nombre important de propositions, dont la majorité sont malheureusement restées lettres mortes. Il en va ainsi notamment de la proposition n° 7 aux termes de laquelle il était recommandé « *sans remettre en cause le principe de la liberté d'installation des médecins libéraux, [de] mettre des freins à l'installation de professionnels de santé dans les zones déjà sur-dotées en offre de soins, dans un premier temps par des mesures 'désincitatives' comme, par exemple, une modulation de la prise en charge de leurs cotisations sociales par l'assurance maladie* ». Le rapport, après avoir constaté que l'idée d'un encadrement de la liberté d'installation des médecins progressait, laissait en outre ouverte la possibilité de recourir à des mesures contraignantes : un conventionnement sélectif consistant à limiter le nombre de nouveaux conventionnements accordés aux médecins s'installant dans les zones sur-dotées, voire l'institution de **règles géo-démographiques d'installation des cabinets médicaux, maisons médicales et centres de santé, à l'image de ce qui existe pour les pharmacies.**

Le rapporteur de la mission, notre ancien collègue Marc Bernier, jugeait ainsi 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. Il indiquait néanmoins que, quelles que soient les mesures qui pourraient être prises, elles ne devraient concerner ni les médecins déjà installés, ni les futurs médecins ayant déjà entamé leur internat.

Le groupe SRC, dans sa contribution, affirmait pour sa part que « **la liberté d'installation n'est plus un tabou** » précisant notamment que « *les incitations financières [devaient] être évaluées, encadrées pour éviter la concurrence des territoires et mieux ciblées (accorder des bourses d'études cofinancées par l'Assurance maladie assorties de l'engagement d'exercer cinq ans en zones sous-denses, ou bien demander leur remboursement...)* » et que « *devant l'insuffisante efficacité des seules incitations financières, et dans le cadre des améliorations concrètes et durables évoquées précédemment, il est devenu nécessaire de se préparer à freiner les installations dans les zones excédentaires* ».

- Au-delà des tentatives avortées de régulation figurant dans la loi « HPST » (cf. *supra* au I), plusieurs **propositions de loi** ont en outre été déposées sous la précédente législature visant à encadrer plus rigoureusement l'installation des médecins et, plus largement, des professionnels de santé, voire des services publics, sur le territoire. Il n'est pas nécessaire de les citer toutes ici.

Il convient néanmoins de rappeler que la présente proposition de loi est elle-même issue d'une proposition de loi antérieure (la proposition de loi n° 3914 examinée par l'Assemblée nationale en janvier 2012), cosignée par 53 membres de la majorité de l'époque.

Cette proposition de loi faisait par ailleurs suite au dépôt en février 2011 d'une **proposition de loi de M. Jean-Marc Ayrault pour l'instauration d'un bouclier rural au service des territoires d'avenir** <sup>(1)</sup>, dont l'exposé des motifs insistait sur la nécessité de « *revoir sans tabou le dogme de la liberté d'installation des praticiens médicaux* » et appelait la représentation nationale à prendre ses responsabilités à l'égard des populations dépourvues d'accès au soin. L'article 2 de la proposition de loi visait en effet à **subordonner à l'autorisation de l'agence régionale de santé l'installation des professionnels de santé libéraux**, des maisons de santé et des centres de santé dans les zones définies par le schéma régional de l'organisation des soins au sein desquelles est constatée une densité particulièrement élevée de l'offre de soins.

Notre collègue Germinal Peiro, dans son rapport présenté au nom de la commission du développement durable <sup>(2)</sup>, appelait à « *ne pas craindre les conséquences pratiquement apocalyptiques que ne manquent pas de prédire [les] représentants [des médecins]* », soulignant que de nombreux pans du système de santé fonctionnaient déjà correctement dans un cadre d'installations réglementées.

Enfin, votre rapporteur rappellera que le parti socialiste, dans son **programme officiel pour l'élection présidentielle de 2012** <sup>(3)</sup>, plaidait pour que les diplômés de médecine exercent pendant quelques années dans une zone sous-dense à l'issue de leurs études. Et, même si M. François Hollande, alors candidat à la primaire socialiste, s'était déjà quelque peu démarqué de son parti, en se déclarant le 5 octobre 2010 opposé à la coercition, ce dernier avait néanmoins affirmé qu'il était prêt à « *interdire certaines installations* » dans les zones trop pourvues en médecins <sup>(4)</sup>.

D'ailleurs, M. Nicolas Sarkozy avait lui-aussi 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>(5)</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) Des décisions qui ne sont pas à la hauteur des enjeux***

Force est néanmoins de constater qu'en dépit de tous les rapports parus et de toutes les prises de positions publiques, émanant de tous les bords politiques, et de leurs conclusions convergentes, aucune mesure concrète n'est venue apporter

---

(1) Proposition de loi n° 3158.

(2) Rapport n° 3245.

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

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

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

de réponse satisfaisante aux attentes de nos concitoyens sur les territoires, y compris depuis le 6 mai 2012.

Les déclarations du Président de la République à l'encontre de toute mesure « coercitive » pour pallier l'inégale répartition des médecins sur le territoire national semble avoir plongé le Gouvernement dans l'impasse. Ainsi, le chef de l'État a encore récemment réaffirmé, lors de son discours de clôture du congrès de la Mutualité<sup>(1)</sup>, son opposition à toute forme d'obligation. Ce présupposé réduit considérablement le champ d'action du Gouvernement, pour lequel la lutte contre les déserts médicaux passe désormais uniquement par la construction d'un cadre attractif pour les professionnels de santé.

Il s'agit ainsi de remettre à plat les aides à l'installation, travailler à la réorganisation du cadre de travail des professionnels et engager une réflexion sur la rémunération des médecins. Ces pistes sont certes intéressantes mais elles ne garantissent en rien d'aboutir au résultat escompté. Comme indiqué précédemment, il existe déjà de nombreux dispositifs d'incitation financière à l'installation des professionnels de santé en zones peu dotées, dont les résultats sont plus que mitigés. Le développement des nouvelles formes d'exercice constitue sans nul doute une solution à ne pas négliger, mais dans combien d'années ces mesures porteront-elles leurs fruits ?

Conscients de cet écueil, le Gouvernement a proposé des **mesures d'urgence dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013**, afin d'« *innover pour attirer les professionnels dans les zones les plus en difficultés* »<sup>(2)</sup>. Ces mesures, qui se résument en fait au seul article 40 du projet de loi, paraissent néanmoins bien dérisoires au regard des enjeux démographiques auxquels nous sommes confrontés. Le projet de loi de financement se borne en effet à prévoir la **création de 200 postes de praticiens territoriaux de médecine générale** à destination de jeunes diplômés, qui viendraient soutenir et prendre le relais des professionnels qui partent à la retraite. L'article en question prévoit ainsi la conclusion par les agences régionales de santé de contrats avec de jeunes médecins inscrits à l'Ordre depuis moins d'un an, contrats sur la base desquels ces derniers percevront une rémunération complémentaire aux revenus tirés de l'activité de soins qu'ils devront exercer, en qualité de praticien territorial de médecine générale, dans des zones définies par l'agence régionale de santé et caractérisées par une offre médicale insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins.

Sur proposition du rapporteur Christian Paul, le dispositif a été étendu aux médecins remplaçants et aux assistants hospitaliers volontaires. Il a, en outre, été complété par une mise à contribution des médecins hospitaliers pour exercer la médecine de ville en zones déficitaire. On peut néanmoins douter de l'efficacité de

---

(1) 22 octobre 2012.

(2) Extrait du rapport n° 302, tome II Assurance maladie et accidents du travail, de M. Christian Paul sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013.

ces mesures, tant du point de vue du nombre de médecins mobilisés que de la pérennité de telles dispositions qui tiennent plus de la rustine ou du replâtrage que d'une rénovation complète du dispositif d'installation des médecins sur le territoire.

## **B. AGIR SANS DÉLAI EN FAVEUR D'UNE MEILLEURE RÉPARTITION DE L'OFFRE DE SOINS SUR LE TERRITOIRE**

La présente proposition de loi reprend une grande partie des propositions émises ces dernières années afin de mieux équilibrer la répartition des professionnels de santé sur le territoire. Elle repose sur une conviction simple : la nécessité d'apporter une réponse au plus près des besoins et d'orienter les outils de la politique de santé « en fonction » de ces besoins, le cas échéant en mettant en place des instruments de régulation *ad-hoc*, ni plus ni moins coercitifs que ceux qui existent déjà pour d'autres professions.

### **1. Une gestion régionalisée de la formation des médecins**

#### ***a) Mieux prendre en compte les besoins de santé de chaque territoire dans la fixation et la répartition du *numerus clausus****

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*. Ces tentatives sont loin de donner satisfaction.

Afin d'améliorer l'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) Organiser un internat régional***

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

Cette mesure vise à stabiliser les étudiants dans la région dans laquelle ils auront effectué l'ensemble de leurs études médicales de manière à faire obstacle à la propension de beaucoup de jeunes médecins à quitter la région dans laquelle ils ont effectué leur internat, qui limite aujourd'hui fortement la gestion territoriale des flux de formation.

Ces dispositions seront néanmoins assorties de dérogations permettant aux étudiants de se présenter aux épreuves classantes dans deux autres régions et de changer de région en cours d'internat, notamment si cela est nécessaire dans le cadre de leur spécialisation.

## **2. Un passage obligé en zones sous dotées au cours des études médicales**

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 implanté dans une zone qui enregistre un déficit en matière d'offre de soins.

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

Votre rapporteur tient à insister sur le fait que ce stage se substitue à la troisième année du troisième cycle, la dernière pour les futurs médecins généralistes, et n'a, en aucune manière, pour effet de rallonger la durée des études médicales.

## **3. Une obligation de service de trois ans à l'issue du cursus**

L'**article 5** 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 insuffisant 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 permettra, 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 en outre 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.

Enfin, il est précisé que cette disposition ne s'appliquera **qu'à compter de 2020** et ce afin de ne pas changer les règles applicables aux étudiants déjà inscrits dans un cursus médical.

#### **4. Un dispositif de conventionnement sélectif reposant sur un régime d'autorisation d'installation géré par les agences régionales de santé**

L'**article 6** 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. Le directeur général de l'agence régionale de la santé serait ainsi appelé à se prononcer, sur la base de critères de densité médicale.

Cette disposition prévoit également la possibilité pour le directeur général de l'agence de fixer des distances minimales entre cabinets, comme il le fait déjà pour les pharmacies d'officine.

Enfin, en cas de non respect de ces dispositions, le médecin sera déconventionné par l'assurance maladie. Ainsi, l'article 6 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 : il devrait néanmoins alors assumer seul la création d'une patientèle non solvabilisée par l'assurance maladie. 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 7** (chirurgiens-dentistes), **8** (sages-femmes), **9** (infirmiers libéraux) et **10** (masseurs-kinésithérapeutes) reprennent ce même dispositif pour l'appliquer à différents professionnels de santé. Eu égard aux efforts déjà entrepris par certains d'entre eux pour accepter une régulation de leur installation, votre rapporteur vous proposera néanmoins de supprimer trois de ces articles, dont l'intérêt ne se justifie plus. L'**article 12** tire les conséquences de ces nouveaux régimes d'autorisation et acte l'élargissement des compétences du directeur général de l'agence régionale de santé.

#### **5. Une mobilisation nécessaire de tous les outils disponibles pour lutter contre la désertification médicale**

##### ***a) Le cumul emploi-retraites***

L'**article 4** de la présente proposition de loi est issu d'un amendement présenté par notre collègue Véronique Besse lors de l'examen du précédent texte présenté par votre rapporteur sous la XIIIème législature. Il vise à inciter les médecins retraités toujours actifs à participer au dispositif du contrat santé solidarité et à aller exercer en zones sous-dotées.

Cette disposition, qui repose sur un allègement de cotisations sociales, est susceptible d'entraîner une perte de recettes pour les organismes de sécurité sociale, qui est gagée à l'**article 14** de la proposition de loi.

### ***b) La télémédecine***

L'**article 11** vise à inciter l'ensemble des professionnels de santé, qu'ils exercent en cabinets, en établissements de santé ou sous forme regroupée, à favoriser le développement de la télémédecine, qui constitue également une réponse pertinente aux déserts médicaux.

### **6. Une évaluation impérative des mesures prévues**

Alors que la conclusion unanime des travaux menés sur les dispositifs aujourd'hui mis en œuvre pour pallier l'inégale répartition des professionnels de santé sur le territoire fait état à la fois d'une absence de recensement des initiatives et d'un manque criant d'évaluation de leur efficacité, votre rapporteur ne veut pas que les présentes mesures tombent *in fine* dans un même travers. C'est pourquoi il propose, à l'**article 13**, la création d'un comité d'évaluation chargé de suivre la mise en œuvre des dispositions de la loi et de proposer, le cas échéant, des modifications. Un rapport devra être remis au Parlement dans les deux ans suivant l'entrée en vigueur du texte.

## 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 14 novembre 2012.*

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** On ne peut dénier la constance de notre collègue Philippe Vigier qui nous présente de nouveau une proposition de loi que nous avons déjà examinée au début de cette année. Elle avait alors été rejetée et il n'est pas certain qu'elle connaisse un meilleur sort aujourd'hui. Néanmoins, je vous sais gré, monsieur le rapporteur, de rouvrir le débat sur un sujet préoccupant.

**M. Philippe Vigier, rapporteur.** J'étais effectivement venu présenter cette proposition de loi devant votre commission en janvier dernier. Je vous remercie, madame la présidente, d'avoir rappelé mon engagement, fondé sur vingt-cinq ans d'expérience professionnelle : je suis biologiste en Eure-et-Loir, territoire où la désertification médicale s'est considérablement aggravée depuis quelques années et qui a le triste privilège d'être le « dernier de la classe » en France, se classant même derrière certains secteurs de Picardie. Mon expérience est aussi familiale puisque je suis le frère de deux médecins et d'un pharmacien, et le père d'une interne en médecine. Pour rédiger cette proposition de loi, j'ai procédé à de nombreuses auditions – notamment du conseil national et des conseils régionaux de l'ordre des médecins, et des syndicats, d'internes en particulier. Je me suis également appuyé sur l'atlas de la démographie médicale, qui révèle des disparités croissantes entre les territoires.

Il ne s'agit pas d'un texte de circonstance. Lors de notre débat de janvier dernier, notre collègue Jean-Marie Le Guen reconnaissait que cette proposition de loi contenait plusieurs dispositions intéressantes. Elle venait, hélas, seulement à quelques semaines de l'élection présidentielle. Je l'ai retravaillée afin de tenir compte des évolutions intervenues depuis lors.

Les difficultés d'accès aux soins sont telles que 5,8 % des Français vivent désormais dans des territoires dont la densité en médecins généralistes est inférieure de 30 % à la moyenne. La multiplication du nombre de territoires sous-médicalisés s'est aggravée au cours des dix dernières années, notamment en raison de la diminution du *numerus clausus*, qui n'a été relevé qu'il y a dix ans. En valeur absolue pourtant, il n'y a jamais eu autant de médecins en France. Le problème réside dans leur répartition sur le territoire, mais aussi entre service public et exercice libéral. Le temps médical disponible a diminué du fait des aspirations nouvelles des jeunes médecins : l'époque des forçats de l'internat corvéables à merci, faisant 48 heures de garde d'affilée, est révolue. À l'inverse,

les besoins ont augmenté en raison du vieillissement de la population et du développement des pathologies chroniques.

Tous les professionnels de santé souffrent aujourd'hui de déconsidération – la médecine libérale ayant souvent été montrée du doigt. Seuls 8,7 % des jeunes médecins s'installent en cabinet privé à la fin de leurs études et surtout, leur âge moyen d'installation définitive est de plus de 37 ans alors que les généralistes terminent leurs études vers 28 ans. Entre 28 et 37 ans, ils font des remplacements dans des secteurs différents. Parallèlement, depuis plus de dix ans, la progression des revenus d'activité des généralistes libéraux ne dépasse pas 1 % par an. La profession s'est donc paupérisée – même si tous les généralistes ne sont pas concernés. Tout cela non plus n'est pas étranger aux manifestations actuelles.

La diminution du nombre de généralistes dans le secteur libéral résulte de la conjugaison de plusieurs facteurs : une moindre propension à s'installer en libéral, une moindre attractivité et une moindre reconnaissance de la profession, une moindre progression de ses revenus, la multiplication des barrières territoriales et financières, enfin la lourdeur des tâches administratives. Peu nombreux déjà, les jeunes généralistes libéraux le sont encore moins à s'installer en zone sous-dotée.

Le Président de la République, dans son discours de clôture du congrès de la Mutualité française le 22 octobre dernier, a dressé un constat sans appel de l'accès aux soins dans notre pays rappelant que « *dans certaines zones rurales, dans certains quartiers défavorisés, il est devenu très difficile et parfois même impossible d'avoir recours à certains spécialistes dans un délai raisonnable, de trouver un généraliste, voire même d'accéder en temps utile à des structures de soins* ». Le bilan des actions menées reste pourtant maigre. Il n'y a pas eu de mobilisation générale pour lutter contre les déserts médicaux, en dépit des quelques mesures de la loi « Bachelot » et de la loi « Fourcade », et notamment du lancement des maisons médicales. Quant aux mesures annoncées en faveur de l'accès aux soins dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 – création de 200 postes de praticiens territoriaux de médecine générale et possibilité d'envoyer des médecins hospitaliers exercer en libéral dans les zones sous-dotées –, elles paraissent dérisoires au regard des besoins.

Très critique lorsqu'elle était dans l'opposition, la majorité actuelle avait exigé des mesures du précédent gouvernement sur ce sujet. Les incitations créées – bourses, maisons médicales avec parfois un logement de fonction... – sont, hélas, inefficaces.

En rejetant le principe d'une régulation plus active des professions médicales, le Président de la République s'est lié les mains et ne peut désormais plus que recycler les vieilles formules. Pourtant la proposition de loi du 9 février 2011 relative à l'instauration d'un bouclier rural au service des territoires d'avenir – déposée par M. Jean-Marc Ayrault, cosignée par Mme Marisol Touraine, et dans laquelle j'ai puisé pour enrichir mon texte ! – proposait de

subordonner l'installation des médecins à une autorisation de l'agence régionale de santé dans les zones sur-denses. Ce texte parlait de « *revoir sans tabou le dogme de la liberté d'installation* ». Loin d'aller jusque-là, je propose, pour ma part, simplement que les généralistes libéraux s'installant en zone sur-dense ne soient pas conventionnés. On est loin du régime d'autorisation préalable imposé depuis longtemps aux pharmaciens !

Prenant ses responsabilités et constant dans les combats qu'il mène, le groupe UDI a souhaité que cette proposition de loi soit réexaminée dès le début de cette XIVe législature afin de montrer qu'il ne s'agissait pas d'un texte de circonstance mais que l'objectif était bien de lutter contre le fléau des déserts médicaux et d'assurer sur l'ensemble du territoire un égal accès aux soins, sans lequel il ne saurait y avoir de véritable égalité des chances.

Paradoxalement, le texte examiné le 18 janvier dernier par la commission des affaires sociales s'est trouvé enrichi d'amendements approuvés par le groupe socialiste, tandis que certains membres de mon groupe à l'époque ne l'avaient pas voté. Preuve que ce sujet transcende les clivages politiques et devrait appeler, je le dis, une réussite collective plutôt que des oppositions stériles.

Refuser une régulation de l'installation des médecins qui permettrait de mieux répartir l'offre de soins sur le territoire – au motif que, comme l'a expliqué le Président de la République, « *la coercition, l'obligation ne créeraient que des conflits sans fin* » – est d'autant plus inacceptable que la position des médecins eux-mêmes évolue. Ainsi, en mai dernier, au lendemain de l'élection présidentielle, leur conseil national de l'Ordre des médecins a lui-même remis en question le principe de liberté totale d'installation en préconisant d'obliger les jeunes médecins à s'installer à l'issue de leurs études durant cinq ans dans leur région de formation. « *Les lieux d'exercice seraient déterminés à l'intérieur de chaque région sous la conduite des agences régionales de santé (ARS) et en liaison étroite avec le conseil régional de l'ordre* », précisait le docteur Michel Legmann, président du conseil national de l'Ordre des médecins. Ma proposition de loi n'obligerait, elle, les jeunes médecins qu'à s'installer durant trois ans dans une zone déficitaire de la région où ils ont été formés.

Tout cela recoupe d'autres analyses, plus anciennes, comme celles du professeur Yvon Berland en 2005 ou celles figurant dans les conclusions de la mission d'information parlementaire présidée par notre collègue Christian Paul en 2008. Dans son rapport de septembre 2011 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, la Cour des comptes estimait de même que des mesures contraignantes étaient nécessaires et suggérait notamment de soumettre tout nouveau conventionnement au départ préalable d'un médecin déjà conventionné.

Ne comptez cependant pas sur moi pour affirmer que la médecine libérale a vécu ! Elle doit au contraire être encouragée et soutenue, mais, pour perdurer, elle ne peut plus ignorer l'environnement dans lequel elle s'inscrit et les difficultés

d'accès aux soins que rencontrent nos concitoyens dans certaines zones du territoire. D'autres professionnels de santé, comme les infirmiers, les sages-femmes et les masseurs-kinésithérapeutes se sont déjà engagés dans la voie d'une régulation par le biais non pas de la coercition, mais d'une négociation contractuelle avec l'assurance maladie. Depuis bien plus longtemps, les pharmaciens d'officine sont soumis à des conditions d'autorisation qui ont d'ailleurs été récemment encore durcies. Instaurer des « obligations de service » en zones sous-dotées et limiter les installations en zones sur-dotées ne suffira sans doute pas à pallier le manque de ressources médicales sur notre territoire, lequel s'explique aussi par un manque d'attractivité des carrières en secteur libéral. La combinaison des mesures de régulation relève de la responsabilité du Gouvernement, du Parlement, des ordres et de la profession.

Les mesures figurant dans notre proposition de loi sont assez simples : elles consistent tout d'abord en une régionalisation de l'internat – système ayant bien fonctionné jusqu'à sa suppression en 2004, fondé sur l'organisation du concours de l'internat par régions sanitaires. Les premiers au concours pouvaient alors choisir leur lieu d'affectation tandis que les derniers devaient aller là où il restait de la place. J'ai repris ceux des éléments du dispositif qui avaient bien fonctionné, comme la faculté de passer le concours dans trois régions, afin de ne pas fixer les candidats en un seul endroit, et l'ai même assoupli et modernisé en introduisant la faculté pour les internes – en 3<sup>e</sup>, en 4<sup>e</sup> ou en 5<sup>e</sup> année, selon les spécialités – de partir en échange dans une autre région, voire dans un pays de l'Union européenne reconnaissant les diplômes de médecine français.

En second lieu, nous proposons d'adapter le *numerus clausus* aux besoins régionaux : en effet, personne n'a de meilleure connaissance de la démographie médicale spécialité par spécialité et n'est mieux placé pour programmer sur dix ans la formation des médecins que l'agence régionale de santé. Dans le Centre, la moitié des internes quittent la région : l'augmentation du nombre d'internes de médecine générale n'a servi à rien puisque dans notre système de concours d'internat national classant, les internes mal classés préfèrent redoubler que de travailler dans des régions n'offrant pas de poste qui les intéresse. Contrairement à ce qu'on pense parfois, le système actuel des épreuves classantes nationales ne laisse pas une liberté totale de choix, puisque lorsque l'on est mal classé, on va là où il y a de la place.

Notre texte reprend ensuite un amendement présenté en janvier dernier par notre collègue Véronique Besse, visant à orienter le dispositif de cumul emploi-retraite en direction des zones sous-dotées. L'emploi de retraités à temps partiel permettrait utilement à de jeunes généralistes de se libérer, par exemple un jour par semaine.

Nous proposons aussi qu'à l'issue de leurs études, les jeunes généralistes et spécialistes exercent durant trois ans – contre cinq, dans la proposition du conseil national de l'Ordre des médecins – en zone sous-dense dans leur région de formation, en contrepartie de l'effort fourni par la collectivité pour les former. Une

installation en zone déficitaire, ce n'est tout de même pas le baigne ! Ainsi la région Centre, pourtant vaste, est intégralement classée en zone sous-dense à la seule exception de la ville de Tours, classée en zone sur-dense. Les jeunes médecins n'y seront pas contraints de s'installer au fin fond de la campagne mais pourront le faire dans des villes comme Orléans, Bourges, Châteauroux, et même à Saint-Avertin, à deux kilomètres du centre de Tours. Les jeunes médecins pourront passer ces trois années en maison médicale – un dispositif financé à 95 % par l'État et les collectivités territoriales – sans être contraints de passer les trois ans au même endroit.

Notre texte prévoit enfin de porter de six mois à un an la durée des stages effectués par les internes de médecine générale auprès d'un médecin référent.

Il ne comporte aucune mesure de coercition pour réguler l'installation des médecins, disposant uniquement qu'en zone sur-dense, cette installation ne peut donner lieu à un conventionnement.

Il propose en effet une procédure d'autorisation de création, de transfert ou de regroupement de cabinets afin de permettre à l'agence régionale de santé de mieux répartir l'offre de soins sur le territoire, ainsi qu'une compilation des données au niveau régional.

Ces mesures sont fondées sur le pragmatisme, l'expérience et le bon sens. Elles ne suffiront certes pas à résoudre tous les problèmes. Un sursaut est cependant nécessaire, étant donné le souhait de revalorisation exprimé par les professionnels de santé – laissés pour compte depuis de longues années, y compris par la majorité précédente. Lors des campagnes présidentielle et législative, nous avons tous formulé des propositions sur le sujet, qui n'étaient pas loin de converger. Pour partielle qu'elle soit, cette proposition de loi se veut une première réponse à la fois pour l'ensemble des professionnels de santé et pour nos concitoyens. Comment soutenir que l'égalité d'accès aux soins est un droit fondamental sans ne rien faire pour la garantir ?

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Monsieur le rapporteur, j'admire votre passion. Vous avez bien fait de rappeler les positions antérieurement exprimées par les uns et les autres sur le sujet. Vous m'avez certes épargnée ici mais je ne doute pas que vous rappellerez mes propos dans l'hémicycle : je les assume. Cependant, entre-temps, François Hollande a été élu Président de la République. C'est pourquoi, sans pour autant nous renier, nous avons suivi son choix et souhaité donner une chance supplémentaire aux médecins en maintenant le principe de l'incitation, que le Président de la République souhaite néanmoins rendre plus transparente et plus compréhensible pour les jeunes médecins. Si cela ne marche pas, il prendra ses responsabilités, a-t-il dit. Mais il n'est question ni pour lui ni pour la ministre des affaires sociales et de la santé, comme celle-ci l'a d'ailleurs rappelé hier dans l'hémicycle, de recourir à la coercition.

Si les revenus de certaines catégories de médecins ont diminué, le terme de « *paupérisation* » me paraît excessif. Autrement, que devrions-nous dire pour nos concitoyens les plus pauvres ?

Mme Roselyne Bachelot avait effectivement tenté dans la loi « HPST » de réguler la profession médicale en limitant les installations en zone sur-dotée et en obligeant les médecins exerçant dans les zones bien pourvues à aller soutenir leurs confrères dans les zones sous-dotées, sous peine de sanctions. Sous la pression du corps médical, la loi « Fourcade » a, hélas, supprimé ces mesures – le recul du Gouvernement s’expliquant sans doute par l’approche de la période électorale.

**Mme Linda Gourjade.** Rejetée en première lecture par l'Assemblée nationale sous la précédente législature, le 26 janvier dernier, la proposition de loi visant à garantir un accès aux soins égal sur l’ensemble du territoire est de nouveau soumise à notre examen. Afin de lutter contre les déserts médicaux, elle prévoit des mesures contraignantes pour les praticiens, alors que nous souhaitons, nous, privilégier l’incitation.

Ainsi son article 2 impose-t-il un stage obligatoire de douze mois au cours de la troisième année d’internat en maison de santé pluridisciplinaire ou en établissement de santé d’une zone sous-dotée. Son article 5 oblige les nouveaux médecins à s’installer, pour une durée d’au moins trois ans, dans les zones sous-dotées, cette obligation étant assortie d’une pénalité financière. Ses articles 6 et 7 soumettent à autorisation préalable l’installation des médecins et des chirurgiens-dentistes dans les zones sur-dotées.

Nous doutons aussi de l’efficacité des autres articles, qu’il s’agisse de l’article premier, qui renforce les critères de démographie médicale dans la détermination du *numerus clausus*, de l’article 3 qui substitue au concours national un internat régional ou encore de l’article 4 qui encourage le cumul emploi-retraite pour les médecins exerçant dans un territoire déficitaire.

La loi « HPST », votée par la précédente majorité, n’a pas permis de lutter contre la désertification médicale : la Cour des comptes en a même critiqué les mesures, dénonçant la multiplicité d’aides sans portée réelle.

Le Gouvernement actuel a fait un choix politique différent, fondé sur la proposition 19 de François Hollande. La ministre des affaires sociales et de la santé a largement rappelé que le Gouvernement est opposé à toute forme de coercition. Il faut donner toutes ses chances à l’incitation qui n’a pas été suffisamment utilisée jusqu’à présent. Des premières dispositions en ce sens ont été adoptées dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013. Je pense aux contrats de praticien territorial de médecine générale, dont la mise en place sera effective à partir du 1<sup>er</sup> mai 2013, et au développement de la médecine salariée dans les zones sous-dotées.

Dans le contexte actuel, il convient de rétablir une relation de confiance entre les professionnels de santé et les pouvoirs publics. La ministre devrait

annoncer très prochainement un plan global s'appuyant sur une large concertation pour aller plus loin dans ses propositions. Son objectif est de compléter le dispositif d'incitation en prenant tout d'abord des mesures dans le cadre réglementaire si nécessaire, puis dans la loi de santé publique à venir.

Cette proposition de loi ne nous paraît pas amendable. Je vous propose donc de la rejeter.

**M. Jean-Pierre Door.** Notre collègue et ami Philippe Vigier s'accroche à son idée avec constance, avec ténacité même. Le groupe UMP ne votera pas sa proposition de loi, pas plus cette fois-ci que la première fois. Je m'étonne qu'il mette ainsi quasiment de l'huile sur le feu, la majorité des externes, internes, chefs de clinique et praticiens militant pour le maintien de la liberté totale d'installation. S'ils acceptent l'incitation, ils refusent la coercition : ils ne disent rien d'autre aujourd'hui dans la rue. Les conseils départementaux de l'Ordre des médecins se sont unanimement opposés à la déclaration de guerre du président du conseil national de l'Ordre des médecins, qui souhaitait aller dans le même sens que vous. Ce type de contrainte a été expérimenté en Allemagne, en Autriche et en Belgique, avant de finir par être abandonné.

En revanche, un certain nombre d'outils mis en place commencent à produire leurs effets. Plus de 400 contrats d'engagement de service public ont déjà été signés par des étudiants et l'on espère un doublement de ce chiffre ; le nombre de bourses a été fixé par les conseils généraux, les conseils régionaux et les agences régionales de santé ; 310 maisons de santé pluridisciplinaires sont déjà installées ; le décret relatif aux sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (SISA) a été publié et le guichet unique centralisant toutes les informations nécessaires à un candidat à l'installation a été mis en place récemment.

Tout n'est pas négatif dans votre proposition de loi et nous pourrions vous suivre sur certains points. Le rapport de l'Académie nationale de médecine, rendu par les professeurs Queneau et Ambroise-Thomas, relatif à la démographie médicale, et qui traite de l'avenir des médecins généralistes en France, proposait lui aussi une régionalisation des épreuves classantes nationales, assortie de possibilités d'échanges interrégionaux, ainsi qu'une obligation de stage d'un an en troisième cycle. Il préconisait également des mesures incitatives, ce qui conforte d'ailleurs notre position sur le sujet : aides à l'installation, définition d'un statut de remplaçant, faculté pour les médecins retraités de continuer à exercer – nous souhaitons l'encourager et nous avons fait une proposition en ce sens dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale, sachant que 10 000 retraités seraient prêts à reprendre une activité.

Pour autant, le groupe UMP ne peut accepter votre proposition de loi.

**M. Francis Vercamer.** Madame la Présidente, je ne suis pas d'accord avec vous : le Président de la République, que j'ai écouté hier pendant deux heures et demie, n'a pas prononcé une seule fois les mots « *santé* » ni « *accès aux* »

*soins* » ! Ces thèmes ne semblent pas faire partie des priorités de sa feuille de route. La question sanitaire n'est d'ailleurs souvent abordée que par le biais de propositions de lois.

Par sa proposition de loi, Philippe Vigier, constant dans ses propositions, tente de garantir le droit fondamental que constitue l'égalité d'accès aux soins et de mettre un terme à la raréfaction de l'offre de soins généraux et spécialisés dans les territoires ruraux et les quartiers en difficulté. Vu la durée de la formation médicale, il faut agir sans retard afin d'enrayer le déclin du nombre de médecins dans les années à venir.

Les gouvernements précédents ont certes pris certaines mesures mais n'ont malheureusement pas atteint leurs objectifs et l'arsenal législatif actuel est insuffisant. Cette proposition de loi vise donc un triple but : assurer un égal accès aux soins pour tous, maintenir une certaine liberté d'installation et lutter contre la désertification médicale – ce qui exige de redonner de l'attractivité à certains territoires. Si en dépit des dispositions de la charte de 1927 garantissant la liberté d'installation des praticiens, le texte prévoit quelques contraintes, c'est qu'on ne peut faire abstraction du fait que dans notre pays la sécurité sociale assure le financement des soins. La santé n'a certes pas de prix mais elle a un coût !

Plusieurs dispositions de cette proposition de loi rejoignent des propositions formulées sous la législature précédente par le groupe socialiste et l'UMP. Dans ces conditions, je suis surpris que ces groupes la rejettent en bloc. Il est regrettable, comme le fait le groupe socialiste, de rejeter une proposition de loi sous le seul prétexte qu'elle est déposée par le groupe UDI. Examinons-en plutôt attentivement le texte afin d'en dégager les points consensuels. N'attendons pas davantage pour régler un problème qui est crucial pour un certain nombre de territoires et de populations, et sur lequel l'Académie de médecine, le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie et la Cour des comptes ont déjà alerté les pouvoirs publics.

L'UDI votera bien entendu cette proposition de loi.

**Mme Véronique Massonneau.** Le groupe écologiste ne pourra voter cette proposition de loi en l'état. Celle-ci comprend, certes, des points très intéressants. L'article 2 visant à obliger tout interne à effectuer un an de stage dans une maison de santé pluridisciplinaire, un pôle de santé ou un établissement de santé dans une zone sous-médicalisée est une idée qui mérite d'être étudiée. Néanmoins, elle suppose une réorganisation de l'internat, afin que la durée n'en soit pas allongée.

Nous sommes favorables aux articles 6 à 10, points forts de votre proposition, qui visent à soumettre l'installation des cabinets de médecins, dentistes, sages-femmes, kinésithérapeutes et infirmiers à une autorisation préalable de l'agence régionale de santé. Cela remet certes quelque peu en cause la liberté d'installation qui est l'un des piliers de la médecine libérale. Cependant, l'exemple des pharmacies montre que cela n'empêchera pas ces professions de se

développer. Jouant un rôle de régulateur, les agences régionales assureraient un meilleur contrôle de la répartition des médecins sur le territoire et pourraient mettre en place des stratégies régionales.

Nous sommes en revanche opposés aux articles 3, 4 et 5.

L'article 3 limite la mobilité des étudiants en régionalisant l'internat. Or, il est difficilement acceptable d'imposer à des jeunes le lieu où ils devront faire leur vie. C'est en outre peu conforme à la réalité actuelle de la vie des étudiants, à qui cela poserait de graves problèmes de choix personnels.

L'article 4 a été repris sous la forme d'un amendement au projet de loi de financement de la sécurité sociale, contre lequel nous avons voté. Rien ne prouve qu'une exonération de cotisations au profit des médecins exerçant dans un désert médical et ayant dépassé l'âge de la retraite les incite effectivement à poursuivre l'exercice de leur activité. Il n'est pas nécessairement judicieux non plus d'inciter les professionnels en fin de carrière à continuer d'exercer plutôt que d'inciter des jeunes à reprendre leur patientèle.

Enfin, l'article 5 va à l'encontre du dispositif expérimental incitatif des contrats de praticien territorial de médecine générale mis en place par le Gouvernement dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale. Ce que vous proposez dans cet article nous semble incohérent.

Sans être totalement opposés à votre proposition de loi, les écologistes ne pourraient y être favorables qu'à la condition que vous en supprimiez les articles 3, 4 et 5.

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Je remercie Francis Vercamer d'avoir cité la charte de la médecine libérale à laquelle aiment à se référer certains syndicats de médecins, qui ont seulement oublié qu'ont été depuis lors mis en place des mécanismes de solidarité nationale pour financer notre système de soins !

**Mme Dominique Orliac.** Déjà présentée en début d'année, cette proposition de loi est aujourd'hui complètement dépassée. Entre temps, François Hollande, alors qu'il était candidat puis une fois qu'il a été élu Président de la République, a formulé des propositions. Nous avons également voté depuis un projet de loi de financement de la sécurité sociale qui comporte des mesures sur le sujet. Un amendement du groupe SRC prévoyant des mesures coercitives a d'ailleurs beaucoup inquiété et agité les internes en médecine. La ministre des affaires sociales et de la santé a dû leur adresser un courrier leur assurant que de telles mesures n'étaient pas à l'ordre du jour. Les mesures coercitives ne sont pas la solution pour remédier aux déserts médicaux.

En revanche, les mesures incitatives existantes gagneraient à être mieux connues des étudiants, bien avant qu'ils ne deviennent internes : ils sont 95 % à les ignorer. Il conviendrait aussi de mieux faire connaître la médecine générale aux

étudiants durant leurs études – ils ne la pratiquent pas en centre hospitalier universitaire (CHU) –, d'en revaloriser l'exercice libéral à leurs yeux, de créer des postes supplémentaires de professeurs de médecine générale et de favoriser la formation de maîtres de stage pouvant accueillir des étudiants pendant leur cursus, plus en amont que ce n'est le cas aujourd'hui. Les textes actuels permettent dès la 4<sup>e</sup> année de médecine d'effectuer des stages en cabinet de généraliste mais cette mesure ne pourra être effective, notamment en milieu rural, que si elle s'accompagne d'incitations financières, telles que la prise en charge du coût du transport entre la faculté et le lieu du stage ou encore de l'hébergement sur place.

Il faudrait également veiller à une meilleure répartition des maîtres de stage sur le territoire, qui doivent être mieux reconnus et mieux rémunérés – ils le sont deux fois moins lorsqu'ils prennent en charge un externe qu'un interne, alors que cela leur prend beaucoup plus de temps. Le développement de la télémedecine peut également offrir des opportunités.

Comme l'a souligné la Cour des comptes dans un rapport, la démographie médicale va être très basse durant quelques années. Il serait donc bienvenu de mettre en place un dispositif transitoire de cumul emploi-retraite, assorti non pas d'une exonération totale des cotisations sociales, mais des seules cotisations de retraite. Relativement élevées, ces cotisations dissuadent en effet beaucoup de médecins de poursuivre l'exercice de leur activité.

Pour toutes les raisons indiquées, le groupe radical, républicain, démocrate et progressiste ne votera pas cette proposition de loi.

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Dans notre pays, les professions de santé sont, si j'ose dire, de « fausses professions libérales », dans la mesure où leur activité est solvabilisée par la solidarité nationale. Un vrai professionnel libéral ne l'est que par sa clientèle.

Jean-Pierre Door a dit que les internes manifestaient par crainte que le Gouvernement ne recoure à la coercition. La réponse de la ministre à la question de notre collègue Gisèle Biémouret sur ce sujet a pourtant été très claire hier dans l'hémicycle : cette crainte est infondée, le Gouvernement n'y recourra pas. Le Président de la République l'a lui aussi réaffirmé.

**M. le rapporteur.** L'obligation d'installation pendant trois ans dans un secteur géographique déficitaire ne s'appliquera qu'en 2020, afin de ne pas changer les règles en vigueur pour les étudiants en cours de cursus. Elle paraît normale dès lors que, comme vient de le rappeler la présidente, même s'il s'agit de professions libérales, c'est l'assurance maladie qui paie *in fine*. Les polytechniciens, les infirmières n'ont-ils pas des contraintes envers l'État à l'issue de leur formation ?

Madame Gourjade, vous vous étonnez que l'on puisse fixer par région le nombre d'internes à former. Où pourtant, mieux que région par région, pourrait-on procéder à une évaluation prospective des besoins sur le terrain ?

Vous pensez que la médecine salariée pourrait être une solution. La commune de la Ferté-Bernard, dont le maire est d'ailleurs de votre bord politique, a décidé de salarier deux médecins généralistes. L'expérience n'est pas totalement négative, mais ce n'est qu'un palliatif. Ces médecins relevant du statut de la fonction publique territoriale, leur disponibilité n'est pas toujours celle qu'on attendrait. En outre, une concurrence s'est créée avec l'hôpital de la ville. La loi de l'offre et de la demande fait que les professionnels sont souvent mieux payés dans les petits centres hospitaliers que dans les CHR ou CHU. La médecine salariée n'est pas la panacée, tant s'en faut.

Je ne partage pas votre point de vue sur le *numerus clausus*. Il faut bien s'appuyer sur des critères pour le déterminer.

L'obligation faite aux jeunes médecins à l'issue de leur formation de travailler pendant trois ans dans une zone sous-dotée permettra de les fidéliser dans le territoire, où ils pourront s'enraciner et développer un projet de vie.

Madame Orliac, vous prétendez que ma proposition de loi serait dépassée après le changement intervenu en mai dernier. Mais je ne vois rien qui ait changé depuis lors sur le sujet qui nous occupe !

Il est faux de dire que seulement 5 % des internes connaissent les mesures incitatives. La plupart sont désormais informés. Sachez que je me suis, pour ma part, rendu à Tours quatre soirées pour expliquer aux étudiants en médecine en quoi elles consistent.

Alors que la prise en charge des transports sanitaires vient d'être supprimée pour beaucoup de patients, reconnaissez que la prise en charge que vous proposez des frais de transport des étudiants entre leur faculté et leur lieu de stage n'est pas raisonnable !

Monsieur Door, ma proposition de loi est très peu coercitive. Elle ne porte pas atteinte à la liberté d'installation, prévoyant seulement qu'un médecin qui s'installe dans une zone surdotée ne sera pas conventionné. Mais vous réprochiez déjà au même motif la proposition de Mme Bachelot qui aurait obligé un médecin désirant partir en vacances à le déclarer préalablement à la préfecture ou à l'agence régionale de santé.

Quatre cents contrats d'engagement de service public ont été signés sur l'ensemble du territoire : ce n'est pas à la hauteur des enjeux.

Le passage de six à douze mois de la durée du stage prévu auprès d'un généraliste sera bénéfique aussi pour les étudiants, leur permettant éventuellement de trouver leur voie professionnelle, par exemple en leur donnant envie de rejoindre le cabinet de groupe où ils auront effectué leur stage.

Au moins un conseil départemental de l'Ordre des médecins n'est pas opposé à mon texte : celui de l'Eure-et-Loir, qui m'a soutenu dans ma démarche.

Alors que j'étais personnellement plutôt favorable à une interdiction d'installation dans les zones surdotées, c'est lui qui m'a incité à proposer le déconventionnement. Face à l'aggravation de la désertification médicale et des inégalités dans l'accès aux soins, il fallait agir. La loi « HPST » puis la loi « Fourcade » qui l'a suivie se sont révélées insuffisantes.

Monsieur Vercamer, je vous remercie d'avoir rappelé la constance de ma conviction sur ce sujet. Pour autant, cette proposition de loi traduit une sensible évolution par rapport à la précédente.

Dans nos territoires, la pratique de la télémedecine est liée à l'arrivée de la fibre optique. J'ai fait installer à Châteaudun un logiciel d'interface qui permet au cabinet de radiologie d'être en contact avec l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière. Le dispositif a coûté 250 000 euros aux collectivités, soucieuses d'améliorer la prise en charge des patients.

Madame Massonneau, si mon texte instaure un stage de douze mois au cours de la troisième année d'internat, il ne rallonge pas pour autant les études, que je trouve déjà très longues. Depuis qu'il a été décidé que tous les étudiants en médecine devaient être internes, y compris ceux s'orientant vers la médecine générale, la durée totale des études a été portée à neuf ans pour les généralistes, à dix ou onze ans pour les spécialistes, selon la spécialité, voire douze ou quatorze ans si on inclut le clinicat.

Je suis bien conscient que le cumul emploi-retraite n'est pas la panacée. C'est un ensemble de mesures qui, additionnées les unes aux autres, amélioreront la situation.

Je remercie Christian Paul d'avoir soutenu, en son temps, ma proposition sur l'internat des régions. C'est à une voix près seulement qu'un amendement au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 qui l'aurait institué n'a pas été voté.

Enfin, Francis Vercamer a rappelé à juste titre que ce sont souvent des propositions de loi qui permettent d'avancer sur les questions touchant à la santé. C'est toute une panoplie de mesures qui permettra de lutter contre la désertification médicale. Y contribueront notamment la mise en place des internats régionaux, la prolongation de six mois à un an du stage d'internat en maison de santé pluridisciplinaire ou en établissement de santé dans une zone déficitaire, l'obligation pour les médecins de travailler à l'issue de leur formation pendant trois ans dans une zone sous-dotée – ces zones représentent 95 % du territoire français.

Si les internes sont dans la rue, c'est aussi pour se faire entendre sur le conventionnement et l'encadrement des dépassements d'honoraires. Ceux-ci ont fortement augmenté ces dernières années. La situation, je l'ai dit, s'explique par la loi de l'offre et de la demande – les anesthésistes du petit hôpital de ma ville gagnent beaucoup plus que dans un CHU car ils sont en position de force.

**M. Michel Issindou.** Les préoccupations exprimées par Philippe Vigier sont également les nôtres. Les déserts médicaux concernent l'ensemble du territoire.

La ministre des affaires sociales et de la santé souhaite limiter les dépassements d'honoraires. C'est un premier pas et il faudra passer outre la grogne que la mesure suscite.

Plusieurs dispositions du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 tentent d'apporter des solutions au problème des déserts médicaux. Je pense à la création de 200 contrats de praticien territorial de médecine générale ou à la mise en place de pôles de santé – 800 à 1 000 sont en préparation dans tout le pays avec des investissements publics locaux. Ces mesures sont sans doute perfectibles. Elles ont néanmoins le mérite d'exister. Évaluons-les.

Cette proposition de loi vient trop tard ou trop tôt. Donnons-nous une dernière chance pour convaincre plutôt que de contraindre. Pour l'heure, la contrainte ne paraît pas nécessaire. Tous ces points sur un sujet aussi essentiel ne peuvent être traités dans une proposition de loi. C'est d'une grande loi de santé publique dont le pays a besoin. Que Philippe Vigier se rassure, ce texte viendra.

**Mme Isabelle Le Callennec.** Cette proposition de loi a le mérite de répondre à l'une des préoccupations des Français qui vivent en milieu rural, mais aussi dans les villes moyennes.

Aux dires des médecins eux-mêmes, il leur est très difficile d'obtenir l'agrément de maître de stage. À ce sujet d'ailleurs, le stage fera-t-il l'objet d'un contrat entre le stagiaire et le médecin ou le lieu d'accueil ?

S'agissant du cumul emploi-retraite, quelles charges sociales seraient allégées ? Les médecins retraités reprenant du service dans les zones sous-dotées ne comprendraient pas de payer des cotisations retraite.

Enfin, de plus en plus de jeunes poursuivent, semble-t-il, des études de médecine sans avoir la vocation, notamment de s'installer comme généraliste, mais plutôt dans l'intention de s'orienter vers la recherche ou même carrément d'autres professions non médicales. Comment redonner envie de devenir médecin généraliste dans notre pays ?

**Mme Monique Iborra.** L'expérience a montré que ni les mesures coercitives ni les mesures incitatives ne donnent les résultats escomptés.

La lutte contre les déserts médicaux passe par l'égalité des territoires. Il est en effet difficile d'obliger un médecin à venir s'installer dans un territoire où un hôpital ou une école ont été fermés.

L'expérimentation des 200 contrats de praticien territorial de médecine générale proposée dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 a le mérite de donner une nouvelle orientation.

**M. le rapporteur.** Ce nombre est insuffisant.

**Mme Monique Iborra.** L'expérimentation pourra être étendue.

**Mme Véronique Louwagie.** La désertification médicale est une vraie préoccupation, pas seulement d'ailleurs dans les territoires ruraux.

L'article 5 prévoit une obligation d'installation, ce qui constitue bien une mesure coercitive, quoi que vous en disiez, monsieur le rapporteur.

Je crois qu'il nous faudra décider si la médecine doit ou non rester une profession libérale. Vos propos, madame la présidente, sur les « faux professionnels libéraux » que seraient les médecins, me gênent. Et, hélas, cette proposition de loi trahit aussi une certaine ambiguïté.

Je ne suis pas sûre que l'organisation de concours régionaux pour l'internat constitue une solution, monsieur le rapporteur. En Basse-Normandie, par exemple, que vous citez comme région sous-médicalisée, la ville de Caen et les territoires proches de la mer ne rencontrent pas de difficultés, contrairement aux territoires ruraux de l'intérieur des terres. En quoi un concours régional permettrait-il de réduire ces disparités ?

Au final, votre texte a peu de chance d'inciter les étudiants à s'orienter vers la médecine libérale, vers laquelle, hélas, ne s'oriente aujourd'hui qu'un médecin sur dix. Ma crainte même est qu'il ne soit contre-productif.

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Je répète ce que j'ai dit : un vrai professionnel libéral est financé uniquement par sa clientèle. Or aujourd'hui, je ne suis pas sûre qu'un professionnel de santé libéral ferait le même chiffre d'affaires si la sécurité sociale n'existait pas. Qu'on le veuille ou non, il y a bien régulation par la solidarité nationale.

**M. Gérard Sébaoun.** Le docteur Vigier a posé un diagnostic exact, mais nous pouvons débattre de son ordonnance.

Il y a un gouffre entre la formation hyper technique en CHU des médecins et la réalité de la médecine générale qui reste très difficile. Ce n'est sans doute pas un hasard si beaucoup de médecins généralistes pratiquent les médecines douces ou alternatives.

Monsieur le rapporteur, vous proposez de prolonger de six à douze mois la durée du stage en zone sous-dotée. Mais les maîtres de stage sont-ils suffisamment aguerris pour encadrer les étudiants et leur dispenser une véritable formation, au-delà de la pratique quotidienne ?

Étant donné les disparités entre les régions, l'internat régional peut être utile pour la médecine générale, avec l'ensemble des hôpitaux autour d'un CHU centre. En revanche, il ne me semble pas être la solution pour les spécialités, notamment les plus pointues, car, pour reprendre l'exemple de votre région, les internes seront essentiellement formés à Tours. Ils n'auront pas toutes les possibilités qu'offrent les hôpitaux de la région parisienne, lyonnaise ou marseillaise.

**M. Arnaud Robinet.** Cette proposition de loi répond à une préoccupation majeure de nos concitoyens, sachant que notre pays se trouve aujourd'hui dans une situation paradoxale avec un nombre de médecins qui n'a jamais été aussi élevé et des inégalités d'accès aux soins qui s'aggravent dans nos territoires.

L'article 2 prévoit un stage d'une durée minimale de douze mois en zone sous-dotée pour les internes de troisième année. Le problème est que les étudiants doivent l'effectuer dans leur région de formation. S'ensuit un problème particulier dans les départements limitrophes de deux régions. En Champagne-Ardenne, le département de la Haute-Marne manque cruellement de professionnels de santé. Il en est de même en Picardie du département de l'Aisne. Or il se trouve que, pour des raisons de commodité, la plupart des étudiants en médecine de l'Aisne font leurs études à Reims et ceux de la Haute-Marne à Dijon, en Bourgogne. Ces étudiants ne pourront pas effectuer leurs stages dans leurs départements d'origine, où on manque pourtant de médecins. Il faudrait résoudre ce problème et permettre une certaine « perméabilité » entre régions.

Au-delà de l'exonération des cotisations retraite, il conviendrait de donner un véritable statut aux médecins retraités volontaires pour continuer à exercer dans des zones sous-dotées.

Ce n'est pas par la contrainte que l'on résoudra le problème des déserts médicaux. Au lieu des dispositions prévues à l'article 5, je pense qu'il faudrait plutôt développer les contrats avec les agences régionales de santé et les régions, incitant les jeunes médecins à s'installer pour une durée de trois à cinq ans, les expérimentations actuelles ayant rencontré un franc succès, comme je le constate en Champagne-Ardenne.

**M. Gérard Bapt.** Pour répondre à l'insuffisance du nombre d'installations en zone rurale et de façon générale en zone sous-dotée, l'une des solutions apportées lors de la mise en place de la filière universitaire de médecine générale en 1997 avait été de rendre obligatoires les stages en cabinet de généraliste afin de faire mieux connaître ce travail. Or, l'organisation des maîtrises de stage connaît de graves dysfonctionnements, comme on l'apprend en lisant des échanges entre médecins sur Internet. Ainsi l'un d'entre eux, exerçant en zone rurale dans le Morbihan depuis trente-trois ans, a échoué à se faire inscrire comme maître de stage. Devant les difficultés, un autre a tout bonnement renoncé à se faire inscrire. Un troisième, agréé comme maître de stage depuis cinq ans, a appris que son nom n'apparaissait sur aucune liste, ce qui explique que les étudiants ne le choisissaient

pas ! Dans le même temps, une enquête de l'Intersyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale (ISNAR-IMG) révèle pourtant que 49 % des étudiants en deuxième cycle n'effectuent pas de stage en cabinet en raison du manque de maîtres de stage. Il faudrait résoudre ce problème.

Il est de notre rôle de parlementaires de recenser de tels dysfonctionnements et d'essayer d'y remédier. Avant d'envisager des mesures coercitives, peut-être pourrions-nous mettre en place une mission d'information.

**Mme Véronique Besse.** Cette proposition de loi, très pragmatique, répond à un enjeu de santé publique.

Je suis heureuse que ma proposition ait été retenue : elle permettra aux médecins retraités qui souhaitent continuer à travailler à temps partiel de pouvoir le faire en zone sous-médicalisée tout en continuant de toucher leur retraite et en bénéficiant d'un allègement de cotisations.

Il ne faut pas négliger la piste des centres de santé communaux ou intercommunaux. À La Ferté-Bernard, on l'a dit, le dispositif fonctionne bien. Dans ma propre circonscription, trois communes se sont associées pour créer un centre intercommunal de santé, où travaillent des médecins salariés. Certains médecins apprécient la garantie qu'apporte le statut salarié.

**M. Christian Paul.** Nous attendons du Gouvernement qu'il fasse de la lutte contre les déserts médicaux une grande cause nationale. L'ampleur de la désertification médicale et du drame humain qui en résulte n'a pas été suffisamment prise en compte ces dernières années. Sans que l'on se soit désintéressé du problème, aucune amélioration n'a été apportée.

Les innovations au niveau local, comme les maisons de santé pluridisciplinaires, sont intéressantes. Néanmoins, c'est une refondation de l'architecture de notre système de santé tout entier qui est nécessaire. C'est pourquoi nous demandons au Gouvernement que soit présentée dès 2013 une grande loi sur l'accès aux soins. Cette proposition de loi n'apporte que des réponses partielles. Il faudrait par exemple traiter aussi de la question des urgences. L'accès de tous à un service d'urgences en trente minutes au maximum est essentiel pour que le traitement de l'urgence ne repose pas sur les médecins généralistes libéraux qui doivent pouvoir se consacrer à la médecine de premiers recours, sans que l'on charge encore davantage leur barque.

**M. Bernard Perrut.** Notre collègue Vigier a le mérite d'appeler notre attention sur les disparités géographiques dans l'accès aux soins qui n'existent pas seulement entre milieu rural et milieu urbain, mais aussi parfois entre quartiers d'une même ville.

J'aurais souhaité qu'il insiste sur le rôle des élus, locaux et nationaux, dans le développement des maisons de santé. Plus qu'à la contrainte, je crois beaucoup au contrat ainsi qu'à la responsabilisation des élus et des professionnels de santé.

Pour être l'un des premiers maires de France à avoir créé une communauté hospitalière de territoire, la première en Rhône-Alpes et la deuxième en France, je sais que ce peut être une solution d'organisation territoriale en matière de santé, avec des médecins, y compris les chirurgiens, se déplaçant sur le territoire pour consulter, les interventions lourdes continuant bien entendu d'être pratiquées au centre hospitalier central. Il faudrait donc élargir la perspective et placer l'hôpital au cœur de la réflexion.

Bien qu'ouvrant certaines pistes intéressantes, cette proposition de loi ne correspond pas à nos attentes.

**M. Bernard Accoyer.** J'y suis également défavorable. La question de la répartition de l'offre de soins de proximité est très importante, mais elle est fort complexe et doit être appréhendée dans sa globalité.

La réduction drastique, il y a une trentaine d'années pour des raisons administratives, du nombre de médecins formés a rendu nécessaire l'arrivée sur notre territoire de médecins étrangers dont les diplômes ne sont pas du niveau de ceux délivrés par nos universités, ce qui pose un problème de sécurité et de qualité des soins.

Je mets en garde notre collègue Christian Paul – qui a fait adopter, contre l'avis du Gouvernement, un amendement provocateur lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale – contre un grand soir de la refonte de notre système de soins ! Rien ne pourra se faire sans concertation avec les médecins ni les étudiants en médecine. J'en veux pour preuve les grèves des internes qui émaillent notre pays actuellement.

Plus généralement, c'est le regard déséquilibré que porte actuellement la majorité sur notre système de soins, en opposant hôpital public et hospitalisation privée, médecine salariée et médecine libérale, qui explique bien des difficultés. Et ce n'est pas, madame la présidente, en qualifiant, comme vous l'avez fait, de façon méprisante, presque insultante, la médecine libérale de « faussement libérale » que vous apaiserez le climat !

Puisque l'on évoque le dispositif cumul emploi-retraite, je tiens à souligner que les retraites des médecins libéraux diminuent régulièrement chaque année, comme cela risque de se produire dans bien d'autres régimes de retraite si la majorité n'a pas le courage de les réformer, comme l'avait fait la précédente majorité.

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Vos propos, monsieur Accoyer, sur la qualité de la formation des médecins étrangers contribueront certainement à apaiser le climat !

**M. Dominique Tian.** Bien que j'en comprenne les motivations, je voterai contre cette proposition de loi, notamment à cause de son article 5 qui introduit une obligation pour l'installation des jeunes médecins.

Je ne suis pas favorable au *numerus clausus*. Le même problème s'est posé pour les pharmacies : après avoir considéré il y a quelques années qu'il y en avait trop, voilà maintenant qu'elles ne sont pas assez nombreuses ! À vouloir ainsi tout planifier à la soviétique, on va à la catastrophe !

Je ne pense pas qu'il y ait trop de médecins en France. Ils sont simplement mal répartis sur le territoire. Comble de l'absurdité : nos enfants partent faire leurs études de médecine en Belgique ou même en Roumanie, avant de revenir s'installer en France ! Supprimons le *numerus clausus* et cessons de dire qu'il y a des zones sur-dotées et des zones sous-dotées : dans les quartiers nord de Marseille, on ne trouve plus de médecins. Ce n'est pourtant pas le Larzac !

Les médecins étrangers non communautaires employés dans nos hôpitaux y travaillent comme des esclaves, étant notamment sous-payés, ce qu'ils acceptent, les malheureux, parce qu'ils n'ont pas le droit de s'installer sur le territoire national. Pour ma part, je suis pour le retour des médecins français dans les hôpitaux français ! L'ensemble de l'organisation doit être revu.

Un article paru hier dans *Le Figaro* cite une lettre qu'une chirurgienne en colère a adressée à Mme Marisol Touraine, fustigeant qu'une opération de la main lui soit payée moins que ce que la ministre paie son coiffeur et, ajoute-t-elle, sans doute la moitié seulement du prix de l'une de ses paires de chaussures ! Il y a quand même un problème de rémunération des médecins.

C'est un problème global qu'il nous faut résoudre.

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Mais une coupe de cheveux n'est en aucun cas remboursée par la sécurité sociale ! Nous avons échappé à l'aide médicale de l'État, mais il peut y avoir pire !

**M. Denis Jacquat.** Cette proposition de loi est encore plus coercitive que la précédente, la coercition étant même étendue aux paramédicaux. Je ne peux donc qu'y être encore plus défavorable.

Une politique de santé publique ne peut se conduire qu'avec les professionnels de santé, et non contre eux. Une stratégie globale avait été mise en place pour mieux organiser l'implantation des médecins et des professionnels de santé, ce qui passe par l'amélioration des conditions d'exercice, afin de les inciter à choisir l'exercice de proximité. La possibilité de favoriser le cumul emploi-retraite, introduite par un amendement de Jean-Pierre Door, que j'avais soutenu, était l'une des solutions.

Les pôles de santé, les maisons médicales pluridisciplinaires, les contrats d'engagement de service public, l'augmentation du *numerus clausus* et le développement de la télé-médecine commencent à porter leurs fruits. Il faut continuer dans cette voie. J'ai d'ailleurs bien noté, lors de l'examen du dernier projet de loi de financement de la sécurité sociale, que la nouvelle majorité n'avait pas remis en cause ces dispositifs.

**Mme Bérengère Poletti.** Je soutiens Philippe Vigier depuis longtemps dans son combat. Dans mon département aussi, nous manquons de médecins mais nous avons aussi du mal à recruter des cadres de haut niveau dans nos entreprises et dans nos services publics. Le problème est donc celui de l'attractivité des territoires.

Je suis plutôt favorable à cette proposition de loi, excepté son article 5 qui impose aux médecins nouvellement diplômés de travailler pendant trois ans dans un territoire sous-doté à l'issue de leur formation. Ce serait pire que le service militaire ! Ces jeunes médecins ont souvent un conjoint qui travaille, parfois déjà une famille. Bref, ils ne peuvent mettre toute une organisation de vie entre parenthèses durant trois ans.

Le *numerus clausus* a été augmenté à plusieurs reprises, et même adapté au niveau régional. Le Premier Président de la Cour des comptes recommande maintenant de le faire de nouveau diminuer dans les années à venir, sachant que le nombre d'étudiants et de praticiens n'est pas la clé de tout.

Je pense que les maisons médicales seront un succès, car les médecins apprécient de travailler dans un cadre collectif.

Les incitations financières n'ont pas donné de bons résultats parce que le problème n'est pas d'abord financier. Il est aussi celui de l'attractivité de la profession de médecin, de son mode et de ses conditions d'exercice...

De façon plus générale, il faudra bien un jour s'interroger sur les régions surdotées. Peut-on continuer à y accueillir de nouveaux professionnels de santé, alors qu'au bout du compte, c'est la sécurité sociale qui paie ? Notre collègue a le mérite d'aborder la question dans cette proposition de loi.

**M. Henri Guaino.** Prenant aujourd'hui la parole pour la première fois dans cette commission, je rends hommage au travail de Philippe Vigier. Notre collègue se saisit à bras-le corps d'un sujet qui intéresse tous nos concitoyens et présente un texte qui devrait nous donner l'occasion de transcender les clivages politiques. C'est cela pour moi, la mission d'un parlementaire. Félicitons-nous de pouvoir examiner, enfin, un texte de santé publique – que nous en approuvions ou non le contenu.

Je ne partage pas les divergences exprimées par plusieurs des amis de mon groupe. On a tout essayé, en vain, pour améliorer la répartition des médecins sur le territoire – incitations, récompenses... Pour que l'accès aux soins soit partout assuré, il n'y a pas d'autre moyen que d'exiger des étudiants en médecine qu'à la fin de leurs études, ils aillent exercer dans certains territoires. On peut discuter des modalités exactes de cette obligation, qu'il s'agisse de sa durée ou des aides possibles. Mais pour le reste, on trouve bien normal d'exiger des polytechniciens ou des élèves inspecteurs des impôts qu'ils servent dix ans l'État à l'issue de leur scolarité. Pourquoi ne demanderait-on pas aux étudiants en médecine, dont la formation a duré dix ans, parfois plus, d'exercer – pas à titre gratuit ! – trois ans

dans certains territoires où nos concitoyens aujourd'hui n'ont pas accès aux soins ? C'est là ma position de républicain, au-delà des clivages politiques. J'espère donc que cette proposition de loi ne sera pas enterrée.

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Ce texte n'a pas, je pense, l'ambition d'une loi de santé publique. Nous en attendons une qui viendra en son temps.

**M. Jérôme Guedj.** Comme l'ensemble des membres du groupe socialiste, je dirai non à cette proposition de loi, mais il s'agit, dirais-je, d'un non de soutien. Avec l'égalité d'accès aux soins sur l'ensemble du territoire, il en va de l'égalité républicaine. Dans notre pays, l'accès aux soins est aujourd'hui entravé par les dépassements d'honoraires, mais aussi parfois par l'impossibilité physique de trouver un médecin près de là où on vit. Certains principes de l'exercice traditionnel de la médecine libérale, formalisés dans les années 1930, peuvent se heurter à d'autres, hérités du Conseil national de la résistance et qui ont conduit à la création de la sécurité sociale, notamment au principe constitutionnel selon lequel la Nation garantit à tous la protection de la santé. Une fiction s'est créée, dont il faut aujourd'hui sortir. Je ne sais si ce sera le grand soir que semble tellement redouter Bernard Accoyer. Nous sommes dans une phase de transition. L'ancien système est mort et le nouveau n'est pas encore tout à fait né. Je souhaite que la grande loi promise par Mme Marisol Touraine permette, dans un cadre incitatif traduisant néanmoins une intervention affirmée de la puissance publique, de régler une situation devenue insupportable pour nos concitoyens.

**Mme Dominique Orliac.** Il y a urgence : on ne peut attendre 2020 pour régler les problèmes de désertification médicale.

Il faudrait qu'il soit moins difficile pour les médecins généralistes d'obtenir leur agrément de maîtres de stage. C'est le plus souvent pour des raisons matérielles que les stages de médecine générale prévus en 4<sup>ème</sup> année de cursus ne peuvent être effectués. Je suggère donc aussi de prendre en charge l'hébergement des externes au sein des centres de santé ou des maisons médicales, ainsi que leurs frais de transport. Les étudiants en médecine sont responsables : amenons-les, tout au long de leurs études, à prendre en compte les considérations de santé publique. Au lieu de toujours invoquer le coût de la santé, on ferait mieux d'appréhender l'économie de la santé.

L'installation des jeunes médecins n'est pas non plus indépendante de l'attractivité des territoires : beaucoup se demandent pourquoi ils iraient s'installer là où tous les services publics ont fermé les uns après les autres, et où il n'y a même plus d'école.

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** L'égalité d'accès aux soins n'est un sujet ni de droite ni de gauche car la solidarité nationale n'est ni de droite ni de gauche. C'est une valeur de la République. Cette proposition de loi a le mérite d'avoir soulevé un problème réel. Le débat aura été l'occasion d'entendre

beaucoup de vérités... et aussi quelques contre-vérités. Je regrette encore une fois que Bernard Accoyer ait quitté la réunion avant d'entendre la réponse à son intervention.

**M. le rapporteur.** Comme Henri Guaino, je pense que le travail des parlementaires est de s'emparer à bras-le-corps de certains sujets d'intérêt général. Si je me suis engagé avec autant de passion sur celui de l'égalité d'accès aux soins, n'y sont pas étrangers les quatre décès de médecins par *burn out* déplorés récemment dans le territoire de santé où je travaille. Il y en a notamment eu un à Morée dans le Loir-et-Cher, là précisément où l'ancien Président de la République était venu annoncer le lancement des maisons de santé pluridisciplinaires.

Depuis janvier dernier, j'ai beaucoup écouté. J'ai revu une nouvelle fois les syndicats. Et je demeure encore ouvert à toutes les suggestions.

Cette proposition de loi vient-elle trop tôt ? Trop tard ? Je sais seulement qu'il faut agir sans retard car le problème va immanquablement s'aggraver. Je n'oublie pas Jean-Marie Le Guen, président du conseil de surveillance de l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP), déclarant en janvier dernier que si nous n'avions pas été aussi près de l'élection présidentielle, il aurait voté mon texte. Ne soyez pas schizophrènes, chers collègues.

En janvier dernier, Michel Issindou avait dit qu'il voterait sans état d'âme mon amendement tendant à exiger qu'à l'issue de leurs études, les étudiants exercent trois années dans un territoire sous-doté. Il proposait d'ailleurs alors un amendement au nom du groupe socialiste que nous n'aurions jamais osé présenter ! Si la ministre de la santé présente une grande loi de santé publique, je serai constructif. J'en prends ici l'engagement car le sujet transcende les clivages politiques.

Madame Le Callennec, j'apprécie votre approche pragmatique. La difficulté des généralistes à obtenir l'agrément de maître de stage est réelle, tous me le confirment dans la région Centre. Il n'est pas possible par exemple d'accueillir un stagiaire si on ne dispose pas d'un logement de fonction où l'héberger. Quel cabinet peut en offrir un ? Le plus souvent, les médecins sollicitent donc les mairies. S'agissant des cotisations sociales susceptibles d'être allégées, je suis ouvert à toutes les propositions. La commission est mieux à même que moi de dire lesquelles pourraient être visées.

Madame Iborra, selon vous, ni l'incitation ni la coercition n'auraient jamais marché. Pour ma part, je dis, avec beaucoup d'humilité, que seul un ensemble de mesures complémentaires permettra d'obtenir des résultats. Deux cents contrats de praticien territorial de médecine générale : ce n'est pas à la hauteur des enjeux. C'est infime par rapport au nombre total de 108 000 médecins !

Lors du drame survenu récemment dans le Lot, l'UDI n'a pas immédiatement crié avec les loups, comme tant d'autres, et elle a eu raison, car on

s'est aperçu qu'il y avait d'autres difficultés que l'accès en moins de 30 minutes à un service d'urgence. L'enjeu nous concerne tous : il s'agit de défendre le magnifique acquis de la sécurité sociale, instituée en 1945, et qui fait qu'aujourd'hui la France est encore considérée comme le meilleur pays au monde où se faire soigner.

Madame Louwagie, exiger des jeunes médecins qu'ils exercent trois ans en territoire déficitaire, est-ce vraiment coercitif ? Les polytechniciens sont bien soumis à une obligation de servir l'État. Les infirmières aussi doivent remplir certaines obligations avant de pouvoir s'installer en libéral et les étudiants qui autrefois passaient les Instituts préparatoires à l'enseignement secondaire (IPES) étaient bien tenus d'enseigner un certain nombre d'années...

Madame Orliac, cette proposition de loi ne s'appliquera en 2020 que pour l'obligation d'exercer durant trois ans en territoire sous-doté, et ce afin de ne pas changer les règles en vigueur pour les étudiants en cours de cursus. Toutes les autres mesures seront d'application immédiate. Pour rétablir l'internat régional, il suffit d'une décision conjointe du ministère de la santé et du ministère de l'enseignement supérieur.

Monsieur Sebaoun, oui, il existe un gouffre entre la formation des médecins et la réalité de l'exercice sur le terrain. La formation n'a cessé de s'allonger, passée de sept à neuf ans pour les généralistes et de neuf à dix ans, quatorze ans même avec le clinicat, pour les spécialistes. Vous avez raison aussi pour ce qui est des disparités régionales. Il ne vous aura pas échappé que ma proposition de loi prévoit une possibilité d'échanges entre régions : un interne en cardiologie à Tours pourra faire, par échange, une année d'internat dans une autre ville. Beaucoup invoquent la liberté de choix qui devrait être laissée aux internes. Mais qu'en est-il vraiment aujourd'hui ? Les moins bien classés aux épreuves classantes nationales (ECN) doivent souvent arbitrer entre spécialité et région d'exercice. Aujourd'hui, le dernier du classement qui voudrait être dermatologue ne trouverait de stages d'internat que dans une région sous-dotée. S'il tient à rester dans sa région de formation, il peut être amené, selon les cas, à renoncer à devenir spécialiste et à s'orienter vers la médecine générale.

Monsieur Robinet, la possibilité d'une « perméabilité » entre régions est essentielle, j'en suis convaincu pour habiter moi-même un département limitrophe d'une autre région administrative. Les présidents d'université peuvent trouver des solutions. Il existe certes des disparités dans la formation des internes selon les régions, de même d'ailleurs qu'à tous les niveaux du cursus médical, ce n'est pas nouveau. Mais doit-on tout régenter ? Je pense, pour ma part, qu'il faut laisser de la souplesse aux universités. L'important est que les internes qui le souhaitent puissent aller acquérir un complément de formation dans une autre région. Jamais la formation médicale ne sera dispensée de manière absolument identique sur l'ensemble du territoire. Le dernier classé n'a d'autre choix en région parisienne par exemple que de faire ses stages dans les centres hospitaliers de la périphérie, où sa formation est différente de celle qu'il recevrait dans les grands CHU.

Monsieur Bapt, vous attendez la grande loi promise par Mme Touraine. Nous aurons l'occasion d'en reparler en séance publique.

Madame Besse, merci de votre soutien. Vous pouvez témoigner de l'écoute qui a été la mienne.

Monsieur Paul, je n'oublie pas que vous m'aviez soutenu en janvier dernier pour ce qui concerne l'obligation d'exercice pendant trois ans dans un territoire sous-doté et ne manquerai pas dans l'hémicycle de rappeler vos propos d'alors. Vous estimez nécessaire une refonte de toute l'architecture de notre système de soins. Ma proposition de loi n'a pas la prétention de tout régler. Il faut revoir les relations entre médecine publique et médecine privée, de façon qu'elles coopèrent mieux, dans l'intérêt des patients. L'engorgement des urgences à l'hôpital pourrait être résolu par une meilleure organisation de la permanence des soins. Mais cela suppose davantage de passerelles entre public et privé. Ne cristallisons pas l'opposition entre les deux secteurs.

Oui, monsieur Perrut, les élus locaux doivent s'impliquer – et je ne doute pas que l'égalité d'accès aux soins figurera parmi leurs priorités lors de la campagne pour les municipales de 2014. Vous avez évoqué les communautés hospitalières de territoire : leur mise en place n'a pas toujours été facile, j'en ai eu l'expérience dans l'Eure-et-Loir.

Je répondrai à Bernard Accoyer en séance publique, puisqu'il a dû nous quitter.

Monsieur Tian, je ne pense pas qu'il faille supprimer le *numerus clausus* – le classement qui en résulte présente l'intérêt de reconnaître le mérite. Il faut, par région, l'adapter en fonction des besoins car les médecins sont aujourd'hui mal répartis sur le territoire. Il est vrai qu'il n'est pas satisfaisant que certains étudiants partent faire leurs études en Roumanie ou ailleurs avant de revenir exercer en France. Mais voilà trente ans que les étudiants vétérinaires partent se former en Belgique tout simplement parce que là-bas, il n'y a pas de concours classant ! Je ne souhaite pas qu'on ouvre les vannes pour le *numerus clausus*, simplement qu'on l'adapte, éventuellement à nombre constant. Reconnaissons toutefois que l'écart entre le dernier reçu et le premier recalé est minime. Sur quels critères s'opère la sélection ?

Monsieur Jacquat, comme vous le constaterez dans certains de mes amendements, j'ai tenu compte du fait que les infirmiers, les sages-femmes et les masseurs-kinésithérapeutes s'étaient engagés dans un mécanisme conventionnel de régulation de leur installation. Les actes n'ont pas été suffisamment revalorisés par le passé. Ne soyons pas hypocrites : les professionnels qui acceptent de travailler dans les zones sous-dotées sont mieux payés. Et souvenons-nous qu'il fut un temps où les actes infirmiers du professionnel qui avait réalisé plus de 18 000 actes médico-infirmiers (AMI) dans l'année n'étaient plus remboursés.

Madame Poletti, merci de votre soutien fidèle et de votre engagement sans faille.

Monsieur Guaino, vous faites montre d'un bel esprit républicain dépassant les clivages partisans. L'accès aux soins, au même titre que l'accès à l'emploi et l'accès au logement, fait partie du triptyque des droits sociaux que nous défendons. Je tiens à ce que notre pays soit exemplaire en ce domaine.

Monsieur Guedj, je vous remercie de votre « non de soutien ». C'est un premier pas et ne doute pas que vous saurez aller plus loin.

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** On ne peut pas penser l'hôpital public de demain sans réorganisation de tous les soins ambulatoires – pas seulement de la médecine d'ailleurs.

Oui, monsieur Vigier, nous pouvons travailler ensemble. Nous l'avons déjà fait sous la précédente législature sur la proposition de loi portant réforme de la biologie médicale.

## II.- EXAMEN DES ARTICLES

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

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

#### **Critères de fixation du *numerus clausus* des études de santé**

Le présent article vise à modifier le 2° du I de l'article L. 631-1 du code de l'éducation relatif au *numerus clausus* afin que celui-ci contribue de manière plus effective à mettre en adéquation les capacités de formation des professions de santé et les besoins de santé des territoires.

Rappelons que l'article L. 631-1 prévoit qu'à l'issue de la première année des études de santé 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 le nombre des étudiants admis dans chacune de ces filières. Le 2° du I de l'article précise à cet égard que le *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 *numerus clausus***

Le *numerus clausus* pour les études médicales a été institué au début des années 1970 afin de constituer un instrument permettant aux pouvoirs publics d'agir sur l'offre de soins.

Force est toutefois de constater qu'en l'absence d'évaluation précise des besoins de santé, territoire par territoire, les pouvoirs publics n'ont pas toujours su gérer le *numerus clausus* de façon optimale. Ainsi, alors qu'il avait été initialement fixé à 8 588 étudiants pour l'année universitaire 1971-1972, le *numerus clausus* des études médicales a ensuite diminué progressivement pour atteindre son minimum en 1992-1993, puis il a remonté très lentement lorsque la problématique de la pénurie de praticiens est apparue. Relevé plus fortement à partir de l'année 2000-2001, où il était encore limité à 4 100 étudiants, il a atteint en 2009 7 400 étudiants avant de passer aujourd'hui à 7 500 (chiffre 2012).

Depuis 2002, le Gouvernement a veillé à ce que les capacités de formation supplémentaires ouvertes 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. Toutefois, le *numerus clausus* est resté calculé en fonction du nombre de bacheliers de chaque académie et des structures de formation existantes, avec pour corollaire de privilégier les zones les mieux dotées.

Le 1° du présent article (alinéa 2) prévoit tout d'abord 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 permettra ainsi de **renforcer le caractère obligatoire de la prise en compte des besoins de santé dans la fixation du *numerus clausus*** et de réaffirmer la nécessité que sa fixation et sa répartition contribuent pleinement à la résorption des inégalités en matière d'accès aux soins.

Le 2<sup>o</sup> précise quant à lui que l'arrêté déterminant les critères de répartition du *numerus clausus* entre les différentes unités de formation et de recherche a pour objectif de **garantir non seulement l'égalité des chances des candidats mais également un accès aux soins équitable sur l'ensemble du territoire**. Les éléments relatifs à la formation ne peuvent en effet constituer à eux seuls des critères pertinents de répartition du *numerus clausus* sans prendre en compte la nécessité d'apporter une réponse concrète aux inégalités territoriales d'accès aux soins.

\*

*La Commission rejette l'article premier.*

#### *Article 2*

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

#### **Stage pratique dans les zones déficitaires en matière d'offre de soins**

Cet article a pour objet d'instaurer, au cours de la troisième année du troisième cycle des études médicales, 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.

Aujourd'hui, les stages prévus au cours des études de médecine ne favorisent pas suffisamment la découverte de l'exercice de la médecine dans les zones sous dotées (*cf. encadré infra*). **Aussi environ 70 % des étudiants qualifiés en médecine générale n'ont-ils effectué que six mois de stage dans un cabinet de médecine générale sur les trente-six mois que dure le troisième cycle 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 d'ailleurs la raison pour laquelle, le rapport d'information de la commission des affaires sociales de septembre 2008 sur l'offre de soins sur l'ensemble du territoire contenait une proposition visant à généraliser au cours des formations médicales les stages dans les zones sous denses, en y rendant obligatoires des stages actifs en fin de cursus <sup>(1)</sup>.

Enfin, comme votre rapporteur le notait déjà dans son rapport n° 4188 du 18 janvier dernier, l'enjeu est d'autant plus important que, parmi les facteurs favorables à l'implantation des médecins en zones rurales isolées, le plus déterminant est celui d'avoir vécu en milieu rural, les stages en milieu rural semblant tout spécialement avoir un effet positif <sup>(2)</sup>.

---

(1) Rapport d'information n° 1132 déposé par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales en conclusion des travaux de la mission d'information sur l'offre de soins sur l'ensemble du territoire (enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 30 septembre 2008).

(2) Fournier et al, 2004.

### Les stages prévus dans le cadre des études médicales

Les études permettant l'obtention du titre de médecin spécialiste (de médecine générale ou d'une autre spécialité) sont organisées en trois cycles au cours desquels les étudiants doivent effectuer plusieurs stages pratiques.

Si les études médicales débutent par une période de deux ans, constituant le premier cycle des études médicales (PCEM), pendant laquelle seules des matières théoriques fondamentales sont enseignées, la suite de leur cursus comprend plusieurs périodes de stages.

Ainsi, le **deuxième cycle** des études médicales (DCEM) délivre une formation de quatre ans comprenant 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 ainsi **36 mois de stage**, soit, dans la plupart des cas, douze stages de trois mois. Un **stage d'initiation à la médecine générale** de huit semaines ouvert à tous les étudiants du deuxième cycle a également été institué depuis 1997. 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. La proportion d'étudiants en deuxième cycle qui bénéficie de ce stage reste toutefois faible : seuls 49 % des étudiants de la promotion 2009-2010 l'ont ainsi effectué.

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. 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 supervisé (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, seuls 30 % des internes en médecine générale ont eu accès au stage autonome.

Le présent article modifie l'article L. 632-5 du code de l'éducation qui définit le contenu du troisième cycle des études médicales. Cet article précise notamment que les internes « *reçoivent une formation théorique et pratique à temps plein sous le contrôle des universités* », et qu'ils « *exercent des fonctions rémunérées hospitalières ou extrahospitalières, soit dans les centres hospitaliers universitaires, soit dans des établissements hospitaliers, y compris militaires ou privés* ».

Cet article est complété par une phrase visant à prévoir la mise en œuvre, dans le cadre de ce troisième cycle, **d'un stage pratique d'une durée de douze mois en zone déficitaire en offre de soins**. À la différence du stage autonome en soins primaires ambulatoires supervisé (*cf. encadré supra*) qui est aujourd'hui facultatif, ce stage serait obligatoire pour tous les internes, quelle que soit la discipline d'internat. Ce stage devant être effectué la **troisième année du troisième cycle**, il aurait vocation à occuper l'intégralité de cette troisième année, et, partant, pour les futurs médecins généralistes, de leur dernière année d'études médicales <sup>(1)</sup>.

Les zones déficitaires en offre de soins ici visées sont celles définies en application de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique relatif au schéma régional d'organisation des soins (SROS). Rappelons qu'aux termes de cet article, ce schéma régional « *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* ». Dans cette perspective, 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* ».

Enfin, le dispositif dresse également la liste des structures susceptibles d'accueillir les stagiaires :

– les **maisons de santé pluridisciplinaires**. Définies à l'article L. 6323-3 du code de la santé publique, les maisons de santé sont des personnes morales constituées entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens, assurant des activités de soins sans hébergement de premier recours et, le cas échéant, de second recours. Les maisons de santé regroupent donc sous un même toit plusieurs professionnels de santé dans le but de rompre avec un exercice isolé, notamment dans les zones les plus fragiles où elles constituent souvent une solution adaptée au manque d'attractivité de ces territoires. D'après les informations fournies par le ministère de la santé, il existait, au 31 décembre 2011, 230 maisons de santé en fonction sur le territoire national.

---

(1) *Soulignons à cet égard 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 quant à lui une « séniorisation » d'un an après le troisième cycle dans des territoires en voie de sous médicalisation, portant ainsi à quatre ans la durée du troisième cycle des études de médecine générale.*

– les **pôles de santé**. Regroupant des professionnels de santé désireux de maintenir une activité individuelle mais coordonnée, les pôles de santé peuvent, aux termes de l'article L. 6323-4 du code de la santé publique être constitués, entre des professionnels de santé mais également, le cas échéant, des maisons de santé, des centres de santé, des réseaux de santé, des établissements de santé, des établissements et des services médico-sociaux, des groupements de coopération sanitaire et des groupements de coopération sociale et médico-sociale <sup>(1)</sup>.

– les **établissements de santé**. En raison du faible nombre de maisons et pôles de santé installés pour l'heure dans les zones déficitaires en offre de soins, il apparaît nécessaire de prévoir la possibilité d'accueillir les futurs stagiaires dans les établissements de santé présents dans ces mêmes zones <sup>(2)</sup>.

\*

*La Commission est saisie de l'amendement AS 1 du rapporteur.*

**M. le rapporteur.** Cet amendement vise à réparer un oubli. Les stages peuvent aussi être effectués dans les centres de santé.

*La Commission rejette l'amendement AS 1.*

*Puis elle rejette l'article 2.*

### *Article 3*

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

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

Cet article vise à substituer un internat régional aux actuelles épreuves classantes nationales (ECN) qui déterminent l'affectation en qualité d'internes des étudiants ayant validé leur deuxième cycle d'études médicales. La répartition des étudiants en troisième cycle des études médicales est aujourd'hui loin d'être satisfaisante, tant du point de vue des aspirations des étudiants eux-mêmes que de l'objectif d'une allocation optimale des ressources médicales sur le territoire. Les épreuves classantes favorisent en effet le déracinement des étudiants en médecine et l'éloignement de leur lieu de formation initiale.

---

(1) D'après le « bilan des maisons et pôles de santé » réalisé en janvier 2010 à la demande du ministère de la santé et des sports, il est difficile de connaître avec précision le nombre de pôles de santé opérationnels aujourd'hui. Selon le recensement fait par la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins sur la base des pôles ayant bénéficié de subventions du Fonds d'incitation à la qualité et à la coordination des soins de ville (FIQCS), il y avait, en 2010, 25 structures de ce type.

(2) On rappellera néanmoins 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 maisons de santé susceptibles d'accueillir des stagiaires.

Rappelons que depuis l'entrée en vigueur du décret n° 2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales, à l'issue du deuxième cycle, les étudiants en médecine doivent, pour accéder au troisième cycle, se soumettre à des épreuves classantes nationales<sup>(1)</sup>. Le rang de classement des étudiants à ces épreuves détermine le **poste d'interne** qu'ils peuvent obtenir, poste **qui correspond à la fois à une subdivision territoriale** (un lieu de formation, situé dans le ressort d'un centre hospitalier universitaire) **et à une spécialité** :

– les vingt-huit subdivisions territoriales existantes correspondent à une ou plusieurs unités de formation et de recherche, composantes d'une université. Certaines régions comptent plusieurs subdivisions (Bretagne, Pays de la Loire, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Rhône-Alpes).

– s'agissant des spécialités, le choix des étudiants s'effectue parmi trente spécialités<sup>(2)</sup> correspondant aux diplômes d'études spécialisées (DES) délivrés à la fin du troisième cycle.

Notons que la répartition des internes fait également l'objet d'une **programmation pluriannuelle** définie à l'article 43 de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (« HPST »). Sur la base de propositions émises par l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS), un arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur et du ministre chargé de la santé détermine en effet, pour une période de cinq ans, le **nombre d'internes à former par spécialité 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.

L'efficacité de ce mécanisme de régulation est toutefois à relativiser en raison d'un **nombre de postes non affectés très important dans certaines régions**. En effet, si le nombre de postes ouverts aux épreuves correspond aujourd'hui au nombre de candidats, tous les postes sont loin d'être pourvus, les étudiants pouvant repasser plusieurs fois les épreuves s'ils ne sont pas satisfaits de leur classement<sup>(3)</sup>. Un différentiel existe donc entre le nombre de postes ouverts et le nombre de postes affectés à l'issue des épreuves, différentiel qui porte essentiellement sur la médecine générale : ainsi, en 2010, 94,5 % des postes non

---

(1) Ces épreuves se sont substituées aux anciens concours de l'internat 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.

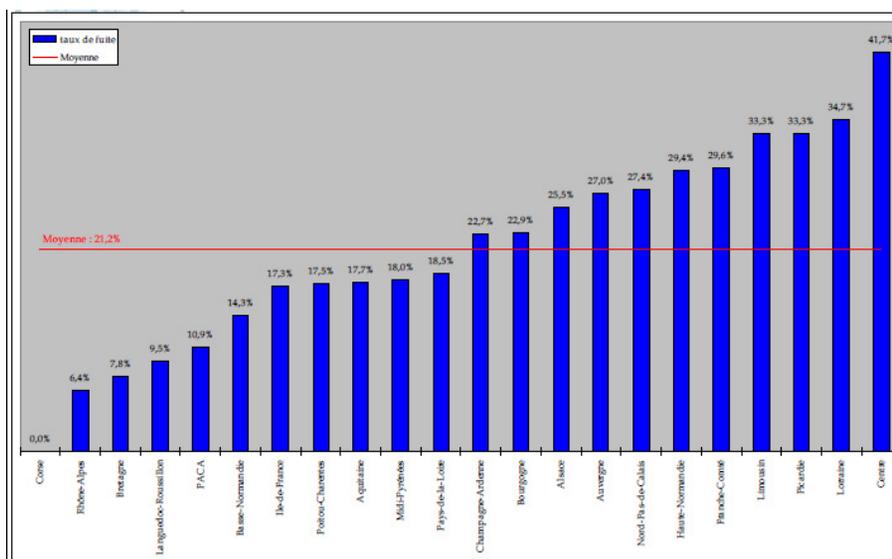
(2) Anesthésie-réanimation, biologie médicale, gynécologie médicale, gynécologie obstétrique, médecine générale, médecine du travail, pédiatrie, psychiatrie, santé publique, anatomie et cytologie pathologiques, cardiologie et maladies vasculaires, dermatologie et vénéréologie, endocrinologie, diabète 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) En revanche, un même étudiant ne peut participer que deux fois à la procédure d'affectation, c'est-à-dire au choix d'un poste.

pourvus étaient des postes de médecine générale, soit 668 des 707 postes non pourvus sur les 6 839 postes ouverts <sup>(1)</sup>. Ce différentiel pénalise aussi tout particulièrement les régions les moins bien dotées en offre de soins, comme le souligne la Cour des comptes dans son rapport de septembre 2011 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale. Pour la Cour, ce différentiel (ou 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 ». Enfin, ce mécanisme de régulation se heurte également à la faiblesse des capacités d'accueil et de formation dans les zones sous-dotées, comme le souligne également le rapport précité de la Cour des comptes.

Face à ce constat, le présent article entend modifier le code de l'éducation afin de remplacer les actuelles épreuves classantes nationales par des **épreuves classantes régionales seules à même de pallier le phénomène de « fuites » en direction des régions les mieux dotées que l'on observe aujourd'hui.**

**Taux de fuite régional des jeunes médecins**  
(comparativement à leur région de première inscription)



Source : document tiré de la conférence de presse du Conseil national de l'Ordre national des Médecins sur la démographie médicale en France, 18 octobre 2012.

En sédentarisant les internes dans leur région de formation, cet article vise à favoriser leur installation ultérieure dans ces mêmes régions, étant démontré que

(1) Source : Cour des comptes, rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, chapitre V « La répartition territoriale des médecins libéraux ».

l'installation des médecins se fait très majoritairement dans la région où ils ont été formés <sup>(1)</sup>.

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

– de préciser que ce troisième cycle sera désormais ouvert, dans chaque région, à tous les **étudiants ayant validé leur deuxième cycle dans la même région** (1<sup>o</sup>, alinéas 3 et 4). Les épreuves classantes ne seront donc plus organisées au niveau national mais au niveau régional et l'accès au troisième cycle sera réservé, dans chaque région, aux étudiants ayant validé leur deuxième cycle dans la région. Par coordination, la mention au quatrième alinéa de l'article des « épreuves classantes nationales » est remplacée par celle d'« épreuves classantes régionales » (5<sup>o</sup>, alinéa 9). On notera que ce dispositif est très proche de la proposition formulée dans plusieurs rapports visant à remplacer les épreuves classantes nationales par un examen classant interrégional <sup>(2)</sup>.

– d'assortir ce nouveau dispositif de **deux dérogations**. Il convient en effet de ne pas porter une atteinte excessive à la liberté de mouvements des étudiants en médecine en les fixant pour de nombreuses années dans une région donnée, alors même qu'ils peuvent être soumis par ailleurs à des impératifs d'ordre privé ou familial rendant nécessaire leur déménagement ou qu'ils souhaitent se spécialiser dans des domaines de compétence pointus pour lesquelles toutes les régions n'offriront pas nécessairement des postes.

Ainsi, votre rapporteur a souhaité intégrer dans le présent texte la proposition qu'il avait formulée par le biais d'un amendement lors de l'examen de la proposition de loi n° 3914 par la commission des affaires sociales en janvier dernier, visant à autoriser les étudiants à **se présenter aux épreuves classantes régionales de deux régions, en plus de celle dans laquelle ils ont validé leur deuxième cycle** : tel est l'objet du 3<sup>o</sup> (alinéa 7).

Quant au 4<sup>o</sup>, il renvoie quant à lui à l'arrêté mentionné au quatrième alinéa de l'article L. 632-2 le soin de prévoir « *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* » (alinéa 8). Dans un souci d'efficacité et de réalisme, il apparaît utile de prévoir que, sous certaines conditions, les étudiants en médecine puissent réaliser une partie de leur internat dans une région différente de celle dans laquelle ils ont été admis en troisième cycle ;

---

(1) « 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.

(2) « Comment corriger l'intégralité de l'offre de soins en médecine générale sur le territoire national ? », Académie de médecine, séance du 27 mars 2007 et 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.

– de modifier le dispositif relatif à la programmation pluriannuelle des prévisions d’ouverture de postes afin de tirer les conséquences de la suppression des épreuves classantes nationales organisées sur la base de subdivisions territoriales qui ne correspondent pas forcément à des régions (2°). Rappelons que le dispositif en vigueur prévoit 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** ». La programmation quinquennale fixera donc désormais par région le nombre d’internes à former par spécialité (alinéa 5). Par coordination, les décrets en Conseil d’État relatifs au troisième cycle des études médicales n’auront plus à déterminer les contours des subdivisions territoriales, cette notion étant remplacée par celle de région (6°, alinéa 10).

Enfin, le **II** modifie l’article L. 632-6 du code de l’éducation afin de « régionaliser » la procédure dans le cadre de laquelle les futurs médecins généralistes choisissent les zones où ils vont exercer lorsqu’ils ont signé un **contrat d’engagement de service public**.

Le contrat d’engagement de service public (CESP), créé par la loi du 21 juillet 2009 « HPST », est destiné à **fidéliser de jeunes médecins dans des spécialités et des lieux d’exercice fragiles où l’accès aux soins est menacé**. Ce contrat s’adresse aux étudiants en médecine, de la deuxième année des études médicales à la dernière année du troisième cycle des études médicales ; il leur permet de bénéficier d’une allocation brute mensuelle de 1 200 euros jusqu’à la fin de leurs études en contrepartie d’un engagement à exercer leurs fonctions, à l’issue de leur formation, 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.

Le **1°** modifie le quatrième alinéa de l’article L. 632-6 qui prévoit aujourd’hui que les internes ayant signé un contrat d’engagement de service public choisissent au cours de leur dernière année d’études leur futur lieu d’exercice sur une liste de lieux situés dans des zones où le schéma régional d’organisation des soins (SROS) indique que l’offre médicale est insuffisante ou la continuité de l’accès aux soins menacée<sup>(1)</sup>. Désormais **le choix du lieu d’exercice ne pourra s’effectuer que parmi les zones sous dotées qui sont situées dans la région où les médecins ont été formés** (alinéa 12).

Cette régionalisation du contrat d’engagement s’inscrit pleinement dans la continuité de la création d’épreuves classantes régionales en lieu et place des épreuves nationales et renforce ainsi l’objectif de fidélisation des internes non seulement dans leur région de formation mais également, dans le cas précis des

---

(1) Cette liste est établie par le centre national de gestion sur proposition des agences régionales de santé.

signataires d'un contrat d'engagement, dans l'exercice médical en zone sous-dotée. Rappelons en effet que le troisième alinéa de l'article L. 632-6 prévoit déjà qu'à l'issue des épreuves classantes, **les étudiants ayant signé un contrat d'engagement de service public effectuent leur internat dans des zones sous-dotées** ; ces derniers sont ainsi appelés à choisir « *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 (...) 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* ».

Enfin, le 2<sup>o</sup> supprime en toute logique la possibilité pour les signataires d'un contrat d'engagement de pouvoir exercer dans une zone dépendant d'une autre agence régionale de santé (alinéa 13). En effet, aujourd'hui, le directeur général du centre national de gestion peut, à la demande des signataires d'un contrat d'engagement, et après avis du directeur général de l'agence régionale de santé dans le ressort duquel ces derniers exercent leurs fonctions, leur proposer un lieu d'exercice situé dans une autre région. Demeure en revanche la possibilité pour ces jeunes médecins de demander, à tout moment, au directeur général de l'agence régionale de santé de changer de lieu d'exercice dans les limites du ressort de l'agence régionale.

\*

*La Commission examine tout d'abord l'amendement AS 2 du rapporteur.*

**M. le rapporteur.** Cet amendement, qui m'a été suggéré par un praticien universitaire, vise à supprimer l'alinéa 5. Il est impossible dans les faits de supprimer la répartition des étudiants au sein des subdivisions territoriales dans les régions au sein desquelles coexistent plusieurs unités de formation et de recherche (UFR). L'idée est de laisser le plus de souplesse possible.

*La Commission rejette l'amendement AS 2.*

*Elle examine ensuite l'amendement AS 3 du rapporteur.*

**M. le rapporteur.** Cet amendement vise à supprimer l'alinéa 13. Toujours dans l'objectif de ménager de la souplesse, il est proposé de conserver la dérogation existante qui autorise les bénéficiaires d'un contrat d'engagement de service public à effectuer leur temps de service en zone déficitaire dans une autre région que celle dans laquelle ils ont effectué leur internat.

*La Commission rejette l'amendement AS 3.*

*Puis elle rejette l'article 3.*

*Article 4*

(art. L. 1434-8-1 [nouveau] du code de la santé publique)

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

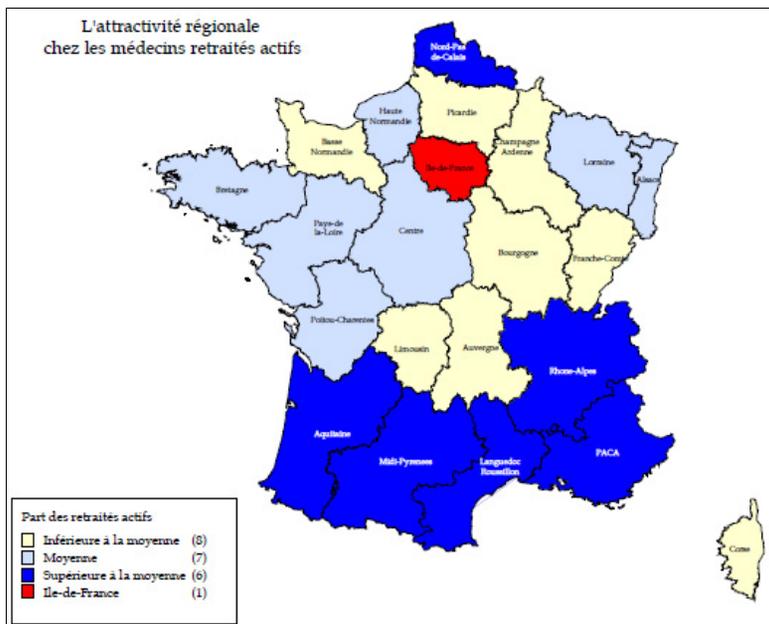
Le présent article est issu d'un amendement de notre collègue Véronique Besse adopté par la commission des affaires sociales lors de l'examen de la proposition de loi n° 3914 le 18 janvier dernier. Il vise à **orienter le dispositif de cumul emploi-retraite ouvert aux médecins libéraux dans un sens plus favorable à une meilleure répartition des professionnels de santé sur le territoire** en l'assortissant d'une incitation, sous forme d'une diminution de cotisations sociales, lorsque ces médecins exercent tout ou partie de leur activité dans des zones sous-dotées.

Ce dispositif a vocation à s'inscrire dans le cadre des contrats santé solidarité institué par la loi « HPST ». L'article L. 1434-8 du code de la santé publique prévoit ainsi qu'à l'échéance d'un délai de trois ans à compter de l'entrée en vigueur du schéma régional d'organisation des soins (SROS), le directeur général de l'agence régionale de santé évalue la satisfaction des besoins en implantations pour l'exercice des soins de premier recours. Si cette évaluation fait apparaître que ces besoins ne sont pas satisfaits, il peut **proposer aux médecins exerçant dans les zones dans lesquelles le niveau de l'offre de soins médicaux est particulièrement élevé d'adhérer à un contrat santé solidarité par lequel ils s'engagent à contribuer à répondre aux besoins de santé des populations situées dans des zones déficitaires en offre de soins** (zones mentionnées à l'article L. 1434-7).

Ce mécanisme de solidarité faisant participer les médecins des zones surdenses à la satisfaction des besoins de santé des zones sous-denses paraît particulièrement adapté aux cas des médecins en cumul emploi-retraite. En effet, suite au déplafonnement du dispositif de cumul d'une pension de retraite et d'une activité libérale opéré par la loi de financement pour la sécurité sociale pour 2009<sup>(1)</sup>, le nombre de médecins utilisant ce dispositif a plus que doublé : il est passé, selon la Caisse autonome de retraite des médecins de France, de 1 814 à 4 457 entre le 1<sup>er</sup> janvier 2009 et le 1<sup>er</sup> janvier 2011, touchant ainsi 11 % des médecins retraités. Cependant, comme le souligne le rapport de la Cour des comptes de septembre 2011 précité, cette mesure est aujourd'hui sans effet sur la répartition territoriale des médecins, le médecin retraité continuant généralement d'exercer dans le même lieu. Comme l'indique la carte ci-après, la répartition territoriale des médecins retraités actifs est en outre marquée par un fort héliotropisme.

---

(1) Article 88 de la loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2008.



Source : document tiré de la conférence de presse du Conseil national de l'Ordre national des Médecins sur la démographie médicale en France, 18 octobre 2012.

Ainsi que le soulignait notre collègue Véronique Besse dans l'exposé des motifs de son amendement, le cumul emploi-retraite bénéficie très majoritairement à des spécialistes (61 % des médecins concernés au 1<sup>er</sup> janvier 2011) dans des zones sur dotées. L'Ile-de-France et la région Provence-Alpes-Côte d'Azur se partagent ainsi près de la moitié des effectifs de médecins concernés par ce dispositif, ce qui ne permet pas de répondre au problème des disparités territoriales, voire les aggrave.

L'objectif poursuivi ici est donc de renforcer le bénéfice du cumul emploi-retraite sur les zones qui en ont le plus besoin.

Aussi le présent article introduit-il un nouvel article L. 1434-8-1, après l'article L. 1434-8 du code de la santé publique. Cet article prévoit que le contrat de santé solidarité est « complété par un abaissement de charges sociales » pour les médecins exerçant dans les zones sous-denses « au-delà de l'âge légal du départ en retraite ».

Cet article, susceptible d'entraîner une perte de recettes pour les régimes sociaux, doit faire l'objet d'une compensation. Signalons à cet égard que la présente proposition de loi prévoit, dans son article 14, un mécanisme de compensation pour l'ensemble des créations de charges et des pertes de recettes susceptibles de résulter de son adoption, pour l'État comme pour les organismes de sécurité sociale.

*La Commission rejette l'amendement rédactionnel AS 4 du rapporteur.*

*Puis elle rejette l'article 4.*

### *Article 5*

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

#### **Obligation d'installation des nouveaux médecins dans les zones sous dotées**

Le présent article a pour objet d'insérer un nouvel article L. 4131-6-1 au sein du chapitre I<sup>er</sup> du titre III du livre I<sup>er</sup> de la quatrième partie du code de la santé publique relatif aux conditions d'exercice des médecins dans le but de prévoir une **obligation d'installation d'une durée minimale de trois ans dans une zone déficitaire en offre de soins pour tous les médecins désireux d'exercer en libéral à l'issue de leur formation**. Outre l'intérêt ponctuel de la mesure pendant les trois ans où l'obligation s'impose, cette dernière est de nature à favoriser une installation pérenne de ces médecins dans les zones sous dotées. La question de la première installation est en effet cruciale puisque « *la mobilité professionnelle postérieure à [cette] première installation est faible* »<sup>(1)</sup>.

Le dispositif prévu au présent article instaure tout d'abord un système de **déclaration d'intention d'activité** par les jeunes médecins diplômés : ceux-ci disposeraient d'un délai de trois mois à compter de la délivrance de leur diplôme pour déclarer à l'agence régionale de santé de la région dans laquelle ils désirent s'installer leur intention d'exercer leurs fonctions à titre libéral<sup>(2)</sup>. Au sein de cette région, ils seraient toutefois tenus de s'installer dans un premier temps dans un territoire où le schéma régional d'organisation des soins a identifié que les **besoins en implantations pour l'exercice des soins de premier recours** n'étaient pas satisfaits (alinéa 2).

Rappelons que la notion de soins de premier recours est définie à l'article L. 1411-1 du code de la santé publique, qui dispose que « *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 ;*

---

(1) *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, Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES), juin 2006.*

(2) *Ce dispositif a vocation à s'appliquer aux médecins libéraux exclusifs ainsi qu'aux médecins ayant un exercice mixte, à savoir libéral et salarié ou libéral et hospitalier.*

– 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 ».*

L'obligation d'installation en zone déficitaire ne vaudrait toutefois que pour une durée minimale de **trois ans** : aussi l'« entorse » au principe de la liberté d'installation mentionnée à l'article L. 162-2 du code de la sécurité sociale n'est-elle en conséquence que temporaire. Comme le notait déjà votre rapporteur dans son rapport n° 4188 sur la proposition de loi n° 3914, amoindrir de façon temporaire le caractère absolu du principe de la liberté d'installation des médecins s'inscrit dans la **recherche d'une conciliation entre les principes fondamentaux de l'exercice traditionnel de la médecine libérale**, au nombre desquels compte la liberté d'installation, **et le principe constitutionnel selon lequel « la Nation [...] garantit à tous, [...] la protection de la santé »**. On soulignera à cet égard 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.

Par ailleurs, l'instauration d'une obligation temporaire d'installation dans une zone géographique dans laquelle le niveau de l'offre de soins médicaux est particulièrement faible peut également s'analyser comme la **contrepartie de l'effort financier important réalisé par l'État pour former les 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 société une charge financière importante (plus de 200 000 euros). À 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, conformément à l'amendement qu'il avait présenté à la commission des affaires sociales à l'occasion de l'examen de la proposition de loi n° 3914,

---

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

vos rapporteur a souhaité prévoir un délai pour la mise en œuvre de l'obligation d'installation, qui ne devrait ainsi s'appliquer **qu'à compter de 2020**. L'objectif est de ne pas modifier les règles en vigueur pour les actuels étudiants en médecine, afin de ne pas introduire rétrospectivement un biais susceptible d'influer sur leur choix d'études et de carrière, le délai prévu correspondant à la durée complète de formation d'un médecin.

Le deuxième alinéa du nouvel article L. 4131-6-1 prévoit en revanche que cette obligation d'installation 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 (alinéa 3). Ces articles visent, pour le premier, les ressortissants d'un État membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen titulaire d'un titre de formation leur permettant d'exercer la profession de médecin en France et, pour le second, les ressortissants de ces mêmes États qui, tout en ne répondant pas aux conditions prévues à l'article L. 4131-1, ont néanmoins été autorisés individuellement à exercer. Un décret en Conseil d'État précisera dans quelles conditions l'obligation d'installation s'appliquera à ces ressortissants, de manière à ce que le dispositif soit compatible avec le principe de libre installation des médecins au sein de l'Union européenne.

Afin d'assurer l'effectivité du dispositif, le dernier alinéa prévoit l'instauration d'une sanction en cas de non-respect de l'obligation d'installation (alinéa 4). Cette sanction prendra la forme d'une pénalité financière acquittée par le médecin concerné et dont le montant sera fixé par voie réglementaire. Ce montant devra être suffisamment dissuasif afin de garantir la mise en œuvre de l'obligation d'installation.

\*

*La Commission **rejette** l'amendement rédactionnel AS 5 du rapporteur.*

*Puis elle **rejette** l'article 5*

#### *Article 6*

(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**

Le présent article entend remédier à l'hétérogénéité de l'offre de soins médicaux sur le territoire national en instaurant un **dispositif d'autorisation d'installation pour l'exercice de la profession de médecin** s'inspirant des mesures de régulation applicables notamment aux officines de pharmacies dont la création, le transfert ou le regroupement sont soumis à autorisation en fonction d'un critère de densité de population et dont l'implantation peut faire l'objet de restrictions.

### Conditions d'ouverture d'une pharmacie

#### • Création, transfert ou regroupement

Tout transfert, regroupement ou création de pharmacies est soumis à la **délivrance d'une licence par l'agence régionale de santé**.

L'ouverture d'une nouvelle pharmacie dépend du **nombre d'habitants recensés** dans la commune où elle va être située.

L'ouverture d'une pharmacie, par transfert ou création, est possible dans les communes qui comptent plus de 2 500 habitants (ou 3 500 en Guyane, en Moselle et en Alsace). Ensuite, l'ouverture ou le transfert de nouvelles pharmacies sont autorisés par tranche de 4 500 habitants. Ainsi, une seconde pharmacie peut être implantée dans une commune qui compte plus de 7 000 habitants.

L'implantation d'une pharmacie dans une commune de moins de 2 500 habitants n'est pas autorisée sauf si la commune a précédemment disposé d'une pharmacie qui desservait plus de 2 500 habitants.

Le transfert d'une pharmacie dans une autre commune est possible seulement si la commune d'origine compte moins de 2 500 habitants, s'il n'y a qu'une seule pharmacie, ou un nombre d'habitants inférieur à 4 500 par pharmacie supplémentaire.

À la demande de leurs titulaires, plusieurs pharmacies peuvent être regroupées en un lieu unique, que ce soit à l'emplacement de l'une d'elles ou un nouveau lieu situé dans la commune de l'une d'elles. En cas de regroupement dans un nouveau lieu, la nouvelle pharmacie ne peut ouvrir qu'après fermeture des pharmacies regroupées. Les licences libérées sont prises en compte dans la commune d'implantation pour vérifier la condition de population.

Enfin, la création d'une nouvelle pharmacie peut être autorisée dans une commune dépourvue de pharmacie, les zones franches urbaines (ZFU), les zones urbaines sensibles (ZUS), les zones de redynamisation urbaine (ZRU) et les zones de revitalisation rurale (ZRR), si la condition de population est remplie pendant au moins deux ans et si aucun transfert ou regroupement de pharmacies n'a été autorisé pendant cette période.

#### • Lieu d'implantation

Les pharmacies doivent être implantées dans un lieu en accès libre permanent permettant d'assurer un service de garde ou d'urgence. La licence fixe l'emplacement de la pharmacie. L'agence régionale de santé peut ainsi imposer :

- une **distance minimale** par rapport à la pharmacie la plus proche,
- le secteur de la commune où la pharmacie doit être située.

Enfin, signalons que la pharmacie dont le transfert, le regroupement ou la création a été autorisé doit **ouvrir au public dans l'année suivant la notification de l'arrêté de licence**.

Ce dispositif d'encadrement de l'installation des médecins fait l'objet d'un nouvel article L. 4131-6-2 du code de la santé publique inséré par le **I** du présent article.

Le nouvel article L. 4131-6-2 pose en premier lieu (I) le principe selon lequel les créations, transferts ou regroupements de cabinets par des médecins

conventionnés par l'assurance maladie seront désormais subordonnés à l'octroi d'une autorisation (alinéa 2). Celle-ci sera 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 de médecins.

La délivrance ou non de l'autorisation se fera en fonction de l'appréciation de **critères de démographie médicale régionaux** : il est en effet précisé que les créations, transferts ou regroupements de cabinets entraînant le dépassement, dans la région concernée, d'une **densité maximale** de médecins ne pourront pas être autorisées. Les critères de définition de cette densité maximale seront déterminés par voie réglementaire (7° de l'article L. 4131-7 du code de la santé publique dans sa rédaction issu du présent article, alinéa 12). Il appartiendra donc au pouvoir réglementaire de veiller à ce que ces critères permettent de prendre en compte les réalités locales : l'objectif n'est pas de déboucher sur une densité unique pour l'ensemble du territoire, mais de tenir compte des conditions réelles d'accès aux soins de premier recours.

Le II du nouvel article L. 4131-6-2 précise que, dans le cadre d'un transfert ou d'un regroupement de cabinets interrégional, l'autorisation prévue au I est délivrée conjointement par les directeurs généraux des agences régionales de santé territorialement compétentes, après avis des représentants de l'État des départements concernés et des conseils régionaux ou interrégionaux de l'ordre des médecins (alinéa 3).

Le 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 médical, d'imposer une **distance minimale entre l'emplacement prévu pour le futur cabinet et le cabinet existant le plus proche** (alinéa 4). Cette précision vise à faciliter l'accès aux soins qui, dans certaines zones, ne saurait être garanti par le seul critère de densité médicale.

Le IV du nouvel article L. 4131-6-2 octroie au directeur général de l'agence régionale de santé un pouvoir de **sanction** lui permettant de prononcer le « **déconventionnement** » d'un médecin, en cas de création, transfert ou de regroupement de cabinet non autorisé (alinéa 5). Cette disposition rejoint peu ou prou la préconisation figurant dans le rapport d'information de M. Jean-Marc Juilhard sur la démographie médicale<sup>(1)</sup> concernant le recours à un conventionnement sélectif dans les zones surmédicalisées.

Enfin, le V du nouvel article L. 4131-6-2 propose d'instaurer, à l'instar de l'article L. 5125-6 applicable aux officines de pharmacie (*cf.* encadré *supra*), 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, **dans un délai d'un an**, à compter de la notification de

---

(1) Rapport d'information n° 14, Sénat, 2007-2008.

l'autorisation, sauf cas de force majeure (alinéa 6). Comme pour les dispositions précédentes, le non-respect de cette obligation est susceptible d'entraîner le déconventionnement du médecin concerné. Les situations de « *force majeure* » justifiant la non-application de l'obligation d'exploitation seront précisées dans le cadre du décret en Conseil d'État prévu à l'article L. 4131-7 relatif aux modalités de contrôle du respect des obligations prévues par le nouvel article L. 4131-6-2 (*cf. infra*).

Le **II** du présent article vise à tirer les conséquences du dispositif prévu par le nouvel article L. 4131-6-2 en complétant les dispositions de l'**article L. 4131-7** qui renvoie à un décret en Conseil d'État le soin de fixer certaines modalités d'application des dispositions législatives relatives à l'exercice de la profession de médecins prévues au chapitre I<sup>er</sup> du titre III du livre I<sup>er</sup> de la quatrième partie du code de la santé publique (alinéa 7).

Sont ainsi insérés au sein de l'article L. 4131-7 cinq nouveaux alinéas permettant de fixer par décret en Conseil d'État :

– les conditions de délivrance de l'autorisation de création, de transfert ou de regroupement des cabinets médicaux (alinéa 8) ;

– les modalités de présentation et d'instruction des demandes d'autorisation (alinéa 9) ;

– les modalités de contrôle du respect des obligations prévues au nouvel article L. 4131-6-2 (alinéa 10) ;

– les conditions minimales d'installation auxquelles doivent satisfaire les cabinets médicaux (alinéa 11) ;

– les critères de définition de la densité maximale de médecins dont dépend l'octroi des autorisations de création, de transfert ou de regroupement des cabinets médicaux (alinéa 12).

\*

*La Commission examine tout d'abord l'amendement AS 6 du rapporteur.*

**M. le rapporteur.** Cet amendement propose de fixer la densité maximale de professionnels de santé par région, non pas au niveau national par voie réglementaire, mais au niveau régional. Elle serait arrêtée chaque année par le directeur de l'agence régionale de santé, après avis du représentant de l'État et du conseil régional ou inter-régional de l'Ordre des médecins.

*La Commission rejette l'amendement AS 6.*

*Elle examine ensuite l'amendement AS 7 du rapporteur.*

**M. le rapporteur.** Cet amendement confie à l'assurance maladie le soin de déconventionner les médecins ne respectant pas les obligations légales d'installation qui leur incombent, sur proposition du directeur général de l'agence régionale de santé.

*La Commission rejette l'amendement AS 7.*

*Puis elle rejette l'article 6.*

#### *Article 7*

(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 prévu pour les cabinets de médecins, détaillé à l'article 6 de la présente proposition de loi.**

Les données concernant la démographie de la profession de chirurgiens-dentistes déjà citées dans le rapport n° 4188 <sup>(1)</sup> à l'appui du dispositif proposé, actualisées dans le présent rapport <sup>(2)</sup>, continuent de mettre en évidence de **fortes disparités démographiques au sein de la profession de chirurgiens-dentistes entre les régions, mais aussi entre les départements.**

Trois régions apparaissent ainsi particulièrement mal dotées au regard des données établies par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) <sup>(3)</sup> : la Basse-Normandie, la Haute-Normandie et la Picardie. La Basse-Normandie affiche une densité de 41 praticiens pour 100 000 habitants, tandis que la Haute-Normandie et la Picardie ne disposent que de 39 chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants. Ces chiffres sont à comparer avec la moyenne nationale qui est de 63 pour 100 000, ainsi qu'avec les chiffres des régions les plus « sur-dotées » : la Corse et Provence-Alpes-Côte d'Azur, qui disposent, respectivement, de 76 et 88 praticiens pour 100 000 habitants <sup>(4)</sup>.

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

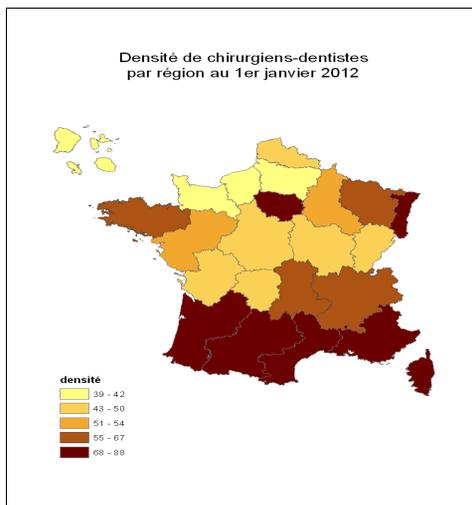
---

(1) Rapport déposé le 18 janvier 2012 sur la proposition de loi n° 3914.

(2) Voir le document de travail n° 168 de la DREES, « Les professions de santé au 1<sup>er</sup> janvier 2012 », mars 2012.

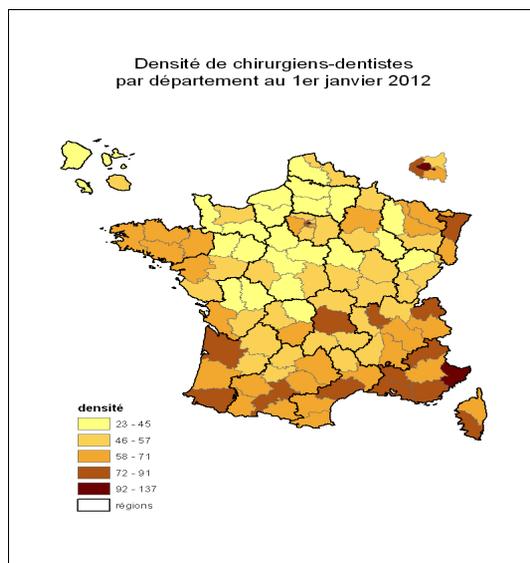
(3) Document de travail n° 168 précité.

(4) Ces chiffres sont néanmoins en baisse, comme en témoigne l'exemple de la Corse passée entre 2011 et 2012 d'une densité de 85 chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants à une densité de 75.



Densité : nombre de professionnels en activité pour 100 000 habitants  
Source : DREES, document de travail n° 168, *Les professions de santé au 1<sup>er</sup> janvier 2012, séries statistiques*, Daniel Sicart, mars 2012.

Les disparités sont encore plus importantes à l'échelle infrarégionale. Ainsi, aux deux extrémités du spectre de la densité de chirurgiens-dentistes, se trouvent la Somme, qui ne recense que 35 praticiens pour 100 000 habitants, et Paris, avec 137 chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants <sup>(1)</sup>.



Densité : nombre de professionnels en activité pour 100 000 habitants  
Source : DREES, document de travail n° 168, *Les professions de santé au 1<sup>er</sup> janvier 2012, séries statistiques*, Daniel Sicart, mars 2012.

---

(1) Cet écart s'est néanmoins réduit entre 2011 et 2012.

Ce constat milite en faveur d'une régulation territoriale plus directive.

Le **I** du présent article vise en conséquence à insérer un nouvel article L. 4141-5-2 au sein du code de la santé publique, reprenant à l'identique, pour les chirurgiens-dentistes, le dispositif d'autorisation de création, de transfert et de regroupement de cabinets prévus pour les médecins à l'article 6 de la présente proposition de loi.

Le **II** modifie quant à lui la rédaction de l'article L. 4141-6 afin de renvoyer à un décret en Conseil d'État le soin de fixer les modalités d'application de ces dispositions, sur le modèle du II l'article 6.

\*

*La Commission examine tout d'abord l'amendement AS 8 du rapporteur.*

**M. le rapporteur.** Cet amendement a le même objet que l'amendement AS 6 à l'article précédent, s'agissant cette fois de la densité maximale de chirurgiens-dentistes.

*La Commission rejette l'amendement AS 8.*

*Elle examine ensuite l'amendement AS 9 du rapporteur.*

**M. le rapporteur.** Cet amendement a le même objet que l'amendement AS 7 à l'article précédent, concernant cette fois le déconventionnement des chirurgiens-dentistes.

*La Commission rejette l'amendement AS 9.*

*Puis elle rejette l'article 7.*

#### *Article 8*

(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**

Cet article vise à prévoir pour les sages-femmes le même dispositif d'autorisation d'installation que pour les médecins et les chirurgiens-dentistes (*cf. supra* le commentaire de l'article 6).

La démographie des sages-femmes a connu une forte croissance entre 1990 et 2010, leur nombre augmentant de près de 80 %<sup>(1)</sup>, ce taux correspondant à un rythme annuel de croissance de 3 % entre 1990 et 2000 puis de 2 % par la suite. **La croissance du nombre de sages-femmes en activité a ainsi été supérieure à celle des femmes en âge de procréer (+ 0,2 % par an entre 1991 et 2011) et à celle du nombre de naissances (en moyenne + 0,3 % par**

---

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

an de 2000 à 2010). Le nombre de naissances par sage-femme a ainsi diminué de près d'un quart en dix ans <sup>(1)</sup>. La densité moyenne de la profession est aujourd'hui de 130 sages-femmes pour 100 000 habitants <sup>(2)</sup>.

Toutefois, d'après le document de travail n° 168 de la DREES précité, sept régions métropolitaines et 40 départements présenteraient une densité de sages-femmes inférieure au taux moyen. L'Eure, avec seulement 67 sages-femmes pour 100 000 habitants a ainsi un taux moitié moindre que la moyenne ; plusieurs départements d'Île-de-France, mais également la Creuse et la Haute-Corse se situent en dessous des 90 sages-femmes pour 100 000 habitants.

Ces chiffres concernent toutefois indistinctement les sages-femmes libérales et les sages-femmes exerçant à l'hôpital, qui représentent 75 % des effectifs. L'exercice libéral est cependant en expansion. Ainsi, selon les données du régime général, le nombre de sages-femmes libérales a augmenté en moyenne de 6,7 % par an sur la période 2000-2010. Une croissance encore plus forte (+ 9 % par an) est même observée entre 2008 et 2010.

D'après la DREES <sup>(3)</sup>, **les sages-femmes libérales sont moins bien réparties sur le territoire que les salariées**. Comme indiqué précédemment, entre deux régions, le nombre de sages-femmes rapporté à la population des femmes en âge de procréer peut varier quasiment du simple au double. Le Languedoc-Roussillon, la région Rhône-Alpes, la Franche-Comté, la Lorraine et les départements d'outre-mer sont les cinq régions les mieux dotées en sages-femmes : la densité de sages-femmes par rapport à la population des femmes en âge de procréer y est supérieure de 15 % à la densité nationale. À l'inverse, les régions Picardie, Île-de-France, Corse et Nord-Pas-de-Calais enregistrent les densités les plus faibles : elles sont inférieures de plus de 15 % à la densité nationale. Or, ces inégalités de répartition sont beaucoup plus marquées dans le secteur libéral, puisque **les écarts de densités régionales varient de 1 à 4**. Au 1<sup>er</sup> janvier 2011, dans la région Languedoc-Roussillon, on dénombre 43 sages-femmes libérales en activité pour 100 000 femmes en âge de procréer, elles sont quatre fois moins nombreuses en Picardie. **La Corse et les régions du nord de la France** (Picardie, Haute-Normandie et Nord-Pas-de-Calais) **sont ainsi les moins bien dotées en sages-femmes libérales**.

**Au niveau départemental**, les écarts observés sont plus importants : **les densités varient de 1 à 3 pour les sages-femmes salariées et de 1 à 11 pour les sages-femmes libérales** (cf. carte *infra*).

Soulignons néanmoins que l'écart entre deux densités extrêmes ne constitue qu'une mesure partielle des inégalités de répartition spatiale. En effet, cette mesure ne prend pas en compte le poids relatif de chaque département en

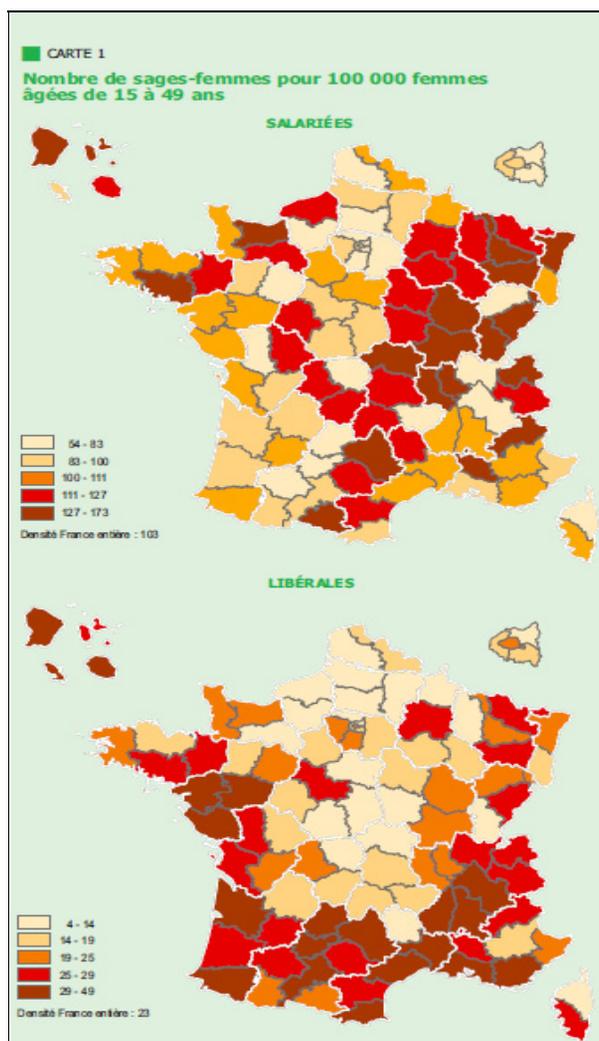
---

(1) « La profession de sage-femme : constat démographique et projections d'effectifs », Drees, *Études et résultats* n° 791, mars 2012.

(2) Document de travail n° 168 de la DREES, « Les professions de santé au 1<sup>er</sup> janvier 2012 », mars 2012.

(3) *Études et résultats* n° 791 précité.

termes de population. L'indice de Gini, pondéré par la population des femmes âgées de 15 à 49 ans, permet de mesurer l'adéquation des sages-femmes à la population des femmes en âge de procréer : or, celui-ci est presque deux fois plus élevé pour les sages-femmes libérales que pour les sages-femmes salariées : 0,23 contre 0,13 <sup>(1)</sup>. Cet écart montre clairement que la répartition géographique des sages-femmes salariées est plus en adéquation avec la population des femmes en âge de procréer que celle des sages-femmes libérales.



Afin de pouvoir comparer les cartes entre elles, les classes contiennent le même nombre de départements.

Champ : sages-femmes (salarisées ou libérales) en activité au 1<sup>er</sup> janvier 2011, en France

Source : études et Résultats n° 791, mars 2012 (répertoire partagé des professionnels de santé ; estimation de la population, INSEE 2009).

---

(1) L'indice de Gini est égal à 0 lorsque les sages-femmes sont exactement réparties comme la population.

Sur la base de ces constats, le présent article vise à instaurer un dispositif d'autorisation d'installation des cabinets de maïeutique.

Le **I** insère un nouvel article L. 4151-6-1 dans le code de la santé publique, reprenant, pour les sages-femmes, le dispositif d'autorisation d'installation proposé à l'article 6 de la présente proposition de loi pour les médecins.

Quant au **II**, il modifie la rédaction de l'article L. 4151-10 afin qu'un décret en Conseil d'État puisse fixer les modalités d'application de ce dispositif pour la profession de sage-femme.

Votre rapporteur tient cependant à indiquer que, depuis le dépôt de sa précédente proposition de loi n° 3914, en grande partie reprise ici, un **dispositif conventionnel de régulation de l'installation des sages-femmes exerçant en libéral** a été mis en place.

L'avenant 1 à la convention nationale des sages-femmes libérales, approuvé par l'arrêté du 12 mars 2012, officialise les accords conclus par l'assurance maladie avec l'Organisation nationale des syndicats de sages-femmes et l'Union nationale des syndicats de sages-femmes françaises. Officiellement entamées le 3 décembre 2011, les négociations ont débouché sur un accord entériné le 9 janvier 2012 constituant cet avenant n° 1. Celui-ci comprend six articles visant notamment à favoriser un meilleur accès à l'offre de soins de sages-femmes sur le territoire et à mettre en place une évaluation et un suivi de la profession des sages-femmes par un observatoire conventionnel national.

Quatre zones de population sont définies par l'accord : les zones « surdotées » et trois zones déficitaires en offre de soins maïeutiques :

– les zones « sans sage-femme » (à l'exception des zones ayant moins de 350 naissances domiciliées par an) ;

– les zones « très sous-dotées » ;

– et les zones « sous-dotées ».

L'installation dans ces zones est désormais conditionnée.

**L'installation d'une sage-femme en zone « surdotée » est soumise à condition qu'une autre sage-femme cesse son activité ou la réduise de moitié.** Des exceptions peuvent néanmoins être prises en compte.

En revanche, afin de « *permettre aux sages-femmes concernées de rompre leur isolement, de limiter leurs contraintes, de se former et (...) de contribuer à la qualité des soins délivrés sur l'ensemble du territoire* » l'accord institue un **contrat incitatif**. Les sages-femmes y adhérant pour une durée de trois ans bénéficient d'une « *participation de l'assurance-maladie à l'équipement du cabinet ou autres investissements dans la limite de 3 000 euros par an* » et d'une « *participation [à hauteur de 5,40 %] des caisses d'assurance maladie aux*

*cotisations dues au titre des allocations familiales (...) participation (...) assise sur le montant du revenu net des dépassements d'honoraires acquis dans le cadre de la convention. »*

\*

*La Commission examine l'amendement AS 10 du rapporteur.*

**M. le rapporteur.** Les sages-femmes s'étant engagées dans un mécanisme conventionnel de régulation de leur installation, je propose de supprimer cet article.

*La Commission **adopte** l'amendement AS 10.*

*En conséquence, l'article 8 est **supprimé**.*

#### *Article 9*

(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**

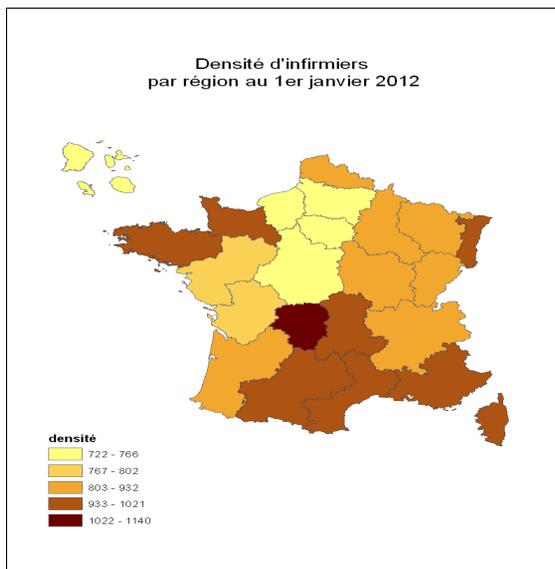
L'article **8** vise à transposer aux infirmiers libéraux le régime d'autorisation d'installation proposé pour les médecins à l'article 6 de la présente proposition de loi.

La profession d'infirmier se caractérise par de grandes disparités démographiques en dépit de la mise en œuvre depuis 2008 d'un outil conventionnel de régulation

Parmi les 552 908 infirmiers actifs au 1<sup>er</sup> janvier 2012, 87 236 exercent leur profession en libéral (soit moins de 16 %) et 380 315 sont des infirmiers hospitaliers <sup>(1)</sup>. Plus encore que les médecins, leur répartition géographique est marquée par de fortes disparités.

---

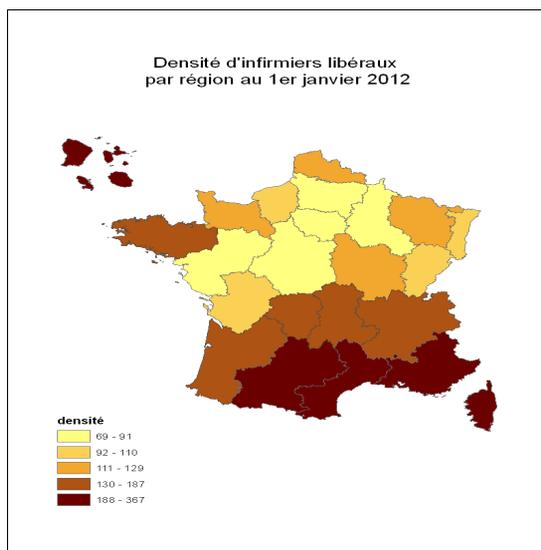
(1) DREES, document de travail n°168 précité.



Densité : nombre de professionnels en activité pour 100 000 habitants

Source : DREES, document de travail n° 168, *Les professions de santé au 1<sup>er</sup> janvier 2012, séries statistiques*, Daniel Sicart, mars 2012.

**Ces disparités sont encore plus marquées lorsque l'on examine la démographie des seuls infirmiers libéraux.** En effet, si, la densité française des infirmiers libéraux est de 142 pour 100 000 habitants, on constate un **fort héliotropisme** dans leur répartition sur le territoire comme en témoigne la carte ci-dessous.



Densité : nombre de professionnels en activité pour 100 000 habitants

Source : DREES, document de travail n° 168, *Les professions de santé au 1<sup>er</sup> janvier 2012, séries statistiques*, Daniel Sicart, mars 2012.

Notons également que les disparités sont importantes entre la métropole qui affiche une densité de 139 infirmiers pour 100 000 habitants et les départements d'outre-mer où la densité s'élève à 232 <sup>(1)</sup>.

Cette profession a néanmoins récemment pris ses responsabilités en signant un avenant à la convention nationale infirmière permettant de mettre en place un dispositif de régulation géographique de ses effectifs.

L'**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, prévoit ainsi 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 <sup>(2)</sup>. 145 zones très sous dotées (5 % du nombre total des zones) et 210 zones sur-dotées (soit 7 % de l'ensemble) ont ainsi pu être identifiées <sup>(3)</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, **dans les zones sur-dotées, toute installation est désormais subordonnée au départ d'un infirmier** déjà conventionné.

Il convient cependant de souligner le coût de ce dispositif. En effet, l'avenant 1 n'a pu être signé qu'en contrepartie d'une revalorisation tarifaire, dont le montant a atteint 162 millions d'euros pour la seule année 2009 <sup>(4)</sup>.

C'est pourquoi, face à des disparités en terme de densité toujours très fortes dans la profession infirmière, le présent article insère un nouvel article L. 4311-11-1 dans le code de la santé publique (**I**). Le dispositif proposé reprend, pour les infirmiers, le dispositif d'autorisation d'installation proposé pour les médecins à l'article 6 de la présente proposition de loi. Le **II** modifie l'article L. 4311-29 du même code, afin de renvoyer à un décret en Conseil d'État le soin de fixer les mesures d'application du dispositif.

Votre rapporteur a, depuis le dépôt de sa présente proposition de loi, eu connaissance du **premier bilan** qui a été fait des mesures de régulation précitées. Ainsi, sur une durée de deux ans (2009-2011), on a constaté une **progression des installations en zones très sous-dotées de plus de 33,5 %** et une diminution parallèle des effectifs en zones sur-dotées de près de 3 %. Rappelons que selon les

---

(1) « Densité d'infirmiers libéraux 2012 », DREES, répertoire Adéli, estimations de population au 1/1/2010, mis à jour le 16/07/2012.

(2) Zones très sous-dotées, zones sous-dotées, zones intermédiaires, zones très dotées, zones sur-dotées.

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

(4) Rapport de la Cour des comptes précité.

chiffres de l'assurance maladie, les installations en zones sur-dotées avaient augmenté de 4,7 % l'année précédant la mise en œuvre de l'avenant. Sur la base de ces résultats encourageants, l'avenant n° 3 signé le 28 septembre 2011 a ainsi prolongé la mise en œuvre du dispositif tout en prévoyant le **doublent des zones très sous-dotées et des zones sur-dotées** afin d'accélérer les rééquilibrages.

\*

*La Commission examine l'amendement AS 11 du rapporteur.*

**M. le rapporteur.** Je propose de même de supprimer cet article, les infirmiers s'étant eux aussi engagés dans un mécanisme conventionnel de régulation de leur installation.

*La Commission adopte l'amendement AS 11.*

*En conséquence, l'article 9 est supprimé.*

#### Article 10

(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**

Cet article propose d'étendre aux masseurs-kinésithérapeutes les dispositions visant à réguler l'installation des médecins prévues à l'article 6 de la présente proposition de loi.

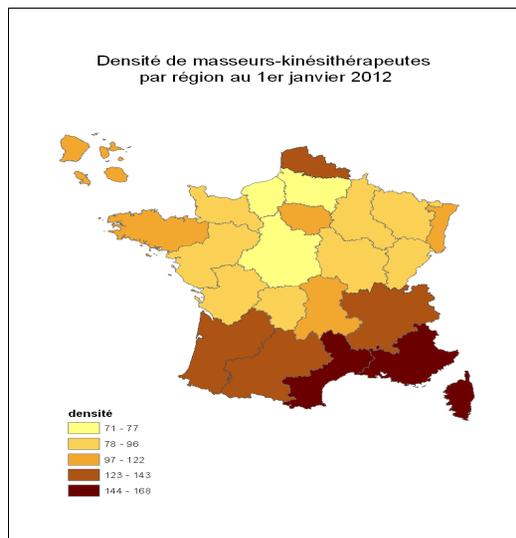
La France métropolitaine compte 72 870 masseurs-kinésithérapeutes, dont l'essentiel (57 370) exercent leur profession en libéral, pour une densité moyenne en métropole de 116 praticiens pour 100 000 habitants <sup>(1)</sup>.

Comme la profession d'infirmier libéral, la profession de masseur-kinésithérapeute se caractérise par une concentration de ses effectifs dans le sud du pays. Les régions Languedoc-Roussillon et Provence-Alpes-Côte d'Azur, avec des densités respectives de 168 et 165 masseurs-kinésithérapeutes pour 100 000 habitants, sont les régions les mieux dotées, tandis que, la Picardie et la Haute Normandie enregistrent les densités les plus faibles, avec, respectivement, 71 et 72 professionnels pour 100 000 habitants <sup>(2)</sup>.

---

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

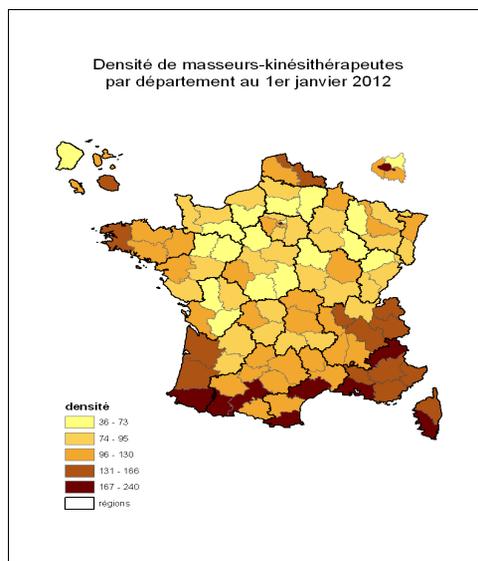
(2) Document de travail Drees n° 168 précité.



Densité : nombre de professionnels en activité pour 100 000 habitants

Source : DREES, document de travail n° 168, « Les professions de santé au 1<sup>er</sup> janvier 2012 », séries statistiques, Daniel Sicart, mars 2012.

À l'échelle départementale, les Hautes-Alpes (240 pour 100 000 habitants) et l'Indre (52 pour 100 000 habitants) occupent les deux extrémités du spectre de la densité démographique des masseurs-kinésithérapeutes <sup>(1)</sup>.



Densité : nombre de professionnels en activité pour 100 000 habitants

Source : DREES, document de travail n° 168, « Les professions de santé au 1<sup>er</sup> janvier 2012 », séries statistiques, Daniel Sicart, mars 2012.

---

(1) Ibid.

Face à ces disparités géographiques d'accès aux soins, le présent article instaure, au sein d'un nouvel article L. 4321-11-1 du code de la santé publique, un dispositif identique à celui prévu pour les médecins à l'article 6 de la présente proposition de loi, de manière à encadrer l'installation en libéral des masseurs-kinésithérapeutes (**I**). Le **II** prévoit pour sa part l'intervention d'un décret en Conseil d'État pour fixer les modalités d'application du dispositif et modifie en ce sens l'article L. 4321-22 du même code.

Votre rapporteur tient toutefois à souligner que la profession des masseurs-kinésithérapeutes s'est elle aussi engagée dans une **démarche de régulation en partenariat avec l'assurance maladie**. Faisant suite à la signature le 20 novembre 2011 d'un accord entre la Fédération française des masseurs kinésithérapeutes rééducateurs (FFMKR) et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), l'**avenant 3 à la convention** a été approuvé par un arrêté du 10 janvier 2012. Sur le même principe que l'accord applicable aux infirmiers, un zonage est établi par les agences régionales de santé divisant le territoire en cinq zones : très sous-dotées en masseurs-kinésithérapeutes, sous-dotées, intermédiaires, sur-dotées et très sur-dotées. En fonction de ce zonage, sont mises en place différentes mesures de régulation :

– dans les **zones très sur-dotées**, toute nouvelle installation ne sera possible **que pour remplacer un départ** et devra faire l'objet d'un contrat avec la caisse primaire d'assurance maladie. Ces mesures seront mises en œuvre progressivement. Les diplômés en 2012 qui en feront la demande avant le mois de décembre de cette année ne seront pas touchés par ce dispositif ; pour les diplômés en 2013, dont la première demande de conventionnement interviendra au plus tard à la fin de l'année 2013, le dispositif s'appliquera pour le tiers des zones sur-dotées et, pour les diplômés en 2014, dont la première demande de conventionnement interviendra au plus tard à la fin de l'année 2014, le dispositif s'appliquera pour les deux tiers des zones sur-dotées ;

– dans les **zones sous-dotées et très sous-dotées**, deux types d'**aides** sont mises en place dans le cadre d'un contrat incitatif : une participation aux équipements et aux frais de fonctionnement en lien direct avec l'exercice professionnel, dans la limite de 3 000 euros par an, et une participation adaptée des caisses aux cotisations sociales obligatoires.

\*

*La Commission examine l'amendement AS 12 du rapporteur.*

**M. le rapporteur.** Je propose également de supprimer cet article, les masseurs-kinésithérapeutes s'étant eux aussi engagés dans la même voie.

*La Commission adopte l'amendement AS 12.*

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

### Article 11

(art. L. 6316-1 du code de la santé publique)

#### Développement de la télémédecine

Le présent article, qui est issu d'un amendement proposé par votre rapporteur lors de l'examen par la commission des affaires sociales de la proposition de loi n° 3914, vise à encourager le développement de la télémédecine.

Dans cette perspective, il complète l'article L. 6316-1 du code de la santé publique qui définit la télémédecine : *« 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** ».*

Un nouvel alinéa est ainsi inséré au sein de cet article indiquant que les établissements de santé, les cabinets médicaux, les maisons de santé et les pôles de santé s'engagent à développer la télémédecine.

Il convient en effet d'encourager la télémédecine qui constitue une réponse intéressante aux multiples enjeux concernant l'offre de soins aujourd'hui tant en ce qui concerne l'accès aux soins, la démographie médicale ou encore le décloisonnement du système. L'objectif est en effet de contribuer à **réduire au maximum les inégalités d'accès aux soins**, notamment pour les personnes habitant dans des territoires isolés (zones rurales, montagneuses, insulaires...) et à **apporter une réponse organisationnelle et technique aux défis auxquels notre système de santé** est aujourd'hui confronté (augmentation du nombre de maladies chroniques et des poly-pathologies liées au vieillissement de la population, inégale répartition des professionnels sur le territoire national, impératif de maîtrise des dépenses de santé).

Une stratégie nationale de déploiement de la télémédecine a ainsi été mise en œuvre dès la publication du décret du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine, et un comité de pilotage national a été créé afin de mieux coordonner les initiatives sur le sujet. Le comité de pilotage a identifié, en mars 2011, cinq chantiers prioritaires visant à faciliter le déploiement de la télémédecine (permanence des soins en imagerie médicale, prise en charge des accidents vasculaires cérébraux, santé des personnes détenues, prise en charge d'une maladie chronique, soins en structure médico-sociale ou en hospitalisation à domicile).

\*

*La Commission rejette successivement l'amendement rédactionnel AS 13 du rapporteur, son amendement AS 14 tendant à réparer un oubli et son amendement rédactionnel AS 15.*

*Puis elle rejette l'article 11.*

#### *Article 12*

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

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

Cet article vise à compléter l'article L. 1432-2 du code de la santé publique afin d'y insérer la mention des compétences nouvelles dévolues au directeur général de l'agence régionale de santé, en application de la présente proposition de loi, en matière d'autorisation d'installation des professions visées aux articles 6 (médecins), 7 (chirurgiens-dentistes), 8 (sages-femmes), 9 (infirmiers libéral) et 10 (masseurs-kinésithérapeutes).

Est ainsi insérée au sein du septième alinéa de l'article L. 1432-2, qui dispose actuellement que le directeur général de l'agence régionale de santé 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, la mention selon laquelle ce dernier délivre également les autorisations d'installation mentionnées aux articles L. 4131-6-2 pour les médecins, L. 4141-5-2 pour les chirurgiens-dentistes, L. 4151-6-1 pour les sages-femmes, L. 4311-11-1 pour les infirmiers et L. 4321-11-1 pour les masseurs-kinésithérapeutes.

\*

*La Commission rejette l'article 12.*

#### *Article 13*

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

Cet article prévoit la mise en œuvre d'une évaluation des dispositions contenues dans la présente proposition de loi assortie, le cas échéant, de propositions d'adaptations.

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 efficacité* ». 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 au présent article poursuit un tel objectif.

Le **I** renvoie à un comité *ad-hoc* de mener à bien cette évaluation. Il rassemblera les divers acteurs concernés par les problématiques d'accès aux soins, en l'occurrence :

- des députés et des sénateurs ;
- des représentants des collectivités territoriales ;
- des représentants des administrations compétentes de l'État ;
- des représentants des ordres des professions de santé concernées.

Ce comité aura la charge d'établir, dans les deux ans suivant l'entrée en vigueur de la loi, un rapport destiné à la fois au Gouvernement et au Parlement évaluant la mise en œuvre de ses dispositions et proposant « *les mesures d'adaptation qu'il juge nécessaires* ».

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

\*

*La Commission rejette tout d'abord l'amendement de précision AS 16 du rapporteur.*

*Puis elle examine son amendement AS 17.*

**M. le rapporteur.** Cet amendement propose que l'assurance maladie participe au comité de suivi mis en place à cet article.

*La Commission rejette l'amendement AS 17.*

*Elle rejette ensuite l'amendement de précision AS 18 du rapporteur.*

*Puis elle rejette l'article 13.*

#### *Article 14*

#### **Gage financier**

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, celui s'avère inutile car la présente proposition de loi n'entraîne aucune dépense supplémentaire au-delà de simples charges de gestion.

En revanche, il convient de conserver un gage pour les pertes de recettes susceptibles de résulter des dispositions de la présente proposition de loi, et plus particulièrement de son article 4.

\*

*La Commission est saisie de l'amendement AS 19 du rapporteur.*

**M. le rapporteur.** La présente proposition de loi ne crée aucune charge supplémentaire pour l'État. Seule la mesure prévue à l'article 4 pour inciter au cumul emploi-retraite dans les zones sous-dotées entraîne une perte de recettes pour les organismes de sécurité sociale qu'il convient de gager. Tel est l'objet de cet amendement.

*La Commission **rejette** l'amendement AS 19.*

*Puis elle **rejette** l'article 14.*

\*

*La Commission **rejette** ensuite l'ensemble de la proposition de loi.*

## 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><i>Aucun texte adopté</i></p>

(1) 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 organismes agréés extra-hospitaliers ou des laboratoires agréés de recherche,

**Texte de la proposition de loi**

**Texte de la Commission**

**Article 2**

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

Dispositions en vigueur	Texte de la proposition de loi	Texte de la Commission
<p>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 du troisième cycle des études médicales, tout étudiant en médecine doit effectuer un stage pratique, d'une durée minimale de 12 mois, au sein d'une maison de santé pluridisciplinaire, d'un pôle de santé ou d'un établissement de santé situés dans les zones, définies en application de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique*, dans lesquelles est constaté un déficit en matière d'offre de soins. »</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>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>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 na-</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>2° Au deuxième alinéa, les mots : « subdivision territoriale » sont remplacés par le mot : « région » ;</p>	
	<p>3° Après le deuxième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :</p>	
	<p>« Chaque étudiant peut en outre se présenter aux épreuves classantes régionales organisées dans deux autres régions. » ;</p>	

**Dispositions en vigueur**

**Texte de la proposition de loi**

**Texte de la Commission**

tionale de rééquilibrage de la densité médicale sur le territoire et des mesures permettant d'y concourir.

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 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.

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.

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.

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

4° La première phrase du quatrième alinéa est complétée par les mots : « et les conditions dans lesquelles les étudiants admis en troisième cycle peuvent être autorisés à l'effectuer dans une région dans laquelle ils n'ont pas passé l'épreuve classante régionale mentionnée au deuxième alinéa du présent article. » ;

5° À la fin de la seconde phrase du quatrième alinéa, le mot : « nationales » est remplacé par le mot : « régionales » ;

6° Au dernier alinéa, les mots : « les subdivisions territoriales mentionnées au deuxième alinéa, » sont supprimés.

II. — Le quatrième alinéa de l'article L. 632-6 du même code est ainsi modifié :

**Dispositions en vigueur**

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.

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 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

**Texte de la proposition de loi**

**Texte de la Commission**

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 » ;

**Dispositions en vigueur**

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 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**

2° La dernière phrase est supprimée.

**Texte de la Commission**

**Article 4**

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

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

**Dispositions en vigueur**

**Texte de la proposition de loi**

**Texte de la Commission**

**Article 5**

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

« Art. L. 4131-6-1. – Dans un délai de trois mois à compter de la délivrance de leur diplôme d'État de docteur de médecine, les médecins désireux d'exercer leurs fonctions à titre libéral en font la déclaration auprès de l'agence régionale de santé de la région dans laquelle ils souhaitent exercer. À partir de 2020, ils sont tenus de s'installer pour une durée d'au moins trois ans dans un territoire dans lequel le schéma visé à l'article L. 1434-7\* indique que l'offre de soins de premier recours ne suffit pas à répondre aux besoins de santé de la population.

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

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

**Article 6**

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

**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 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 de cabinets, le directeur général de l'agence régionale de santé peut imposer une distance minimale entre l'emplacement prévu pour le futur cabinet et le cabinet existant le plus proche.

« 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 des conventions mentionnées 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 des conventions mentionnées au I. »

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 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 ;

**Dispositions en vigueur**

**Texte de la proposition de loi**

**Texte de la Commission**

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.

« 3° Les conditions de délivrance de l'autorisation mentionnée à l'article L. 4131-6-2\* ;

« 4° Les modalités de présentation et d'instruction des demandes d'autorisation de création, transfert et regroupement de cabinets médicaux ;

« 5° Les modalités de contrôle du respect des obligations prévues à l'article L. 4131-6-2\* ;

« 6° Les conditions minimales d'installation auxquelles doivent satisfaire les cabinets médicaux ;

« 7° Les critères de définition de la densité maximale visée au I de l'article L. 4131-6-2\* . »

**Article 7**

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 :

« 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.

« 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 territo-

**Dispositions en vigueur**

**Texte de la proposition de loi**

**Texte de la Commission**

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.

rialemment compétentes, après avis des représentants de l'État dans les départements 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 de cabinets, le directeur général de l'agence régionale de santé peut imposer une distance minimale entre l'emplacement prévu pour le futur cabinet et le cabinet existant le plus proche.

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

« 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 :

« Il fixe également :

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

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

**Dispositions en vigueur**

**Texte de la proposition de loi**

**Texte de la Commission**

« – 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 8**

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 de cabinets, le directeur général de l'agence régionale de santé peut imposer une distance minimale entre l'emplacement prévu pour le futur cabinet et le cabinet existant le plus proche.

« IV. – En cas de création, transfert ou regroupement de cabinets non

**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.

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 densité maximale visée au I de l'article L. 4151-6-1\*. »

Dispositions en vigueur

Texte de la proposition de loi

Texte de la Commission

**Article 9**

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 de cabinets, le directeur général de l'agence régionale de santé peut imposer une distance minimale entre l'emplacement prévu pour le futur cabinet et le cabinet existant le plus proche.

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

« V. – Le cabinet d'infirmiers dont la création, le transfert ou le regroupement a été autorisé doit être effectivement exploité au plus tard à l'issue d'un délai d'un an à compter de la notification de l'autorisation, sauf cas de force majeure.

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>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>	
	<p><b>Article 10</b></p>	
	<p>I. – Après l'article L. 4321-11 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 4321-11-1 ainsi rédigé :</p>	

**Dispositions en vigueur**

**Texte de la proposition de loi**

**Texte de la Commission**

« 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 de cabinets, le directeur général de l’agence régionale de santé peut imposer une distance minimale entre l’emplacement prévu pour le futur cabinet et le cabinet existant le plus proche.

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

« V. – Le cabinet de masseurs-kinésithérapeutes dont la création, le transfert ou le regroupement a été autorisé doit être effectivement exploité au plus tard à l’issue d’un délai d’un an à compter de la notification de l’autorisation, sauf cas de force majeure. En cas de non-respect de cette obligation, le directeur général de l’agence régionale de santé peut prononcer

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>le placement du masseur-kinésithérapeute concerné 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>	
	<p><b>Article 11</b></p>	
	<p>L'article L. 6316-1 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :</p>	

**Dispositions en vigueur**

Art. 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.

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.

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.

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 don-

**Texte de la proposition de loi**

« Les établissements de santé, les cabinets médicaux, les maisons de santé et les pôles de santé s'engagent à développer en France la mise en place de la télémédecine telle que définie par le présent article. »

**Article 12**

**Texte de la Commission**

Dispositions en vigueur	Texte de la proposition de loi	Texte de la Commission
<p>nées à ses avis. 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>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 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.</p>	<p><b>Article 13</b></p>	
	<p>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 collec-</p>	

**Dispositions en vigueur**

---

**Texte de la proposition de loi**

---

**Texte de la Commission**

---

tivités 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 14**

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.

La perte de recettes et les charges qui pourraient résulter de l'application de la présente loi pour les organismes de sécurité sociale sont compensées à due concurrence par la majoration des droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.



## ANNEXE AU TABLEAU COMPARATIF

Code de la santé publique ..... 114

Article	Voir
L. 1434-7	<i>ci-après</i>
L. 1434-8	<i>ci-après</i>
L. 4131-1	<i>ci-après</i>
L. 4131-1-1	<i>ci-après</i>
L. 4131-6-2	Article 6
L. 4141-5-2	Article 7
L. 4151-6-1	Article 8
L. 4311-11-1	Article 9
L. 4321-11-1	Article 10
L. 6316-1	<i>ci-après</i>

Code de la sécurité sociale ..... 117

## 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 1<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. 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. 6316-1.** – La télémedecine 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 AS 1 présenté par M. Philippe Vigier, rapporteur**

#### *Article 2*

À l'alinéa 2, substituer au mot : « pluridisciplinaire », les mots : « , d'un centre de santé ».

### **Amendement AS 2 présenté par M. Philippe Vigier, rapporteur**

#### *Article 3*

Supprimer l'alinéa 5.

### **Amendement AS 3 présenté par M. Philippe Vigier, rapporteur**

#### *Article 3*

Supprimer l'alinéa 13.

### **Amendement AS 4 présenté par M. Philippe Vigier, rapporteur**

#### *Article 4*

Rédiger ainsi les alinéas 1 et 2 :

« Le dernier alinéa de l'article L. 1434-8 est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :

« Lorsque les médecins qui adhèrent au contrat santé solidarité cumulent leur activité professionnelle avec une pension de vieillesse dans les conditions prévues au quatrième alinéa de l'article L. 643-6 du code de la sécurité sociale, ils bénéficient d'un allègement de cotisations sociales. » ».

### **Amendement AS 5 présenté par M. Philippe Vigier, rapporteur**

#### *Article 5*

I. – Au début de la dernière phrase de l'alinéa 2, supprimer les mots : « À partir de 2020, »

II. – En conséquence, compléter cet article par l'alinéa suivant :

« II. – Les dispositions du présent article s'appliquent à compter de 2020. »

**Amendement AS 6 présenté par M. Philippe Vigier, rapporteur**

*Article 6*

Après le mot : « santé », rédiger ainsi la fin de l’alinéa 2 :

« en fonction de la densité maximale de médecins arrêtée au niveau régional. Cette densité maximale est fixée annuellement par le directeur général de l’agence régionale de santé après avis du représentant de l’État dans la région et du conseil régional ou interrégional de l’ordre des médecins. »

**Amendement AS 7 présenté par M. Philippe Vigier, rapporteur**

*Article 6*

À l’alinéa 5, après le mot « peut », insérer les mots : « demander à la caisse primaire d’assurance maladie compétente de ».

**Amendement AS 8 présenté par M. Philippe Vigier, rapporteur**

*Article 7*

Après le mot : « santé », rédiger ainsi la fin de l’alinéa 2 :

« en fonction de la densité maximale de chirurgiens-dentistes arrêtée au niveau régional. Cette densité maximale est fixée annuellement par le directeur général de l’agence régionale de santé après avis du représentant de l’État dans la région et du conseil régional ou interrégional de l’ordre des chirurgiens-dentistes. »

**Amendement AS 9 présenté par M. Philippe Vigier, rapporteur**

*Article 6*

À l’alinéa 5, après le mot « peut », insérer les mots : « demander à la caisse primaire d’assurance maladie compétente de ».

**Amendement AS 10 présenté par M. Philippe Vigier, rapporteur**

*Article 8*

Supprimer cet article.

**Amendement AS 11 présenté par M. Philippe Vigier, rapporteur**

*Article 9*

Supprimer cet article.

**Amendement AS 12 présenté par M. Philippe Vigier, rapporteur**

*Article 10*

Supprimer cet article.

**Amendement AS 13 présenté par M. Philippe Vigier, rapporteur**

*Article 11*

Rédiger ainsi l'alinéa 1 :

« Après l'avant-dernier alinéa de l'article L. 6316-1 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé : ».

**Amendement AS 14 présenté par M. Philippe Vigier, rapporteur**

*Article 11*

À l'alinéa 2, après la deuxième occurrence du mot : « santé », insérer les mots : « , les centres de santé ».

**Amendement AS 15 présenté par M. Philippe Vigier, rapporteur**

*Article 11*

Après le mot : « développer », rédiger ainsi la fin de l'alinéa 2 : « la télémédecine ».

**Amendement AS 16 présenté par M. Philippe Vigier, rapporteur**

*Article 13*

À la première phrase de l'alinéa 1, après le mot : « vigueur », insérer les mots : « de chacune des dispositions ».

**Amendement AS 17 présenté par M. Philippe Vigier, rapporteur**

*Article 13*

À la première phrase de l'alinéa 1, après le mot : « État », insérer les mots : « , de l'assurance maladie ».

**Amendement AS 18 présenté par M. Philippe Vigier, rapporteur**

*Article 13*

À l'alinéa 2, après le mot : « règles », insérer les mots : « de nomination, ».

**Amendement AS 19 présenté par M. Philippe Vigier, rapporteur**

*Article 14*

Rédiger ainsi cet article :

« La perte de recettes pour les organismes de sécurité sociale est compensée à due concurrence par la création d'une taxe additionnelle aux droits visés aux articles 575 et 575 A du code général des impôts. »

# ANNEXE : PANORAMA DES AIDES À L'INSTALLATION

## Mesures pour la répartition des professionnels de santé

### 1. Aides de l'État (1/2)

Références juridiques	Professionnels concernés	Critères liés au zonage	Autres critères	Modalités	Mise en Œuvre
Article L. 632-6 du code de l'éducation et Décret relatif aux CESP du 29 juin 2010	Etudiants en médecine admis à poursuivre des études médicales à l'issue de la première année du premier cycle ou ultérieurement au cours des études	> Zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, maisons, centres et pôles de santé (zones prévues à l'art. L1434-7 code de la santé publique) > En priorité les zones de revitalisation rurale (voir : <a href="http://www.territoires.gouv.fr/zone-de-revitalisation-rurale">http://www.territoires.gouv.fr/zone-de-revitalisation-rurale</a> ) et les zones urbaines sensibles (voir <a href="http://sig.ville.gouv.fr/Atlas/ZUS/">http://sig.ville.gouv.fr/Atlas/ZUS/</a> )	Chaque année, un arrêté du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de la sécurité sociale détermine le nombre d'étudiants qui peuvent signer un CESP avec le Centre national de gestion. Par ailleurs, la durée de l'engagement de l'étudiant est égale à celle pendant laquelle l'allocation a été versée et ne peut être inférieure à deux ans	La signature d'un contrat d'engagement de service public ouvre droit 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 exercer leurs fonctions à titre libéral ou salarié, à compter de la fin de leur formation dans les lieux d'exercice précis. Les lieux d'exercice ouverts aux internes ayant signé un CESP sont déterminés, comme suit : > sur proposition des DG d'ARS > dans la limite de plafonds annuels régionaux > selon des modalités fixées par le ministre de la santé	Centre National de Gestion et ARS
>Article 8 Loi n° 2005-157 du 23 février 2005 >Article 44 sixies du code général des impôts > 1 de l'article 92 du code général des impôts >Article 1465 A du code général des impôts	Professions libérales qui ont créés leur activité nouvelle à compter du 1er janvier 2004 et le 31 décembre 2010 en ZRR	En zones de revitalisation rurale définies à l'article 1465 A du code général des impôts (voir : <a href="http://www.territoires.gouv.fr/zone-de-revitalisation-rurale">http://www.territoires.gouv.fr/zone-de-revitalisation-rurale</a> )	Le siège social ainsi que l'ensemble de l'activité et des moyens d'exploitation doivent être implantés dans ces zones (énon voir conditions dégressives) Le professionnel doit s'être installé avant le 31 décembre 2010 L'activité doit être nouvelle, ce qui exclut la restructuration, l'extension ou la reprise d'activité.	Exonération d'impôt sur les revenus ou sur les sociétés à raison des bénéfices réalisés (hors plus-values constatées lors de la réévaluation des éléments d'actif), jusqu'au terme du cinquante-neuvième mois suivant celui de leur création : Ces bénéfices sont soumis à l'impôt sur le revenu ou à l'impôt sur les sociétés à hauteur de 40 %, 60 % ou 80 % de leur montant selon qu'ils sont réalisés respectivement au cours des cinq premières, des sixième et septième ou des huitième et neuvième périodes de douze mois suivant cette période d'exonération.	Vérifier les conditions auprès services fiscaux
	Professions libérales soumises à l'impôt sur les sociétés, qui ont créés leur activité nouvelle à compter du 1er janvier 2007 et le 31 décembre 2013 en zone d'aide à finalité régionale	En zone d'aide à finalité régionale définies par le décret n° 2007-732 du 7 mai 2007	Le professionnel doit être soumis à l'impôt sur les sociétés L'activité doit être nouvelle, ce qui exclut la restructuration, l'extension ou la reprise d'activité.	Exonération d'impôt sur les sociétés à raison des bénéfices réalisés (hors plus-values constatées lors de la réévaluation des éléments d'actif), jusqu'au terme du vingt-troisième mois suivant celui de leur création : ces bénéfices ne sont soumis à l'impôt sur les sociétés que pour le quart, la moitié ou les trois quarts de leur montant selon qu'ils sont réalisés respectivement au cours de la première, de la seconde ou de la troisième période de douze mois suivant cette période d'exonération.	

*Mesures pour la répartition des professionnels de santé  
1. Aides de l'État (2/2)*

Références juridiques	Professionnels concernés	Critères liés au zonage	Autres critères	Modalités	Mise en Œuvre
Exonération d'impôt sur le revenu / PDSA	Les médecins ou leurs remplaçants participant à la permanence des soins ambulatoire	Zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, maisons, centres et pôles de santé (zones prévues à l'art. L1434-7 code de la santé publique et dans l'attente de la parution du SROS, art.L.162-47 du code de la sécurité sociale)	Aucun	Exonération d'impôt sur le revenu des rémunérations à hauteur de 60 jours de permanence par an	Direction générale des impôts
Exonération de charges sociales	Embauche d'un salarié par un cabinet	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Zones de redynamisation urbaine définies au A du 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 (voir : <a href="http://ii.ville.gouv.fr/referencel423">http://ii.ville.gouv.fr/referencel423</a>)</li> <li>&gt; Zones de revitalisation rurale définies à l'article 1465 A du code général des impôts (voir : <a href="http://www.territoires.gouv.fr/zone-de-revitalisation-rurale">http://www.territoires.gouv.fr/zone-de-revitalisation-rurale</a>)</li> </ul>	Aucun	Exonération d'une partie des cotisations patronales Sécurité Sociale pendant 12 mois, pour l'embauche d'un salarié dans un cabinet installé en zone de revitalisation rurale ou urbaine	Vérifier que les conditions sont remplies auprès de l'URSSAF du département
Exonérations de taxe professionnelle	Professions libérales	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Création d'activité en zones de revitalisation rurale au sens de l'article 1465 A CGI (voir : <a href="http://www.territoires.gouv.fr/zone-de-revitalisation-rurale">http://www.territoires.gouv.fr/zone-de-revitalisation-rurale</a>)</li> <li>OU</li> <li>&gt; Création ou reprise d'activité dans une commune de moins de 2000 habitants</li> </ul>	Cette exonération ne peut avoir pour effet de reporter de plus de cinq ans l'application du régime d'imposition de droit commun	Exonération de la cotisation foncière des entreprises, sauf délibération contraire de la commune ou de l'établissement public de coopération intercommunale doté d'une fiscalité propre	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Les communes ou leurs établissements publics de coopération intercommunale dotés d'une fiscalité propre</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Médecins et auxiliaires médicaux (=mentionnés au livre Ier et au livre III de la quatrième partie du CSP)</li> <li>&gt; Professionnels soumis à l'impôt sur le revenu dans la catégorie des bénéficiaires non commerciaux qui, exerçant leur activité à titre libéral</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Zones de revitalisation rurale au sens de l'article 1465 A CGI (voir : <a href="http://www.territoires.gouv.fr/zone-de-revitalisation-rurale">http://www.territoires.gouv.fr/zone-de-revitalisation-rurale</a>)</li> <li>OU</li> <li>&gt; Communes de moins de 2000 habitants</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; A compter de l'année qui suit celle de leur établissement</li> <li>&gt; La durée des exonérations ne peut être inférieure à deux ans et supérieure à cinq ans</li> </ul>	Exonération de la cotisation foncière des entreprises par délibération de portée générale prise par les communes ou leurs établissements publics de coopération intercommunale dotés d'une fiscalité propre	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Les communes ou leurs établissements publics de coopération intercommunale dotés d'une fiscalité propre</li> <li>&gt; Les professionnels apportent les justifications nécessaires au service des impôts compétent avant le 1<sup>er</sup> janvier de l'année qui suit celle de leur établissement.</li> </ul>

**Mesures pour la répartition des professionnels de santé :**  
**2. Aides des collectivités territoriales (1/2)**

Références juridiques	Professionnels concernés	Critères liés au zonage	Autres critères	Modalités	Mise en Œuvre
<p><b>Aides à l'installation ou au maintien des professionnels ou centres de santé</b></p> <p>Articles L. 1511-8, R.1511-44 et R.1511-45 du code général des collectivités territoriales</p>	<p>Professionnels de santé</p>	<p>Zones définies en applications de l'art. L1434-7 du code de la santé publique et dans lesquelles est constaté un déficit en offre de soins = Zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, maisons, centres et pôles de santé</p>	<p>En contrepartie de l'aide, le bénéficiaire s'engage par convention à exercer pendant au moins 3 ans en zone dite "déficitaire"</p> <p>Les conditions dans lesquelles l'aide prend fin sont prévues dans la convention</p>	<p>Concerne :</p> <p>1° La prise en charge, en tout ou en partie, des frais d'investissement ou de fonctionnement liés à l'activité de soins</p> <p>2° La mise à disposition de locaux destinés à cette activité ;</p> <p>3° La mise à disposition d'un logement ;</p> <p>4° Le versement d'une prime d'installation ;</p> <p>5° Le versement, aux professionnels exerçant à titre libéral, d'une prime d'exercice forfaitaire.</p>	<p>&gt;les collectivités territoriales et leurs groupements</p> <p><b>Décrets à mettre en conformité</b></p>
<p>Organismes gérant les centres de santé mentionnés à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique</p>			<p>Concerne :</p> <p>1° La prise en charge, en tout ou en partie, des frais d'investissement ou de fonctionnement liés à l'activité de soins</p> <p>2° La mise à disposition de locaux destinés à cette activité.</p>		

**Mesures pour la répartition des professionnels de santé :**  
**2. Aides des collectivités territoriales (2/2)**

Aides aux étudiants en médecine								
Indemnités de logement	Indemnités de déplacement	Indemnités d'études et de projet professionnel	Références juridiques	Professionnels concernés	Critères liés au zonage	Autres critères	Modalités	Mise en Œuvre
			Articles L. 1511-8 et D.1511-52 du code général des collectivités territoriales	Etudiants de troisième cycle de médecine générale	Zones définies en applications de l'art. L1434-7 du code de la santé publique et dans lesquelles est constaté un déficit en offre de soins = Zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, maisons, centres et pôles de santé	Aide au logement, non cumulative avec la mise à disposition d'un logement	Ne peut excéder 20 % des émoluments forfaitaires mensuels de troisième année d'internat	> les collectivités territoriales et leurs groupements > seules ou conjointement
			Articles L. 1511-8 et D.1511-53 du code général des collectivités territoriales	Etudiants de troisième cycle de médecine générale	Zones définies en applications de l'art. L1434-7 du code de la santé publique et dans lesquelles est constaté un déficit en offre de soins = Zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, maisons, centres et pôles de santé	Concerne les déplacements effectués dans le cadre de leur stage et des trajets entre leur lieu de résidence et leur lieu de stage	les conditions et les modalités de règlement des frais occasionnés par les déplacements temporaires des personnels civils de l'Etat sont fixées par le décret n° 2006-781 du 3 juillet 2006	> les collectivités territoriales et leurs groupements > seules ou conjointement
			Articles L. 1511-8, D.1511-54, D.1511-55 et D.1511-56 du code général des collectivités territoriales	Etudiant, titulaire du concours de médecine, inscrit en faculté de médecine ou de chirurgie dentaire	Zones définies en applications de l'art. L1434-7 du code de la santé publique et dans lesquelles est constaté un déficit en offre de soins = Zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, maisons, centres et pôles de santé	En contrepartie de l'aide, le bénéficiaire s'engage par contrat à exercer pendant au moins 3 ans dans une zone dite 'déficitaire'	> Le montant annuel ne peut excéder les émoluments annuels de troisième année d'internat > Le montant total ne peut excéder la somme des montants annuels susmentionnés	> les collectivités territoriales et leurs groupements > seules ou conjointement > L'ARS et le représentant département du futur lieu d'exercice sont informés du contrat

**Mesures pour la répartition des professionnels de santé :**  
**3. Aides de l'Assurance Maladie (1/4)**

Médicins généralistes	Références juridiques	Professionnels concernés	Critères liés au zonage	Autres critères	Modalités	Mise en œuvre
Dérogation au parcours de soins	<p><b>Moratoire médecin traitant</b>                      Articles L.162-5-4 et D.162-1-8 CSS</p>	<p>Consultations d'un médecin généraliste</p>	<p>Zones mentionnées à l'article L.162-47 du code de la sécurité sociale et définies par l'ARS puis, à parution du SROS, zones prévues à l'article L.1434-7 code de la santé publique ou (cf autres critères)</p>	<p>&gt; Limité à 5 ans                      ET une des conditions suivantes                      &gt; professionnel installé dans une zone mentionnée à l'article L.162-47 puis, à parution du SROS, zone prévue à l'article L.1434-7 code de la santé publique                      &gt; professionnel exerçant dans un centre de santé nouvellement agréé dans une zone définie par l'agence régionale de santé                      &gt; professionnel installé pour la première fois en exercice libéral</p>	<p>Pendant 5 ans, les consultations d'un médecin nouvellement installé ou exerçant dans un centre de santé nouvellement agréé et/ou exerçant dans une zone fragile sont exonérées des pénalités financières qui s'appliquent par ailleurs de soins (patient n'ayant pas choisi de médecin traitant ou consultant un autre médecin sans prescription de son médecin traitant).</p>	<p>Caisse d'Assurance Maladie</p>
	<p><b>Arrêté du 23 mars 2007</b> portant approbation de l'avenant n°20 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes et <b>Arrêté du 3 mai 2010</b> portant approbation du règlement arbitral applicable aux médecins libéraux en l'absence de convention médicale (art 6)  <b>Dispositif maintenu jusqu'à l'entrée en vigueur des dispositions relatives à la démographie intégrées à la nouvelle convention médicale</b></p>	<p>Médecins généralistes libéraux</p>	<p>&gt; Les zones mentionnées à l'article L.162-47 du code de la sécurité sociale jusqu'à l'entrée en vigueur du SROS</p>	<p>Les critères complémentaires pour bénéficier de l'option sont les suivants :                      &gt; exercer en groupe                      &gt; réaliser 2/3 de l'activité auprès de patients résidant dans la zone sous-médicalisée                      &gt; demeurer au moins trois ans dans la zone</p>	<p>Majoration de 20% de l'activité (C+V) du professionnel dans la zone  <b>Dispositif transitoire prévu dans le cadre de la convention du 27 juillet 2011 pour les bénéficiaires de l'avenant n°20 non concernés par la nouvelle option démographique :</b>  <b>Dégressivité des avantages sur deux ans à compter de l'entrée en vigueur du zonage pluri-professionnel (2/3 de l'aide forfaitaire la 1<sup>ère</sup> année, 1/3 de l'aide la 2<sup>e</sup>)</b></p>	<p>Caisse d'Assurance Maladie</p>

**Mesures pour la répartition des professionnels de santé :**  
**3. Aides de l'Assurance Maladie (2/4)**

Références juridiques	Professionnels concernés	Critères liés au zonage	Autres critères	Modalités	Mise en œuvre
<p><b>Option démographique</b>  <b>Arrêté du 22 septembre 2011</b> portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes</p>	<p>Médecins généralistes libéraux</p>	<p>Zonage pluri-professionnel défini conformément aux dispositions de l'arrêté ministériel du XXX</p>	<p>&gt; exercer au sein d'un groupe formé entre médecins ou d'un groupe pluridisciplinaire, quelle que soit sa forme juridique, ou dans le cadre d'un pôle de santé défini à l'article L6323-4 du code de santé publique                      &gt; exercer dans le secteur à tarifs opposables ou dans le secteur à honoraires différents et ayant adhéré à l'option de coordination définie à l'article 36 de la convention, ou acceptant d'appliquer exclusivement les tarifs opposables                      &gt; être installé dans la zone où à proximité immédiate (5km en zone rurale, 2km en zone urbaine)                      &gt; réaliser 2/3 de l'activité auprès de patients résidant dans la zone                      &gt; demeurer au moins trois ans dans la zone</p>	<p>Aide à l'investissement (pour les professionnels s'installant dans la zone)                      Forfait annuel versé pendant 3 ans, à hauteur de :                      . 5 000 € pour le professionnel exerçant au sein d'un groupe                      . 2 500€ pour le professionnel membre d'un pôle de santé                      Aide à l'activité                      Majoration de l'activité (c+v) réalisée dans la zone :                      10% pour le professionnel exerçant au sein d'un groupe, dans la limite d'un plafond fixé à 20 000 €                      5 % pour le professionnel membre d'un pôle de santé, dans la limite d'un plafond fixé à 10 000 €.</p>	<p>Caisse d'Assurance Maladie</p>
<p><b>Option santé solidarité territoriale</b></p>	<p>Médecins généralistes libéraux n'exerçant pas sur un secteur inclus dans le zonage pluri-professionnel</p>		<p>&gt; exercer dans le secteur à tarifs opposables ou dans le secteur à honoraires différents et ayant adhéré à l'option de coordination définie à l'article 36 de la convention, ou acceptant d'appliquer exclusivement les tarifs opposables pour l'activité réalisée sur la zone                      &gt; exercer au minimum 28 jours/an sur une zone fragile (au sens s zonage pluri-professionnel)                      &gt; engagement de 3 ans</p>	<p>Majoration de 10% de l'activité (C+C) réalisée dans la zone dans la limite de 20 000 euros par an                      Et Prise en charge des frais de déplacement</p>	<p>Caisse d'Assurance Maladie</p>

Médecins généralistes (mesures nouvelle convention médicale)

**Mesures pour la répartition des professionnels de santé :**  
**3. Aides de l'Assurance Maladie (3/4)**

Références juridiques	Professionnels concernés	Critères liés au zonage	Autres critères	Modalités	Mise en œuvre
<p><b>Infirmiers (mesures avenant n°1)</b></p> <p>Adhésion individuelle à l'option conventionnelle « Contrat santé solidarité » Avenant n°1 de la convention infirmières approuvée par l'Arrêté du 17 octobre 2008  <i>Dispositif maintenu jusqu'à l'entrée en vigueur des mesures démographiques de l'avenant n°3 à la convention</i></p>	<p>Infirmiers libéraux conventionnés installés ou s'installant dans ces zones</p>	<p>zones "très sous dotées" définies par la MRS</p>	<p>&gt;Activité libérale conventionnelle réalisée au 2/3 dans la zone considérée  ET  &gt;conditions précises d'activité (vaccinations, pathologies chroniques, télétransmission ...)  ET  &gt; exercice en groupe (au moins 2 IDEL conventionnés ou en cabinet ou maison de santé pluridisciplinaires)  OU  &gt; exercice individuel d'un IDEL qui a recours à un infirmier remplaçant pour assurer la continuité des soins</p>	<p>&gt; 3000€ de participation par an pendant 3 ans à l'équipement du cabinet ou autre investissement professionnel (véhicule...)  &gt; Participation aux cotisations d'allocation familiale</p>	<p>Caisse d'Assurance Maladie</p>
<p><b>Infirmiers(mesures avenant n°3)</b></p> <p>Adhésion individuelle à l'option conventionnelle « Contrat incitatif infirmier » Avenant n°3 à la convention infirmières approuvée par l'Arrêté du 25 novembre 2011</p>	<p>Infirmiers libéraux conventionnés installés ou s'installant dans ces zones</p>	<p>zones "très sous dotées" arrêtées par le DGARS</p>	<p>&gt;Activité libérale conventionnelle réalisée au 2/3 auprès des patients de la zone  ET  &gt;conditions précises d'activité (vaccinations, pathologies chroniques, télétransmission ...)  ET  &gt; exercice en groupe (au moins 2 IDEL conventionnés ou en cabinet ou maison de santé pluridisciplinaires)  OU  &gt; exercice individuel d'une IDEL qui a recours à une remplaçant e pour assurer la continuité des soins  &gt; engagement de 3 ans</p>	<p>&gt; 3000€ de participation par an pendant 3 ans à l'équipement du cabinet ou autre investissement professionnel (véhicule...)  &gt; Participation aux cotisations d'allocation familiale (5,4%)</p>	<p>Caisse d'Assurance Maladie</p>

**Mesures pour la répartition des professionnels de santé :  
3. Aides de l'Assurance Maladie (4/4)**

Références juridiques	Professionnels concernés	Critères liés au zonage	Autres critères	Modalités	Mise en œuvre
<p><b>Adhésion individuelle à l'option conventionnelle «Contrat incitatif masseur-kinésithérapeute»</b> Avenant n°3 à la convention Masseurs-kinésithérapeutes approuvé par l'Arrêté du 10 janvier 2012</p>	<p>Masseurs-kinésithérapeutes libéraux conventionnés installés ou s'installant dans ces zones</p>	<p>zones « très sous dotées » et « sous dotées » arrêtées par le DGARS</p>	<p>&gt;Activité libérale conventionnelle réalisée au 2/3 auprès des patients de la zone ET &gt;conditions précises d'activité (télétransmission ...) ET &gt; exercice en groupe (au moins 2 MK conventionnés ou en cabinet pluridisciplinaire ou maison de santé pluridisciplinaire) OU &gt; exercice individuel d'un MK qui a recours à une remplaçante pour assurer la continuité des soins &gt; engagement de 3 ans</p>	<p>&gt; 3000€ de participation par an pendant 3 ans à l'équipement du cabinet ou autre investissement professionnel &gt; Prise en charge totale des cotisations d'allocation familiale</p>	<p>Caisse d'Assurance Maladie</p>
<p><b>Adhésion individuelle à l'option conventionnelle «Contrat incitatif sage-femme»</b> Avenant n°1 à la convention sages-femmes approuvé par l'Arrêté du 12 mars 2012</p>	<p>Sages-femmes libérales conventionnées installées ou s'installant dans ces zones</p>	<p>zones « très sous dotées » et « sous dotées » ou « sans sages-femmes » arrêtées par le DGARS</p>	<p>&gt;Activité libérale conventionnelle réalisée au 2/3 auprès des patients de la zone ET &gt;conditions précises d'activité (télétransmission ...) ET &gt; exercice en groupe (au moins 2 SF conventionnées ou en cabinet ou maison de santé pluridisciplinaires) OU &gt; exercice individuel d'une SF qui a recours à une remplaçante pour assurer la continuité des soins &gt; engagement de 3 ans</p>	<p>&gt; 3000€ de participation par an pendant 3 ans à l'équipement du cabinet ou autre investissement professionnel &gt; Participation aux cotisations d'allocation familiale (5,4%)</p>	<p>Caisse d'Assurance Maladie</p>
<p><b>Adhésion individuelle à l'option conventionnelle «Contrat incitatif orthophoniste»</b> Avenant n°13 à la convention orthophonistes approuvé par l'Arrêté du 4 mai 2012</p>	<p>Orthophonistes libéraux conventionnés installés ou s'installant dans ces zones</p>	<p>zones « très sous dotées » arrêtées par le DGARS</p>	<p>&gt;Activité libérale conventionnelle réalisée au 2/3 dans la zone ET &gt;conditions précises d'activité (télétransmission ...)</p>	<p>&gt; jusqu'à 3000€ de participation par an pendant 3 ans à l'équipement du cabinet ou autre investissement professionnel (véhicule...) &gt; Participation aux cotisations d'allocation familiale (5,4%)</p>	<p>Caisse d'Assurance Maladie</p>