



N° 2443

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

QUINZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 27 novembre 2019.

RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES SUR LA
PROPOSITION DE LOI *contre la désertification médicale et pour la prévention,*

PAR M. GUILLAUME GAROT,

Député.

Voir le numéro :

Assemblée nationale : 2354.

SOMMAIRE

	Pages
AVANT-PROPOS	5
COMMENTAIRES DES ARTICLES	9
<i>Article 1^{er}</i> : Limitation de l'accès au conventionnement pour les médecins dans les zones suffisamment dotées	9
<i>Article 2</i> : Association des associations des représentants d'usagers du système de santé à l'élaboration des projets de santé des communautés professionnelles territoriales de santé.....	20
<i>Article 3</i> : Obligation de mise à jour du dossier médical partagé.....	24
<i>Article 4</i> : Mise en place d'une stratégie de prévention en santé.....	26
<i>Article 5</i> : Création de la téléprévention.....	31
<i>Article 6</i> : Renforcement des sanctions en cas de dépassements d'honoraires excessifs....	33
<i>Article 7</i> : Gage.....	35
COMPTE RENDU DES TRAVAUX	37
ANNEXES	63
ANNEXE 1 : LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES PAR LE RAPPORTEUR	63
ANNEXE 2 : LISTE DES TEXTES SUSCEPTIBLES D'ÊTRE ABROGÉS OU MODIFIÉS À L'OCCASION DE L'EXAMEN DE LA PROPOSITION DE LOI	65
ANNEXE 3 : CONTRIBUTION DE M. JEAN-CARLES GRELIER	66

AVANT-PROPOS

Dans notre organisation sanitaire, la porte du cabinet du médecin traitant est la première qu'ouvre le patient. Tour à tour soignant, confident, conseiller, référent, le médecin de ville est un môle. À l'exception du maire ou de l'élu local pour lesquels la visibilité est consubstantielle à la fonction et à l'action, le médecin est l'une des rares personnes à être identifiée ès qualités quelle que soit la commune ou le quartier : il est la sève de nos territoires de santé. Il n'est donc pas surprenant que l'enjeu de la santé ait surgi dans le Grand Débat alors même qu'il n'avait pas été d'emblée retenu par le Gouvernement.

La santé est d'ailleurs le sujet choisi par le rapporteur en 2019 pour les Ateliers citoyens qu'il organise dans son département de la Mayenne. Il s'agit de travailler avec les citoyens intéressés à des propositions que le député s'engage ensuite à porter à l'Assemblée nationale.

Ces ateliers se sont réunis à cinq reprises à Laval rassemblant une grande diversité de volontaires : bénévoles associatifs, élus locaux, salariés de l'industrie, étudiants, professions libérales, agents du secteur public, retraités...

De ces échanges sur toute l'année, ont émergé des attentes communes et des propositions partagées, socle de cette proposition de loi.

Le Gouvernement a fait voter par le Parlement une loi qui vise à « transformer le système de santé ». Ses effets ne seront mesurables qu'à moyen et long terme.

Face à la désertification médicale en particulier, il serait injuste d'affirmer que le Gouvernement n'a pas apporté de réponse. Encore plus injuste de rendre la majorité actuelle responsable des choix opérés par ses prédécesseurs. Mais il n'est pas injuste de considérer que les solutions proposées ne sont pas à la hauteur des enjeux ni des attentes de nos concitoyens.

Le Gouvernement a cherché à regagner la confiance des médecins libéraux rompue par quelques années de malentendus.

Passablement écornées par la Cour des comptes en raison notamment de leur effet d'aubaine, les aides versées en vue de faciliter l'installation en zone sous-dense ont été récemment remodelées dans le cadre conventionnel. Soit !

Soucieux de répondre aux aspirations des nouvelles générations, le Gouvernement a engagé une astucieuse réforme des études supérieures afin de former des médecins « à la tête bien faite plutôt qu'à la tête bien pleine » en supprimant les examens traumatisants de fin de première année et les épreuves d'accès au troisième cycle – les épreuves classantes nationales – et en ambitionnant de revitaliser une profession sociologiquement uniforme. Pour reprendre les termes des représentants des syndicats des futurs médecins, les étudiants sont trop majoritairement des enfants de « CSP + ». Soit !

Désireux de remodeler l'organisation territoriale des soins, le pouvoir exécutif fait le pari que les professionnels parviendront à améliorer l'accès aux soins *via* la mise en place des communautés professionnelles territoriales de santé. Des mesures d'incitations financières et la création de postes d'assistants médicaux permettront de favoriser une organisation à même d'offrir une réponse à des soins non programmés. Soit !

Pour autant, ces mesures seront-elles de nature à inverser la logique de désertification de nombreux territoires quand d'autres sont largement pourvus en présence médicale ?

Nous autres parlementaires serions bien inspirés d'élargir l'éventail des réponses à apporter à nos concitoyens. C'est là notre rôle. C'est là le mandat qui nous a été confié. C'est là notre responsabilité.

- Que nous disent nos concitoyens ?

Ils nous disent qu'il y a urgence à réinvestir des territoires délaissés ! La réforme des études médicales portée par la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé n'emportera des effets que dans dix ans. Or, nul n'ignore que nous n'avons pas encore atteint le creux démographique. Toutes les projections en attestent. Devons-nous rester les bras croisés ?

Les citoyens nous disent qu'il y a matière à s'interroger sur la pertinence de mesures d'incitations financières ! Tout a été essayé sans résultat probant sur la répartition de l'offre de soins. Les élus locaux, qui bataillent dur pour attirer des médecins en savent quelque chose et en connaissent les limites. Par ailleurs, la littérature scientifique a déjà démontré le faible impact de ces mesures. Déjà en 2006, une publication de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) en relativisait les effets⁽¹⁾. Plus récemment, une note de la direction générale du Trésor juge inefficaces les aides financières mises en place depuis 2013⁽²⁾.

Les citoyens nous disent enfin qu'il y a matière à écouter les patients ! Pour le moment, le projet de santé, porté les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), ne concerne que les professionnels de santé. Souffrons aussi d'y associer les usagers qui peuvent également apporter leur concours à l'organisation des soins. Les CPTS constituent un rouage essentiel de l'aménagement du territoire. Elles doivent ainsi s'intégrer dans leur environnement sociologique, démographique, professionnel. Elles sont parties intégrantes d'un écosystème que l'usager peut aussi bien appréhender que le professionnel de santé sans passer pour un empêcheur de tourner en rond.

(1) Yann Bourgueil, Julien Mousquès, Ayden Tajahmadi, Comment améliorer la répartition géographique des professionnels de santé ? Les enseignements de la littérature internationale et des mesures adoptées en France, IRDES, Rapport n° 534 (biblio n° 1635), juin 2006.

(2) <https://tresor.economie.gouv.fr/Articles/7a1cf861-d2fc-4d6b-89ff-9e8c16e25172/files/8d52abb8-041e-4285-b936-2652748d421b>.

- Mais que constatons-nous ?

Alors qu'il n'y a jamais eu autant de médecins, des portions du territoire ne sont plus couvertes. Après les zones blanches en matière de couverture téléphonique, les zones « sans blouses blanches » faute de médecins libéraux ou d'hôpital de proximité ?

Reçus en audition, des représentants de l'IRDES ont mis le doigt sur une réalité déjà palpable par nos concitoyens. Les « *marges rurales* », ces territoires laissés à l'abandon faute d'aménagement du territoire, sont les zones pour lesquelles il apparaît qu'aucune mesure n'a permis d'enrayer le déclin démographique des populations de médecins.

Il y a un problème de répartition territoriale que les incitations financières n'ont pas suffi à juguler. L'éventail des mesures doit pouvoir être étendu à des mesures de régulation. Comment peut-on considérer d'avance que cette mesure est une cause perdue alors qu'elle n'a encore jamais été essayée ?

La répartition territoriale ne saurait non plus être rééquilibrée qu'en comptant uniquement sur l'installation de CPTS. Comment peut-on en effet constituer une CPTS alors que des territoires entiers sont dépourvus de médecins ?

Si la France est, dit-on, une immense zone en manque de médecins, comment peut-on accepter qu'une part non négligeable de nos concitoyens soit davantage affectée par la pénurie que d'autres ? Selon la Drees, 8 % de la population réside dans une commune sous-dense en médecins généralistes, au sens d'une accessibilité inférieure à 2,5 consultations par an et par habitant. Doit-on considérer qu'il faille les laisser se débrouiller ? Le rapporteur ne peut l'accepter.

- Que répond notre groupe parlementaire ?

Nous devons pouvoir élargir la palette des mesures destinées à mieux répartir la population médicale. La note précitée de la direction générale du Trésor avance l'idée d'une « *adaptation temporaire et ciblée du principe de libre installation* ». C'est à cette régulation que s'emploie l'article 1^{er} de la proposition de loi. Il ne s'agit pas d'une mesure punitive mais d'une mesure visant l'égalité d'accès aux soins.

L'article premier propose par ailleurs d'étoffer l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) actuellement utilisé pour définir le zonage des médecins mais aussi des autres professions de santé. Il est ainsi proposé d'évaluer la densité de l'offre de soins médicaux des territoires en la pondérant par leur « *situation démographique, médicale, économique et sociale* ». Des recherches sont actuellement menées par l'IRDES pour étendre le périmètre de l'indicateur APL. La proposition n'est donc pas incongrue. Il s'agit en effet de mieux circonscrire les besoins de santé en tenant compte de l'âge de la population, de la prévalence des risques, de situations de non-recours aux soins et des situations

sociales. En élevant au niveau législatif un dispositif de niveau réglementaire et en l'étouffant, l'article 1^{er} vise aussi à en faire un outil de pilotage fonctionnel.

Nous devons aussi associer les représentants des usagers à la définition du projet de santé défini par les communautés professionnelles territoriales de santé. Considérer que leur consultation dans le cadre des conférences régionales de la santé et de l'autonomie (CRSA) suffit à satisfaire cette demande est proprement inadapté. Les régions administratives couvrent un territoire important et embrassent des situations diverses : il est impossible de vouloir synthétiser au niveau régional des réalités territoriales distinctes par nature et qui n'ont pas vocation à être appréhendées au niveau régional. La consultation des usagers, nécessaire et pertinente lors de l'élaboration du projet régional de santé, ne constitue pas le bon vecteur pour les projets des CPTS : elle ne revêt qu'un caractère formel, appuie l'idée selon laquelle la CRSA n'est qu'un comité de plus, ne donne pas plein contenu à la notion de démocratie sanitaire et surtout, intervient trop tardivement, les projets des CPTS étant déjà bouclés. L'article 2 entend remédier à l'injustice faite aux usagers.

Nous devons par ailleurs encourager l'utilisation du dossier médical partagé (DMP). L'article 3 vise à cet effet à systématiser sa mise à jour qui ne constitue pas une obligation légale. Le rapporteur est cependant conscient qu'un effort doit encore être porté sur l'ergonomie de l'interface proposée aux professionnels de santé.

Notre groupe propose la mise en place du « virage de la prévention » en investissant à cet effet les CPTS de la mise en place d'une stratégie territoriale (article 4) et en instituant la téléprévention (article 5). Pour demeurer efficiente, la politique de prévention suppose de ne plus raisonner en « tuyaux d'orgue ». La stratégie de décloisonnement mise en œuvre par les pouvoirs publics à travers la constitution des CPTS doit être encouragée sans pour autant limiter son ambition à la seule coordination ville-hôpital. Condition nécessaire pour assurer la fluidité des parcours, elle n'en est pas pour autant suffisante. Si l'on s'attache à la définition que donne l'OMS de la santé, il faut convenir qu'elle couvre également le champ de la santé au travail. Le parcours de santé d'un assuré social peut concerner les deux branches (assurance maladie et santé au travail) ce qui implique un minimum de coordination. Or, cette dernière dimension n'est pas satisfaite.

L'accessibilité aux soins comporte une dimension territoriale mais aussi financière. Si l'égalité de répartition des médecins sur le territoire national constitue un enjeu majeur, la lutte contre le renoncement aux soins ne doit pas être considérée comme un objectif secondaire. Les dépassements d'honoraires excessifs doivent pouvoir être sanctionnés selon des critères objectifs, proportionnés et surtout opposables. La notion de dépassements d'honoraires excédant « *le tact et la mesure* » ne répond aucunement à ces exigences. L'article 6 propose à cet effet une évolution du droit conduisant à sanctionner les dépassements d'honoraires excédant 50 % du tarif opposable de la sécurité sociale.

COMMENTAIRES DES ARTICLES

Article 1^{er}

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

Supprimé par la commission

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

Il étend des mesures de régulation par la voie conventionnelle aux médecins à l'instar des dispositifs existants pour les autres professions de santé. Il vise en priorité à contenir la densification des médecins, généralistes comme spécialistes, dans les zones suffisamment dotées.

Pour pallier immédiatement les difficultés rencontrées sur certains territoires, il prévoit, à titre transitoire, une régulation administrative à laquelle il pourra être mis fin dès l'entrée en application de la régulation conventionnelle.

L'article ayant été supprimé par la commission, un amendement de rétablissement de la rédaction initiale sera déposé par le rapporteur en vue de l'examen du texte en séance publique.

I. RECONNAÎTRE ENFIN QUE LA PRÉSERVATION DE LA SANTÉ DE NOS CONCITOYENS EXIGE DES MESURES D'URGENCE

A. UNE SITUATION DÉMOGRAPHIQUE INTENABLE

Le rapporteur formule le même constat que lors de l'examen des propositions de loi qu'il avait défendues en janvier 2018 et en janvier 2019⁽¹⁾. Le législateur ne peut ni assister ni se satisfaire de la diminution des effectifs médicaux sans réagir.

Les solutions présentées par la majorité actuelle n'auront qu'une efficacité très limitée. Au mieux, elles n'emporteront un effet que d'ici une dizaine d'années, au pire les choix consistent en des expédients qui ne constituent que des pansements sur des cautères de bois.

● La loi relative à la transformation de notre système de santé procède à des évolutions bienvenues que le rapporteur juge cependant insuffisantes.

(1) *Propositions de loi visant à lutter contre la désertification médicale (n° 477, 6 décembre 2017) et pour des mesures d'urgence contre la désertification médicale (n° 1542, 19 décembre 2018).*

Parmi les points positifs, il convient d'abord de souligner l'articulation entre l'offre de formation et les besoins territoriaux en matière de santé. Souvenons-nous que l'article 1^{er} de la loi précitée permet la fixation d'objectifs pluriannuels d'entrée en formation déterminés par les agences régionales de santé (ARS), notamment en fonction des besoins exprimés. Cette articulation entre la formation et les besoins territoriaux devra passer par un dialogue entre les instances universitaires et les directeurs généraux d'ARS.

Il faut se féliciter de cette évolution consistant à adapter l'offre à la réalité des besoins. Pour autant, il faut nous garder de toute naïveté. La communication qui a accompagné l'examen du projet de loi, adopté définitivement en juillet dernier, s'est principalement attachée à souligner la fin du *numerus clausus* symbolisé par la suppression des épreuves de classement intervenant en fin de première année du premier cycle des études médicales.

● Malgré tout, il ne s'agit, là encore, que d'une avancée insuffisante alors que l'accès aux soins constitue une question majeure pour nos concitoyens.

La suppression du *numerus clausus* suppose une augmentation conséquente des capacités de formation des universités pour répondre à nos besoins. Le *numerus clausus* était auparavant fixé par l'État par la voie réglementaire et tenait notamment compte des capacités de formation. Le texte de loi supprime la fixation de ce plafond tout en maintenant le paramètre structurant de l'offre capacitaire. À moins d'accorder aux universités des moyens conséquents pour adapter leurs filières aux besoins, la vérité oblige à reconnaître que l'objectif principal de la réforme portée par la majorité actuelle ne vise pas à résorber le déficit d'offre médicale.

L'intérêt de la réforme réside avant tout dans l'amélioration du déroulement des études. Elle vise à élargir l'accès aux métiers de la santé en l'étendant à d'autres filières. Elle permet également de faciliter la formation à destination de l'ensemble des professions de santé, en partant du principe que la formation transversale pourra permettre à l'avenir une meilleure coopération entre professionnels de santé en exercice. La réforme supprime non seulement le concours de fin de première année mais aussi les épreuves classantes nationales qui conditionnent l'accès au troisième cycle partant du constat qu'une tête bien faite vaut mieux qu'une tête bien pleine.

Il est donc tout à fait inexact d'affirmer que l'adoption du projet de loi emportera des effets probants dans nos territoires face à la désertification médicale.

B. LA RÉPONSE APPORTÉE PAR LES CPTS EST ENCOURAGEANTE MAIS INSUFFISANTE

1. Les communautés professionnelles territoriales de santé : une réponse en demi-teinte

Pour tenter de résorber le déficit de l'offre de soins, le Gouvernement entend également « miser » sur le développement des communautés professionnelles

territoriales de santé (CPTS) qui constitue un des axes du plan « Ma santé 2022 ». Plusieurs objectifs sont assignés aux CPTS. Elles ont vocation à répondre aux besoins des patients en les orientant vers un médecin traitant capable de les accueillir. Leur mise en place doit aussi favoriser l'exercice coordonné entre professions de santé dans le cadre de l'organisation des parcours de soins des patients. Le rapporteur partage évidemment cette vision. Dans un contexte où le vieillissement de la population nécessite un meilleur suivi de patients souffrant de pathologies chroniques, il importe en effet de faciliter les échanges entre professionnels de santé. Enfin, l'institution des CPTS permettra d'investir le champ de la prévention. Un accord conventionnel, entré en vigueur le 25 août dernier, entend poursuivre ces objectifs en les assortissant d'un soutien financier de l'assurance maladie.

Malgré tout, cette initiative ne répond que partiellement aux besoins. La mise en place des CPTS poursuit des objectifs distincts et rien ne permet d'affirmer que l'orientation par la CPTS du patient vers un médecin traitant produira des effets dans des territoires où l'on constate déjà aujourd'hui un manque criant de médecins. Comment par ailleurs imagine-t-on la mise en place d'un exercice coordonné en l'absence de médecins généralistes ? Cette réforme suppose en outre une adaptation du patient à l'offre proposée et tend à surestimer l'autonomie de nos concitoyens. À supposer que l'aire d'une CPTS permette de couvrir des zones bien dotées et sous dotées, comment apporter une réponse de proximité à des patients insusceptibles de se déplacer à raison de l'âge, d'un handicap ou de l'absence de moyens de locomotion ? Le sentiment d'isolement ne concerne pas que les professionnels de santé. Il concerne aussi nos concitoyens qui ne souhaitent pas constituer la variable d'ajustement de la transformation de notre système de santé. L'éthique de vulnérabilité impose de prendre en considération ces besoins sauf à vouloir remettre en question l'âme de notre système de solidarité collective.

2. Des mesures incitatives qui remplissent modérément leur office

- La majorité actuelle ne souhaite pas changer de paradigme et inscrit son action dans le droit fil des mesures mises en œuvre depuis plusieurs décennies qui ont largement fait la preuve de leur inefficacité.

Ainsi, la mise en place des CPTS constitue-t-elle encore une modalité qui ne saurait porter ses fruits sans incitation financière. Nul ne remet en question la participation de l'assurance maladie à des missions qui lui reviennent naturellement. Cela étant, les incitations financières constituent, depuis des années, des expédients pratiques qui n'ont pas permis de résorber les inégalités de soins, qu'elles relèvent de l'État, des collectivités territoriales ou de l'assurance maladie.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 prévoit la prise en charge intégrale, pendant deux années, des cotisations sociales dues par un médecin libéral et s'installant dans une zone sous-dense. Cette disposition s'ajoute à la longue liste des multiples aides soit versées par l'État, soit versées par l'assurance maladie. Les mesures prises en faveur du cumul emploi-retraite participent également de cette intention. La majorité actuelle a ainsi décidé qu'à partir du 1^{er} janvier 2020,

les médecins exerçant en cumul emploi-retraite en zone sous-dense seront ainsi exonérés de cotisation au régime des prestations complémentaires vieillesse dès lors que leur revenu d'activité est inférieur à un seuil de 80 000 euros (contre 40 000 euros jusqu'à cette date) ⁽¹⁾.

- Le recours immodéré à ces expédients pose également question.

Les exonérations de cotisations de sécurité sociale pèsent sur l'équilibre des comptes de la sécurité sociale. Dans un environnement aujourd'hui marqué par l'absence de compensation des recettes de la sécurité sociale, cette voie est aujourd'hui sans issue car elle participe du déséquilibre financier sans résorber pour autant les inégalités territoriales. Cette politique fait aussi porter aux autres branches des obligations qu'il revient à la seule branche maladie d'honorer.

Ces dispositions sont aussi susceptibles d'emporter un effet d'aubaine, certes difficilement mesurable mais pas insignifiant.

En raison des méthodes de zonage, ces aides sont aussi mal calibrées s'agissant des médecins spécialistes. Le quatrième alinéa de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique assortit le zonage établi par les ARS des différentes aides de nature conventionnelles ou publiques. Le dernier alinéa du même article dispose en outre que « *lorsque le directeur général de l'agence régionale de santé n'a pas déterminé les zones [caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins] pour une spécialité médicale, celles arrêtées pour la profession de médecin s'appliquent* ». En d'autres termes, le versement des aides aux médecins spécialistes est déterminé à partir du zonage défini pour les médecins généralistes. Or, l'aire d'attraction d'un médecin spécialiste ne recouvre pas celle du médecin généraliste. Professionnel de proximité et de premier recours, le médecin généraliste soigne une patientèle importante relevant d'une zone géographique restreinte et dont le profil se distingue de celle du médecin spécialiste, généralement consulté en seconde intention sur recommandation du médecin traitant. De fait, le ressort géographique de la patientèle du médecin spécialiste couvre un territoire plus important. Ce paramètre rend nécessaire la définition d'un zonage par spécialité si l'on souhaite remédier aux inégalités territoriales d'accès aux soins. La loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé a opéré une avancée timide en faveur de la mise en place d'un tel zonage mais sans fixer pour autant un délai de mise en œuvre, ce que l'on peut regretter. En tout état de cause, en l'absence d'un zonage par spécialité ou par groupe de spécialités médicales, les aides ne permettent qu'un ajustement à la marge quand la situation actuelle appelle des mesures fortes.

Ces mesures incitatives ne font par ailleurs que reporter les difficultés. Ainsi, les mesures d'assouplissement relatives au cumul emploi-retraite reposent sur l'hypothèse que le maintien en activité des médecins retraités pourra ralentir, de manière transitoire, la chute du nombre de médecins jusqu'à l'arrivée d'un contingent

(1) Arrêté du 28 mai 2019 fixant le seuil d'affiliation au régime des prestations complémentaires de vieillesse des médecins libéraux prévu à l'article L. 645-1 du code de la sécurité sociale.

suffisant des jeunes médecins. Elle constitue donc une mesure qui ne s'attache pas à résorber la répartition des médecins sur le territoire.

Les mesures incitatives reposent en outre sur un double présupposé : le nombre de médecins aujourd'hui en formation suffira à répondre aux besoins de demain d'une part, les incitations financières emportent un effet sur la répartition des médecins d'autre part. D'abord, rien n'indique que le nombre de médecins actuellement en formation suffira à répondre aux besoins de demain au regard du temps de travail moyen. Il faudra peut-être plus de médecins qu'avant pour couvrir les mêmes besoins de santé. En outre, sans revenir sur les réserves exprimées sur la pertinence des outils incitatifs, il pourrait être opportun de s'interroger sur le bénéfice qu'en tire la collectivité au regard des moyens qu'elle engage.

En raison de ces réserves, le rapporteur estime que les pouvoirs publics ne peuvent se priver d'un outil de répartition des médecins sur le territoire à l'instar de ce qui existe pour les autres professions de santé. À court terme, il importe de résorber de résorber les inégalités d'accès aux soins en orientant les installations dans les zones où la pénurie est criante. À long terme, et à supposer que le nombre de médecins soit redevenu suffisant, le mécanisme de répartition pourra aussi leur permettre de limiter les diminutions de revenus en cas de surnombre ponctuellement et géographiquement constaté, et de lutter contre la tendance inflationniste aux dépassements d'honoraires dans ces zones.

C. UN DÉSÉQUILIBRE DÉMOGRAPHIQUE PERSISTANT

À l'occasion de l'examen des propositions de loi examinées en janvier 2018 et 2019, le rapporteur avait présenté les enjeux de la diminution de la démographie médicale. Les restrictions portant sur le *numerus clausus* ont façonné la démographie médicale, expliquant que l'on soit aujourd'hui confronté à un déficit majeur de l'offre médicale. Par ailleurs, la structure démographique de la population des médecins est à l'image de la tendance au vieillissement des sociétés occidentales. Le dernier *Atlas de la démographie médicale* relève à cet effet que 41 % des médecins inscrits auprès de l'ordre sont âgés de plus de 60 ans.

Dans son précédent rapport, il était notamment souligné que « *une diminution prévisionnelle de 8 % des effectifs de médecins généralistes dans les dix prochaines années alors même que la population française continuerait à croître. Compte tenu de ces deux paramètres, la densité médicale diminuerait de 15 % sur la période. Les modèles statistiques prévoient une diminution de la densité pouvant atteindre 20 % étalée sur les quinze prochaines années en intégrant les paramètres liés à l'âge et au sexe.* »⁽¹⁾

Cette évolution se poursuivra jusqu'aux années 2025-2030, délai au-delà duquel les projections du ministère de la santé anticipent un retournement de la courbe démographique. Espérer ce retournement en ne faisant que reconduire des

(1) <http://www.assemblee-nationale.fr/15/rapports/r1612.asp>.

mesures n'ayant pas permis d'assurer l'égalité d'accès aux soins ne peut constituer un cap satisfaisant. La situation à laquelle nous sommes confrontés exige la mise en place de mesures volontaristes par ailleurs réclamées par nombre de nos concitoyens.

1. Un déséquilibre territorial manifeste

L'examen des précédentes propositions de loi avait également permis de souligner les écarts impressionnants entre territoires vides et des territoires sur-dotés.

Quelques éléments utiles relatifs à la densité médicale pourraient être rappelés à cet égard.

Toutes spécialités confondues, le rapport entre le département le moins bien doté et la densité moyenne nationale constatée est de 2. Il s'élève à 2,5 en faveur du département le mieux doté. En 2018, la densité moyenne s'élève à 340,1 médecins pour 100 000 habitants, celle du département de l'Eure est de 166,7 alors qu'elle représente 858,3 pour Paris.

Cet écart se réduit si l'on s'attache à la seule population des médecins généralistes mais il n'en reste pas moins significatif. Au regard de la densité médicale, le rapport entre le département le moins bien doté et celui qui semble le mieux pourvu est de 2,6 : l'Eure compte 95,9 médecins pour 100 000 habitants, quand on en dénombre 248,3 pour Paris pour une moyenne nationale de 153,5.

L'écart est encore plus significatif pour les médecins spécialistes dont la densité moyenne est 186,6 médecins pour 100 000 habitants. Le département de l'Eure est 8,6 fois moins bien pourvu que Paris (respectivement 70,8 et 609,9). L'écart est encore plus fort pour certaines spécialités : il est 1 à 12 pour les ophtalmologistes, de 1 à 24 pour les pédiatres, et de 1 à 23 pour dermatologues compte non tenu des deux départements qui en sont totalement dépourvus pour ces derniers.

Ces inégalités n'ont fait que s'accroître ces dernières années justifiant qu'il faille mettre un terme à cet écart. Lors de la présentation de sa dernière proposition de loi, le rapporteur soulignait déjà qu'entre 2010 et 2017, les départements de la Nièvre et de l'Indre avaient perdu respectivement 27 % et 24 % de leurs médecins généralistes, alors que, dans le même temps, d'autres départements avaient vu le nombre de leurs médecins augmenter (8 % pour la Savoie par exemple).

Ces constats ont également été formulés par des chercheurs de l'IRDES, auditionnés par votre rapporteur. Les premières conclusions tendent à montrer que les territoires qualifiés de « marges rurales » sont les principales victimes de la diminution des effectifs de médecins.

2. Maîtriser les inégalités sociales

Le rapporteur rappelle également l'importance du défi d'accessibilité aux soins. Cet enjeu a été doublement documenté par une étude de l'IRDES ⁽¹⁾ et de l'association UFC-Que Choisir.

L'inégale répartition de l'offre de soins occasionne des déplacements plus nombreux des patients et contribue *de facto* à l'accentuation des inégalités sociales, les patients les plus vulnérables étant moins mobiles.

L'étude de l'IRDES a établi un rapport entre le territoire concerné et l'accessibilité. Elle souligne notamment que « *le fait de ne pas résider dans un grand pôle diminue la probabilité de recourir au praticien le plus proche ou augmente les distances supplémentaires parcourues* ».

Ce constat documenté conforte les conclusions de l'enquête menée par UFC-Que Choisir ⁽²⁾ au terme de laquelle il apparaît qu'un Français sur trois rencontre des difficultés d'accès aux pédiatres, 17,7 millions aux ophtalmologistes et 19,1 millions aux gynécologues. Selon la même enquête, les déserts médicaux concerneraient 12 % à 19 % de la population.

La même enquête met également en lumière l'enjeu d'accessibilité financière aux soins. Elle révèle que « *8 Français sur 10 subissent un manque de gynécologues et d'ophtalmologistes au tarif opposable* ».

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

Source : UFC-Que Choisir.

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

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

II. AGIR POUR UNE MEILLEURE RÉPARTITION DES MÉDECINS SUR NOTRE TERRITOIRE

A. UN ZONAGE DÉTERMINÉ À PARTIR D'UN INDICATEUR DÉFINI NATIONALEMENT

Le **I** vise à modifier le code de la santé publique afin d'instituer un indicateur territorial de l'offre de soins (ITOS) destiné à faciliter le zonage effectué par les agences régionales de santé.

Le **1° du I** tend à modifier l'article L. 1411-11 du code de la santé publique pour y intégrer un indicateur de santé.

L'article L. 1411-11 définit aujourd'hui la notion d'accès aux soins de premiers recours. Le périmètre de l'accès aux soins de premiers recours, défini par les 1° à 4° de l'article, comprend les activités de prévention, de dépistage, de diagnostic, de traitement et de suivi des patients, la dispensation et l'administration des produits de santé, l'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ainsi que l'éducation pour la santé.

Ces soins sont organisés par l'agence régionale de santé conformément au schéma régional de santé et doivent pouvoir tenir compte de plusieurs exigences telles que la proximité, « *qui s'apprécie en termes de distance et de temps de parcours* », la qualité et la sécurité.

Le dernier alinéa du même article dispose enfin qu'il appartient aux professionnels de santé, parmi lesquels les médecins traitants, ainsi qu'aux centres de santé de concourir 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* ».

Pour parfaire l'encadrement de l'offre de soins et afin d'assurer l'égalité d'accès, le **1° du I** tend à introduire un indicateur destiné à faciliter la répartition de l'offre de soins sur notre territoire national, l'indicateur territorial d'accès aux soins (ITOS).

Les acteurs de la santé recourent aujourd'hui à l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL), développé par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) et l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé. Cet outil permet de « *mesurer l'adéquation spatiale entre l'offre et la demande de soins de premier recours à un échelon géographique fin* »⁽¹⁾.

(1) <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/professions-de-sante-et-du-social/l-indicateur-d-accessibilite-potentielle-localise-apl/article/l-indicateur-d-accessibilite-potentielle-localisee-apl>.

Cet indicateur tient compte de la proximité et de la disponibilité des médecins et intègre aussi « *une estimation de l'activité des médecins ainsi que des besoins en fonction de l'âge de la population locale* »⁽¹⁾.

L'article 1^{er} s'inscrit dans cette perspective et propose d'étoffer cet indicateur actuellement utilisé pour définir le zonage des médecins mais aussi des autres professions de santé. Il est ainsi proposé d'évaluer la densité de l'offre de soins médicaux des territoires en la pondérant par leur « *situation démographique, médicale, économique et sociale* ». Des recherches sont actuellement menées par l'IRDES pour étendre le périmètre de l'indicateur APL. La proposition n'est donc pas incongrue. Il s'agit en effet de mieux circonscrire les besoins de santé en tenant compte de l'âge de la population, de la prévalence des risques, de situations de non-recours aux soins et des situations sociales. En élevant au niveau législatif un dispositif de niveau réglementaire et en l'étoffant, l'article 1^{er} vise aussi à en faire un outil de pilotage fonctionnel.

Le dispositif prévoit que l'indicateur est élaboré « *par spécialité médicale* » et fait l'objet d'une actualisation annuelle.

Il dispose enfin que l'indicateur, déterminé nationalement, constitue un outil de pilotage à la fois d'aide à l'élaboration du projet régional de santé et d'aide à la « *décision d'ouverture, de transfert ou de regroupement des cabinets de médecins libéraux* ».

Le 2^o du I parfait cette initiative en modifiant l'article L. 1434-4 relatif au zonage des activités médicales.

Cet article investit chaque directeur général d'agence régionale de santé de la responsabilité d'arrêter, après concertation avec les représentants des professionnels de santé concernés, les zones « *caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins* » d'une part - zones sous-denses -, les zones « *dans lesquelles le niveau de l'offre de soins est particulièrement élevé* » d'autre part - zones sur-denses.

Le premier zonage permet de mobiliser les aides prévues par les conventions conclues avec l'assurance maladie pour renforcer l'offre de soins conformément au 4^o du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale (aides à l'installation notamment), les aides liées aux contrats conclus avec les médecins rénovés au terme du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020, des aides fiscales (article 151 *ter* du code général des impôts) ou des aides liées au contrat d'engagement de service public tel qu'issu de la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

Le second zonage permet de mettre en place les « *mesures de limitation d'accès au conventionnement* » prévues par les accords conclus avec l'assurance maladie. Ces dispositions concernent au premier chef les masseurs-

(1) Drees, Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ?, n° 17, mai 2017, p. 21.

kinésithérapeutes et les infirmiers libéraux ainsi que les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes.

Les **a et b** du **2° du I** visent à articuler la délimitation des zones sous denses et sur denses avec l'indicateur ITOS.

B. PRIVILÉGIER À TERME LE CONVENTIONNEMENT SÉLECTIF

Le **II** pose le principe d'un conventionnement sélectif pour les médecins.

Il tend ainsi à modifier l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale qui fixe le cadre des rapports conventionnels entre les organismes d'assurance maladie et les médecins.

Cet article prévoit le périmètre des rapports conventionnels en dressant une liste de près de 30 items à déterminer dans ce cadre.

Le **II** vise à insérer un nouvel alinéa *20 bis* visant à faire du conventionnement sélectif un thème de négociation conventionnelle. À cet égard, les conventions médicales permettront de « *déterminer les conditions à remplir pour être conventionné particulièrement dans les zones définies par l'agence régionale de santé en application de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique* ».

Le texte donne ainsi tout pouvoir aux partenaires conventionnels pour réguler l'offre de soins dans « *les zones dans lesquelles le niveau de l'offre de soins est particulièrement élevé* » et partant les mesures de limitation d'accès au conventionnement.

Cette modalité de régulation de l'offre médicale, qui appelle les médecins à négocier les modalités de la régulation, les place en situation de responsabilité tout en préservant leur autonomie. Le dispositif permettra de lier le zonage déterminé par le directeur général de l'agence régionale de santé aux rapports entre l'assurance maladie et les médecins.

Cette régulation s'inspire enfin des dispositions aujourd'hui prévues pour certaines professions de santé *via* l'article L. 162-9 du code de la sécurité sociale. Cet article traite notamment des rapports conventionnels avec les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes et prévoit, pour ces professions, que la négociation détermine les « *conditions à remplir [...] pour être conventionné, notamment [...] celles relatives aux zones d'exercice définies par l'agence régionale de santé* ». Cette assise législative a abouti à la signature d'un avenant à la convention nationale des sages-femmes prévoyant des mesures d'encadrement du conventionnement. L'accord prévoit que, dans les zones sur-dotées, « *le conventionnement est accordé par un organisme d'assurance maladie [...] uniquement si une autre sage-femme a préalablement mis fin à son activité conventionnée dans cette même zone* ».

C. PRÉVOIR À TITRE TRANSITOIRE UNE RÉGULATION PAR LES POUVOIRS PUBLICS

Le **III** vise à mettre en place une régulation par les pouvoirs publics dans l'attente de la conclusion d'une rédaction conventionnelle.

Considérant que l'urgence prévaut en matière d'accès aux soins et compte tenu de la diminution de la population médicale, il semble tout indiqué de mettre en place un mécanisme transitoire de régulation administrative.

Le **premier alinéa du III** prévoit à cet effet qu'en l'absence de la régulation conventionnelle instituée par le II et conclue dans les douze mois suivant la promulgation de la loi, l'accès des médecins est régulé dans les conditions définies par les **1° et 2° du III**.

Le **1° du III** dispose que le directeur général de l'ARS détermine les zones dans lesquelles le niveau de l'offre de soins est particulièrement élevé au regard de l'indicateur mentionné à l'article L. 1411-11, soit l'indicateur ITOS instauré par le I du présent article. Ce zonage est établi en concertation avec les représentants des médecins.

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

Le **quatrième alinéa du III** encadre l'application de la régulation administrative en prévoyant un terme à compter de l'entrée en vigueur des mesures de régulation déterminées par la voie conventionnelle conformément au II du présent article.

Le **4° du III** renvoie à un décret en Conseil d'État les modalités d'application du III.

*

* *

Article 2

**Association des associations des représentants d’usagers du système de santé
à l’élaboration des projets de santé des communautés professionnelles
territoriales de santé**

Supprimé par la commission

Cet article vise à prévoir la participation des associations d’usagers du système de santé, présentes sur le territoire d’action de la communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS), à l’élaboration de son projet de santé.

Parce que l’organisation territoriale des soins ne doit pas être déconnectée des besoins, il semble nécessaire d’y associer les représentants des patients, mieux à même d’exprimer leurs préoccupations et leurs attentes dans un cadre constructif.

Si la rédaction vise à systématiser l’association des représentants de patients, celle-ci n’est effective que pour autant qu’il existe une telle association dans le ressort territorial de la CPTS. Il n’est donc pas question de bloquer l’élaboration du projet de santé en l’absence d’une telle association.

L’article ayant été supprimé par la commission, un amendement de rétablissement de la rédaction initiale sera déposé par le rapporteur en vue de l’examen du texte en séance publique.

Cet article vise à modifier l’article L. 1434-12 du code de la santé publique relatif aux communautés professionnelles territoriales de santé.

1. Les communautés professionnelles territoriales de santé concourent à l’organisation territoriale des soins

Instituée par la loi de modernisation de notre système de santé, la communauté professionnelle territoire de santé (CPTS) constitue le deuxième niveau d’organisation professionnelle, après l’équipe de soins primaires ; elle est destinée à faciliter la coordination des soins et la mise en place des parcours de santé des patients.

La communauté professionnelle territoriale de santé est ainsi composée de professionnels de santé de premier ou de deuxième recours, susceptibles d’être issus d’équipes de soins primaires et d’acteurs médico-sociaux et sociaux. Elle concourt « à la réalisation des objectifs du projet régional de santé ».

Les équipes de soins primaires

L'équipe de soins primaires est constituée par des professionnels de santé constitué autour de médecins généralistes de premier recours.

Elle assure, sur la base d'un projet de santé, les activités de soins de premier recours définis à l'article L. 1411-11 du code de la santé publique :

- la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;
- la dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ;
- l'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;
- l'éducation pour la santé.

L'équipe de soins primaires peut prendre la forme d'un centre de santé ou d'une maison de santé.

Pour se constituer en une CPTS, ses membres définissent un projet de santé faisant l'objet d'une transmission à l'agence régionale de santé de leur ressort. Le dernier alinéa de l'article L. 1434-12 dispose, à cet effet, que le projet de santé précise en particulier son territoire d'action.

2. Les récentes évolutions visent à faciliter l'émergence des communautés professionnelles territoriales de santé

L'un des volets du projet « Ma santé 2022 » vise la mise en place d'au moins 1 000 CPTS. Des évolutions récentes, portées par la voie législative et la voie conventionnelle, ont en conséquence affecté l'action des CPTS.

● La loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé a apporté deux modifications.

Son article 22 prévoit tout d'abord une procédure de validation des projets de santé portés par les CPTS. L'étude d'impact jointe au projet de loi justifie cette évolution afin de s'assurer que les CPTS « *couvrent bien l'ensemble de leur territoire régional, sans "zone blanche", et sans superposition de communautés professionnelles territoriales de santé sur un même territoire* ».

Le même article dispose en outre que les CPTS élaborent et mettent en œuvre les projets territoriaux de santé en lien avec des établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux. Ce projet prend appui sur le diagnostic territorial partagé, auquel participe le conseil territorial de santé, et dont l'objet vise à identifier les besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux sur un territoire donné. La CPTS constitue la cheville ouvrière du projet territorial, ce dernier ne pouvant en effet être formalisé que si au moins une CPTS en est à l'initiative.

• Parallèlement, les négociations conventionnelles ont cherché à promouvoir l'organisation en CPTS. L'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) et les syndicats représentatifs des différentes professions de santé ont signé en juin dernier un accord interprofessionnel à cet effet.

Cet accord prévoit la possibilité qu'une aide financière soit versée par l'assurance maladie aux CPTS dont le projet de santé a été validé par l'agence régionale de santé dont elles relèvent et qui souscrivent à un contrat d'une durée de cinq ans. Le cadre d'accompagnement et de financement prévoit trois missions « socle » (amélioration de l'accès aux soins, organisation de parcours pluriprofessionnels autour du patient, développement des actions territoriales de prévention) et deux missions prioritaires (amélioration de la qualité et de l'efficacité des prises en charge, accompagnement des professionnels de santé, notamment des jeunes diplômés afin de faciliter leur installation sur le territoire de la communauté professionnelle).

L'accompagnement financier comprend deux volets : le financement du fonctionnement de la communauté professionnelle et la contribution au financement de chacune des missions exercées.

Le premier financement « est attribué dès la signature du contrat et sans attendre le démarrage des missions par la communauté professionnelle, afin d'assurer une fonction d'animation et de pilotage, condition essentielle pour accompagner les actions des professionnels membres de la communauté dans l'élaboration des missions et assurer le travail de coordination administrative. Ce financement permet également de valoriser le temps consacré par les professionnels de santé pour définir et construire les missions. »⁽¹⁾ Ce financement varie progressivement selon la taille de la CPTS.

Le second financement est accordé au regard de « l'intensité des moyens déployés pour l'atteinte des objectifs, mais aussi des résultats observés quant à l'impact des missions sur la base des indicateurs fixés dans chaque contrat »⁽²⁾.

Une première partie consiste en un versement fixe destiné à participer aux coûts supportés par la CPTS dans le cadre de l'exercice de ses missions (charges de personnel, temps dédié pour l'organisation et la réalisation de la mission, acquisition et la maintenance des outils numériques de coordination). Une seconde partie consiste en une part variable au regard de l'atteinte des objectifs fixés.

(1) Arrêté du 21 août 2019 portant approbation de l'accord conventionnel interprofessionnel en faveur du développement de l'exercice coordonné et du déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé signé le 20 juin 2019.

(2) Ibid.

**MONTANT DU FINANCEMENT TOTAL POSSIBLE AU TITRE DES MISSIONS
EXERCÉES PAR LES CPTS**

	Communauté de taille 1 (< 40 000 habitants)	Communauté de taille 2 (entre 40 000 et 80 000 habitants)	Communauté de taille 3 (entre 80 000 et 175 000 habitants)	Communauté de taille 4 (> 175 000 habitants)
	185 000 euros	245 000 euros	315 000 euros	380 000 euros
Dont financement versé au démarrage de la CPTS	50 000 euros	60 000 euros	75 000 euros	90 000 euros

Source : Arrêté du 21 août 2019 portant approbation de l'accord conventionnel interprofessionnel en faveur du développement de l'exercice coordonné et du déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé signé le 20 juin 2019.

3. L'association des représentants d'usagers au projet de santé des communautés professionnelles territoriales de santé

Cet article vise à prévoir la participation des associations d'usagers du système de santé, présentes sur le territoire d'action de la CPTS, à l'élaboration de son projet de santé. Le troisième alinéa de l'article L. 1434-12 est modifié à cet effet. Il reviendra au pouvoir réglementaire de définir les conditions de participation par décret.

Cet article vise à systématiser l'association des patients à l'organisation territoriale des soins pour que celle-ci ne constitue pas une modalité de l'organisation d'une offre déconnectée des besoins. Si les professionnels de santé sont évidemment à même d'en apprécier les déterminants, les représentants des patients peuvent aussi se faire les relais de leurs préoccupations et de leurs attentes dans un cadre constructif. Telle est en effet l'une des leçons que le rapporteur a tirée de ses échanges avec les citoyens dans le cadre des ateliers qu'il a localement conduits.

On notera que si la rédaction systématise l'association des représentants de patients, elle n'est effective que pour autant qu'il existe une telle association dans le ressort territorial de la CPTS. Il n'est donc pas question de bloquer l'élaboration du projet de santé en l'absence d'une telle association. La locution « *le cas échéant* » signifie à cet égard que la disposition ne trouvera à s'appliquer que si la circonstance est avérée.

*

* *

Article 3

Obligation de mise à jour du dossier médical partagé

Adopté par la commission sans modification

Cet article vise à modifier l'article L. 1111-14 relatif au dossier médical partagé (DMP) en subordonnant le conventionnement à sa consultation et à sa mise à jour.

Cette exigence reste aujourd'hui alternative (consultation ou mise à jour). Si le texte est adopté, elle deviendra cumulative (consultation et mise à jour). Du reste, la modification proposée s'inscrit parfaitement dans les objectifs conventionnels conclus entre l'assurance maladie et les représentants des médecins qui tendent à faciliter tant le déploiement que la mise à jour des DMP.

Cet article vise à modifier l'article L. 1111-14 du code de la santé publique relatif au dossier médical partagé (DMP) en subordonnant le conventionnement à sa consultation et à sa mise à jour.

L'article L. 1111-14 fixe le cadre de la mise en place du DMP dont l'objet tend à « *favoriser la prévention, la coordination, la qualité et la continuité des soins* ».

Ce dossier, qui repose sur un identifiant unique pour chaque bénéficiaire, ne peut être constitué qu'avec le consentement exprès de la personne ou de son représentant légal, lorsque qu'il s'agit par exemple d'un mineur. Depuis la loi de modernisation de notre système de santé⁽¹⁾, « *la conception, la mise en œuvre et l'administration du dossier médical partagé* » sont assurés par la Caisse nationale de l'assurance maladie.

Le même article dispose enfin que le conventionnement des médecins et son maintien « *sont subordonnés à la consultation ou à la mise à jour du dossier médical partagé de la personne prise en charge par le médecin* ». En d'autres termes, la loi ne requiert pas du médecin traitant une obligation de mise à jour pour pouvoir être conventionné. Elle fixe deux conditions alternatives : consultation ou mise à jour.

Pourtant, tous les professionnels de santé se sont engagés avec l'assurance maladie à développer le DMP dans le cadre de la coordination des soins. S'agissant des médecins, des financements sont par ailleurs prévus dans le cadre conventionnel pour alimenter le volet de synthèse médicale du DMP.

L'accord-cadre interprofessionnel, signé le 10 octobre 2018 entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) et l'Union nationale des professions de santé (UNPS), prévoit le déploiement du DMP afin de favoriser l'exercice coordonné des soins. Un objectif d'ouverture de 40 millions de DMP dans les cinq années suivant l'entrée en application de l'accord.

(1) Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

L'accord prévoit en outre que l'alimentation des DMP doit intégrer un volet de synthèse médicale, les fiches de synthèses issues des bilans prévus à la nomenclature et dans les différentes conventions, les résultats d'examen (biologie, radiographie...) et les vaccinations. Le même accord prévoit également l'intégration du compte rendu des actes de télémédecine dans le DMP.

S'agissant du volet de synthèse médicale du DMP, celui-ci doit être périodiquement alimenté. Aux termes de l'article L. 1111-15 du code de la santé publique, le médecin traitant « *verse périodiquement, au moins une fois par an, une synthèse dont le contenu est défini par la Haute Autorité de santé* ». Cette obligation trouve à s'appliquer avec la mise en place, en parallèle, du forfait patientèle médecin traitant prévue par la convention nationale des médecins et applicable depuis le 1^{er} janvier 2018. Ce forfait pérennise le rôle central joué par médecin traitant et le rémunère à cet effet pour la constitution et l'actualisation du volet de synthèse médicale.

L'article 3 s'insère parfaitement dans cette logique de coordination des soins en requérant, du médecin traitant, la consultation et la mise à jour du DMP s'il entend être conventionné avec l'assurance maladie. Il prend acte des objectifs fixés par la convention médicale et ses récents avenants ainsi que par l'accord national interprofessionnel précité.

L'accord national interprofessionnel prévoit par ailleurs un déploiement progressif des logiciels métiers afin d'assurer la dématérialisation des actes. Ces aspects matériels sont indispensables pour assurer l'effectivité de la mesure.

L'article vise ainsi à rendre obligatoire la mise à jour du dossier du patient pour assurer un réel suivi.

*

* *

Article 4

Mise en place d'une stratégie de prévention en santé

Adopté par la commission sans modification

Cet article vise à faciliter le développement de la médecine de prévention qui constitue un enjeu structurant du parcours de santé des patients. Dans l'attente d'une meilleure prise en compte de ce volet médical par la nomenclature des actes, il importe de promouvoir cette modalité de prise en charge dans le cadre de la coordination des soins et des échanges entre professionnels de santé, particulièrement entre la médecine de ville et la médecine du travail.

À cet effet, l'article prévoit une évolution du cadre législatif afin de définir une stratégie de prévention dans une double dimension nationale et territoriale.

Il précise tout d'abord que le projet territorial de santé porté par les communautés professionnelles territoriales de santé doit décrire les modalités du déploiement de la télé-médecine, particulièrement en matière de médecine du travail, et de la téléprévention, cette dernière étant instituée par l'article 5 de la proposition de loi.

Par coordination, il prévoit que les mêmes projets de santé devront préciser leur stratégie territoriale de prévention.

Afin d'assurer une meilleure formation à la prévention en santé, l'article dispose que le Conseil supérieur des programmes, organe chargé de conseiller le Gouvernement sur la politique de l'éducation, pourra inclure des représentants d'associations actives en matière de prévention en santé, émanant du système de santé ou du monde du travail.

I. LA POLITIQUE DE PRÉVENTION PRÉSENTE DES LIMITES

● Le législateur a fait de la prévention un axe majeur de la politique de santé et de son organisation territoriale.

L'article L. 1411-1 du code de la santé publique dispose en effet que la politique de santé, qui relève de la responsabilité de l'État, comprend « *la prévention collective et individuelle, tout au long de la vie, des maladies et de la douleur, des traumatismes et des pertes d'autonomie* ».

Territorialement, la prévention s'inscrit dans le cadre du projet régional de santé, défini par l'article L. 1434-1 du code de la santé publique. Le schéma régional de santé, qui en constitue un des deux pans, détermine à cet effet « *des prévisions d'évolution et des objectifs opérationnels* » applicable à l'offre de santé « *y compris en matière de prévention* ».

L'article L. 1411-11 du code de la santé publique intègre, pour sa part, la prévention au titre de l'accès aux soins de premier recours. Elle s'incarne dans la constitution des équipes de soins primaires, constituées autour des médecins généralistes de premier recours et plus encore dans le projet de santé qu'elles élaborent.

Si les équipes de soins primaires ont naturellement toute leur place dans la définition de l'offre de soins de premier recours, la coordination des soins implique une large assise professionnelle et territoriale pour être efficace. Du reste, l'apparition de zones dépourvues de médecins généralistes peut rendre inopérante la constitution d'équipes de soins primaires. L'efficacité de la politique de soins commande par ailleurs une organisation suffisamment robuste pour assurer à la fois la coordination des soins et la mise en place de parcours de santé. Ces raisons ont conduit les acteurs à privilégier la constitution des communautés professionnelles territoriales de santé.

Le plan « Ma santé 2022 », qui se concrétise par l'adoption de la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé et par l'accord national interprofessionnel (ANI) signé le 20 juin 2019, s'inscrit parfaitement dans cette logique et constitue la réponse du Gouvernement aux difficultés d'accès aux soins.

La prévention relève également des modalités d'actions définies pour les CPTS. L'étude d'impact jointe au projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé dispose à cet effet que le projet territorial de santé des CPTS qu'il institue « *pourra organiser des synergies entre les actions de prévention financées dans le cadre des contrats locaux de santé et celles organisées par les communautés professionnelles territoriales de santé et les futurs hôpitaux de proximité, démultipliant ainsi les effets des messages de prévention auprès de la population du territoire* ».

Pour sa part, l'ANI précité soutient que « *l'exercice coordonné des professionnels de santé et plus généralement de l'ensemble des acteurs sanitaires et médico-sociaux sur un territoire constituent un des leviers pour répondre à ces enjeux. Ce mode d'exercice permet de renforcer la prévention.* » Son article 1^{er} indique par ailleurs que « *les partenaires conventionnels souhaitent accompagner le développement de l'exercice coordonné des acteurs de santé au niveau de chaque territoire pour améliorer l'accès, la qualité et l'organisation des soins dans leurs différentes dimensions* » parmi lesquelles le développement des activités de prévention. Le même article stipule que les partenaires conventionnels souhaitent définir « *un cadre pérenne d'accompagnement et de financement des communautés professionnelles territoriales de santé permettant à celles-ci de mettre en place et de développer différentes missions* », particulièrement en faveur de la prévention. Ces engagements concourent à ce que les actions de prévention constituent l'une des trois missions socles dévolues aux CPTS, toute latitude leur étant donnée quant aux thèmes à retenir. L'article 5 du même accord propose ainsi « *promotion auprès des patients de la vaccination et des recommandations sanitaires délivrées par les autorités sanitaires en cas de risque particulier [...] prévention des addictions, des risques iatrogènes, de la perte d'autonomie, de la désinsertion professionnelle ou de l'obésité, des violences intra-familiales, mise en place d'une organisation permettant le recueil des événements indésirables associés aux soins et le signalement aux autorités, participation à un réseau de*

surveillance ou de vigilance labellisé par l'Agence régionale de santé comme le réseau Sentinelles, dépistages, etc.. ».

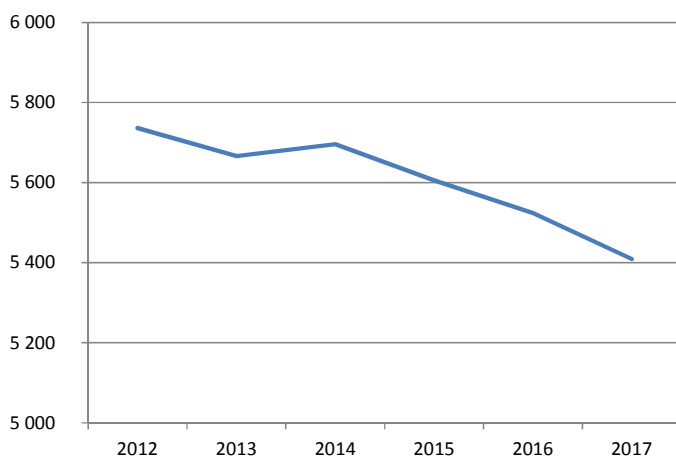
● Pour demeurer efficiente, la politique de prévention suppose de ne plus raisonner en « tuyaux d'orgue ». La stratégie de décloisonnement mise en œuvre par les pouvoirs publics à travers la constitution des CPTS doit être encouragée sans pour autant limiter son ambition à la seule coordination ville-hôpital. Condition nécessaire pour assurer la fluidité des parcours, elle n'en est pas pour autant suffisante. Si l'on s'attache à la définition que donner l'OMS de la santé, il faut convenir qu'elle couvre également le champ de la santé au travail.

Sans dénier aux partenaires sociaux la mise en œuvre de la santé au travail, on relèvera que la Caisse nationale de l'assurance maladie gère deux branches complémentaires dans leur action : l'assurance maladie d'une part, les accidents du travail et les maladies professionnelles d'autre part. Si les logiques de prise en charge diffèrent, il n'en demeure pas moins vrai que le parcours de santé d'un assuré social peut concerner les deux branches, impliquant un minimum de coordination. Or, cette dernière dimension n'est pas satisfaite.

Par ailleurs, la situation démographique de la médecine du travail ne s'écarte pas du constat amer déjà formulé pour la médecine de ville.

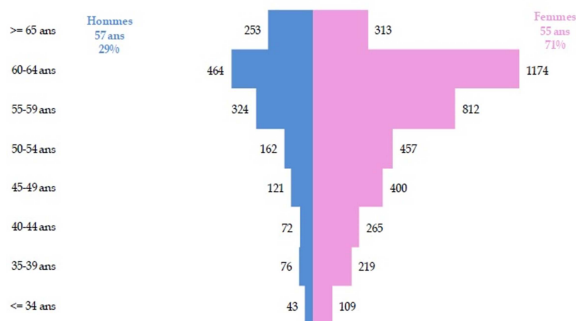
Les statistiques publiées par la DREES font état d'une diminution de 6 % des effectifs de médecins du travail entre 2012 et 2017. Les informations contenues dans l'*Atlas 2015 de la démographie médicale* élaboré par l'Ordre des médecins indiquaient par ailleurs une accentuation de la baisse, 41 % des effectifs étant en effet constituée par une population dont l'âge est supérieur à 60 ans.

ÉVOLUTION DES EFFECTIFS DE MÉDECINS DU TRAVAIL (2012-2017)



Source : <http://www.data.drees.sante.gouv.fr>

PYRAMIDE DES ÂGES DES MÉDECINS DU TRAVAIL



Source : Conseil national de l'ordre des médecins, Atlas de la démographie médicale 2015.

Ces informations ont notamment conduit à une première réforme de la médecine du travail, la gestion de la pénurie ayant conduit à la montée en puissance de l'équipe pluridisciplinaire placée sous l'autorité du médecin du travail et au recentrage des visites effectuées au titre de la santé au travail. Ce faisant, aucune coordination n'a été mise en place ce que souligne fort justement le rapport Lecocq qui se fait l'écho des attentes des usagers : « À la lecture des contributions faites par les usagers au sein des ateliers participatifs, "la médecine de ville et la médecine du travail fonctionnent de façon cloisonnée et plus largement la santé au travail et la santé publique fonctionnent de façon cloisonnée". Certains soulignent que "de nombreuses inaptitudes, arrêts de longues durées, pathologisations de situations, désinsertions professionnelles pourraient être évités si la coordination entre ces acteurs était plus efficace et plus précoce" » ⁽¹⁾.

Pour y remédier, le rapport suggérait que « l'amélioration de la collaboration entre les différents médecins [puissent] trouver une concrétisation [...] via une convention cadre nationale signée avec la CNAM », cette dernière étant susceptible de favoriser les collaborations au plan local.

- Les nouvelles technologies doivent aussi pouvoir être mises à contribution de la politique de prévention. Le droit actuel offre aujourd'hui un cadre au développement des activités de télésanté. Initialement réservée à la télémedecine, la télésanté a été étendue au télésoin, impliquant ainsi les professionnels de santé autres que médicaux.

(1) Charlotte Lecocq, Bruno Dupuis, Henri Forest, Santé au travail : vers un système simplifié : pour une prévention renforcée, rapport fait à la demande du Premier ministre, août 2018, https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/document/document/2018/08/rapport_de_mme_charlotte_lecocq_sur_la_sante_au_travail_-_28.08.2018.pdf.

Il ne semble pas que les activités de prévention ressortissent au cadre défini par l'assurance maladie pour la télémédecine même si les actes de téléconsultation ou de téléexpertise peuvent y contribuer à la marge. Il pourrait ainsi être opportun de formaliser des activités de prévention *via* les nouvelles technologies de l'information et de la communication.

Parallèlement, le développer des activités de téléprévention pâtit de l'absence d'un cadre définissant la collaboration entre médecine du travail et médecine de ville. Des synergies pourraient être encouragées par ce prisme, ce qui pourrait permettre tant de favoriser les bonnes pratiques que d'améliorer le parcours de santé du patient.

II. UNE STRATÉGIE DE PRÉVENTION À RENFORCER

Cet article prévoit en conséquence une évolution du cadre législatif afin de définir une stratégie de prévention dans une double dimension nationale et territoriale.

Le **I** modifie à cet effet le code de la santé publique sur deux aspects.

Le **1° du I** vise à compléter le septième alinéa du III de l'article L. 1434-10 qui précise l'objet du projet territorial de santé élaboré par les CPTS. Le droit en vigueur dispose qu'il « *décrit les modalités d'amélioration de l'accès aux soins, de la continuité des soins et de la coordination des parcours de santé, notamment l'organisation de l'accès à la prévention, au dépistage, aux soins de proximité, aux soins non programmés et aux soins spécialisés, sur tout le territoire* » et qu'il « *peut également décrire les modalités de coopération interprofessionnelle relatives aux pratiques médicales ou de soins* ».

Le **1° du I** tend à insérer une phrase précisant que le projet territorial de santé décrit les modalités du déploiement de la télémédecine et de la téléprévention. La rédaction précise que le déploiement des activités de télémédecine pourra concerner la médecine du travail.

Ces évolutions sont parfaitement cohérentes avec la logique de coordination des soins et l'approche retenue par les partenaires conventionnels s'agissant de la télémédecine. La précision législative conforte l'existant tout en légitimant deux orientations bienvenues afin de favoriser l'accès aux soins :

- la nécessaire coordination avec la médecine du travail ;
- l'incise législative permet également d'intégrer la téléprévention, nouvelle modalité de la télésanté portée par l'article 5 de la présente proposition de loi.

Le **2° du I** modifie par coordination le dernier alinéa de l'article L. 1434-12 relatif au projet de santé porté par les CPTS dont la validité est

subordonnée à un périmètre territorial d'action et à la validation par l'ARS dont elles relèvent. Il est proposé de prévoir que le projet de santé précise « *la stratégie de prévention mise en place sur le territoire* ».

Le **II** vise à modifier l'article L. 231-14 du code de l'éducation, qui institue le Conseil supérieur des programmes. Placé auprès du ministre chargé de l'éducation nationale, il est chargé d'émettre des avis et des propositions sur la conception des enseignements de l'éducation nationale.

Le second alinéa de cet article en précise la composition. Limité à dix-huit membres, à parité de femmes et d'hommes, il comprend « *trois députés, trois sénateurs, désignés, respectivement, par les commissions permanentes compétentes en matière d'éducation de l'Assemblée nationale et du Sénat, deux membres du Conseil économique, social et environnemental, désignés par son président, et dix personnalités qualifiées nommées par le ministre chargé de l'éducation nationale* ».

Le **II** vise à préciser que, parmi les dix personnalités qualifiées, devront siéger un représentant d'une association agréée d'usagers du système de santé et au moins un représentant d'une association professionnelle, toutes deux particulièrement actives en prévention en santé.

*

* *

Article 5

Création de la téléprévention

Adopté par la commission avec modification

Cet article tend à créer dans le code de la santé publique une nouvelle activité médicale, la téléprévention, et à en tirer les conséquences en matière de prise en charge dans le code de la sécurité sociale.

En commission, le dispositif a été considérablement remanié avec l'adoption d'un amendement de rédaction globale tendant à autoriser la télé médecine lors des examens de prévention proposés gratuitement aux assurés sociaux. Adopté contre l'avis du rapporteur parce que très en retrait de l'ambition qu'il porte, cet article fera l'objet d'un amendement de rétablissement de sa rédaction initiale en vue de l'examen du texte en séance publique.

Depuis l'entrée en vigueur de la loi relative à l'organisation et la transformation du système de santé, les activités de télésanté regroupent la télé médecine et le télésoin au sein de deux sections relevant du chapitre VI du titre I^{er} du livre III du code de la santé publique. Quand les premières sont organisées autour du médecin et se déroulent en présence ou non du patient, les

secondes font interagir les pharmaciens et auxiliaires médicaux avec les usagers du système de santé.

● L'article 5 complète le chapitre VI précité par une nouvelle section 3 composé d'un article L. 6316-3 instituant la téléprévention.

Le premier alinéa de l'article L. 6316-3 en donne une définition dont la rédaction s'inspire de celles prévues par la télémédecine ou le télésoin :

– comme toute activité de télésanté, il est précisé que la téléprévention est une pratique médicale à distance qui met en jeu des technologies de l'information et de la communication ;

– son objet vise à éviter ou à réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps. La téléprévention se différencie de la télémédecine à visée préventive telle que définie par l'article L. 6316-1 par le fait qu'elle s'adresse à tout patient alors que la télémédecine préventive ne concerne qu'un « *patient à risque* » dans le cadre d'un « *suivi à visée préventive* » ;

– elle met en rapport un patient avec un ou plusieurs professionnels de santé. En d'autres termes, les activités de téléprévention impliqueront systématiquement le patient alors qu'un acte de télémédecine peut aujourd'hui conduire à ne mettre en rapport que plusieurs professionnels de santé, sans le patient. Le terme de « professionnels de santé » est aussi suffisamment large pour y inclure les pharmaciens ou les auxiliaires médicaux mais aussi les médecins du travail. Cette rédaction s'insère parfaitement dans la logique de coordination des soins autour du parcours du patient.

À l'instar de la rédaction retenue pour le télésoin, le deuxième alinéa dispose que les activités de téléprévention seront définies par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de la Haute Autorité de santé. Ce dernier avis permettra de circonscrire ces activités par des recommandations portant sur la qualité et la sécurité de la prise en charge et les professionnels de santé concernés.

Le dernier alinéa prévoit qu'un décret en Conseil d'État précisera les conditions de mise en œuvre de ces activités.

● Le **II** complète plusieurs articles du code de la sécurité sociale.

Les **1° et 2° du II** portent sur les dispositions communes aux conventions des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, auxiliaires médicaux, laboratoires d'analyses médicales et entreprises de transport sanitaire, tandis que les **3° et 4° du même II** déclinent les mêmes dispositions aux pharmaciens d'officine. Les partenaires conventionnels sont ainsi habilités à définir les tarifs, les modes de rémunération ainsi que les modalités de réalisation des activités de téléprévention. Le texte subordonne par ailleurs la prise en charge des activités de téléprévention à la nécessité d'une vidéotransmission : un appel téléphonique par

lequel un patient pourra se voir délivrer des conseils de prévention ne relèvera pas de cette disposition.

● Cet article a fait l'objet d'une modification substantielle en commission suite à l'adoption d'un amendement de rédaction globale proposé par le groupe majoritaire pour lequel le rapporteur avait émis un avis défavorable.

Le nouveau dispositif vise à autoriser la télémédecine dans le cadre des examens de prévention proposés gratuitement aux assurés « à certaines périodes de la vie ».

La nouvelle rédaction de l'article 5 ne convaincant pas le rapporteur, un amendement de rétablissement de la rédaction initiale sera déposé en vue de l'examen du texte en séance publique.

*

* *

Article 6

Renforcement des sanctions en cas de dépassements d'honoraires excessifs

Supprimé par la commission

L'article L. 162-1-14-1 du code de la sécurité sociale donne compétence au directeur de l'organisme local d'assurance maladie pour prononcer des sanctions à l'encontre des professionnels de santé, notamment lorsqu'ils « *exposent les assurés à des dépassements d'honoraires excédant le tact et la mesure* ».

La notion de « *tact et de mesure* » étant dépourvue de portée pratique et son interprétation entraînant une différence d'appréciation selon le territoire, il est proposé de sanctionner les dépassements d'honoraires excédant 50 % du tarif opposable.

L'article ayant été supprimé par la commission, un amendement de rétablissement de la rédaction initiale sera déposé par le rapporteur en vue de l'examen du texte en séance publique.

L'article L. 162-1-14-1 du code de la sécurité sociale donne compétence au directeur de l'organisme local d'assurance maladie pour prononcer des sanctions à l'encontre des professionnels de santé, notamment lorsqu'ils « *exposent les assurés à des dépassements d'honoraires excédant le tact et la mesure* ».

L'accès aux soins comprend une double dimension territoriale et financière. Le rapporteur renvoie à cet effet à la lecture du commentaire de l'article 1^{er} pour plus de précisions, particulièrement l'étude réalisée par UFC-Que Choisir. L'offre médicale peut être considérée comme satisfaisante mais encore faut-il pouvoir être soigné aux tarifs de l'assurance maladie.

Plusieurs mesures incitatives ont été lancées pour limiter le dépassement de l'offre tarifaire. Soucieux de maintenir le droit à dépassement d'honoraires, les partenaires conventionnels sont convenus de proposer une option destinée à en limiter les effets *via* un mécanisme contractuel dans le cadre de la convention médicale de 2016, l'option pratique tarifaire maîtrisée (Optam). L'assurance maladie a ainsi mis en place deux mécanismes - l'Optam pour les médecins, et l'Optam-Co pour les chirurgiens et les obstétriciens^o- permettant aux médecins de bénéficier de rémunérations spécifiques en contrepartie du respect d'un taux moyen de dépassement et d'un taux d'activité à tarif opposable.

Sur le premier semestre 2017, 12 000 professionnels de santé ont adhéré à ce dispositif, répartis entre 9 336 spécialistes et 2 493 généralistes, 9 516 ayant conclu un Optam, 2 323 chirurgiens et obstétriciens ayant adhéré à un contrat Optam-Co.

Ces chiffres indiquent, si l'en est, la part relativement modeste des médecins pratiquant le dépassement d'honoraires ayant opté pour la maîtrise tarifaire.

Il importe à cet égard d'amplifier cet effort en renforçant les modalités de contrôle de l'assurance maladie sur les dépassements d'honoraires excessifs. La mise en place du « zéro reste à charge » en soins optiques et dentaires pourrait en amplifier le recours et entraîner une hausse des tarifs en l'absence de renforcement de l'offre de soins.

C'est la raison pour laquelle l'article 6 tend à modifier l'article L. 162-1-14-1 pour disposer d'un étalon objectif permettant de sanctionner les dépassements d'honoraires abusifs. La notion de « *tact et de mesure* » est dépourvue de portée pratique et son interprétation, nécessairement variable d'un territoire à l'autre, en relativise l'effectivité.

Il est donc proposé de sanctionner les dépassements d'honoraires excédant 50 % du tarif servant de base au calcul des prestations prévues au 1^o à 3^o de l'article L. 160-8 du code de la sécurité sociale, soit la couverture des frais de médecine générale, des examens afférents ou des interventions chirurgicales, la couverture des frais de transport et d'hébergement.

*

* *

Article 7

Gage

Adopté par la commission sans modification

L'article 7 est l'article de gage, qui vise à assurer la recevabilité financière de la proposition de loi au regard de l'article 40 de la Constitution.

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

COMPTE RENDU DES TRAVAUX

http://videos.assemblee-nationale.fr/video.8482591_5dde327011679.commission-des-affaires-sociales--desertification-medicale-et-preventionppl--creation-d-une-comm-27-novembre-2019

Au cours de sa séance du mercredi 27 novembre 2019 à 9 heures 30, la commission procède à l'examen de la proposition de loi de M. Guillaume Garot contre la désertification médicale et pour la prévention (n° 2354) (M. Guillaume Garot, rapporteur).

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Notre commission examine ce matin deux textes que le groupe Socialistes et apparentés a proposé d'inscrire à l'ordre du jour des séances publiques qui lui seront réservées le jeudi 5 décembre prochain.

Nous commençons par la proposition de loi de M. Guillaume Garot contre la désertification médicale et pour la prévention. Je lui souhaite la bienvenue dans notre commission.

M. Guillaume Garot, rapporteur. Je vous remercie, madame la présidente, chers collègues commissaires aux affaires sociales, de m'accueillir ce matin.

Le Grand débat national a mis en lumière un enjeu dont l'importance avait jusqu'alors été sous-estimée et que la crise des hôpitaux a récemment remis en exergue : l'état de souffrance de notre système de santé. Il souffre alors même que nous bénéficions d'un legs magnifique du Conseil national de la résistance, la sécurité sociale, et que nous pouvons nous enorgueillir d'une médecine performante qui nous permet de vivre plus longtemps que nos aînés. Nous avons tous le sentiment que le système craque et qu'il ne remplit plus sa mission de garantir l'égal accès de tous à la santé : c'est ce que nous disent tant les soignants à l'hôpital que nos concitoyens lorsqu'ils voient, dans leur territoire, un médecin partir à la retraite sans être remplacé.

Telle est l'urgence, et notre responsabilité est d'y apporter des réponses.

Comme certains collègues membres de cette commission, j'ai été réélu député en 2017. J'organise dans mon département, la Mayenne, des ateliers citoyens afin de travailler avec ses habitants à des propositions que je défends ensuite ici, à l'Assemblée nationale, tant en commission que dans l'Hémicycle. C'est une façon concrète de renforcer le lien de confiance entre les élus et les citoyens. C'est ce que l'on appelle la démocratie participative, qui enrichit à mes yeux la démocratie représentative.

Or nous avons travaillé tout au long de cette année avec les Mayennais qui étaient intéressés aux mesures que je vais vous présenter ce matin. Ces personnes,

qui venaient de tous les horizons – salariés, membres des professions libérales, agents du secteur public, bénévoles associatifs, élus locaux, étudiants – ont pris le temps, le samedi matin, de confronter leurs points de vue et de formuler des orientations extrêmement claires. La proposition de loi que je vous soumetts est directement issue de ce travail mené en commun.

Que nous disent nos concitoyens, dans ces ateliers en Mayenne comme – nous le savons bien – partout en France ? Tout d’abord qu’il y a urgence à agir. La loi du 24 juillet 2019 relative à l’organisation et à la transformation du système de santé, dite « loi santé », comportait certes des mesures tout à fait intéressantes sur certains points. Il en est ainsi, par exemple, de la suppression du numerus clausus ou de la réforme des études médicales. Les effets de cette loi ne se feront cependant sentir que dans dix ans.

Or le problème se pose aujourd’hui et il ira en s’aggravant puisque le creux de la vague pour la démographie médicale sera atteint dans cinq ans. Cela signifie que nous allons au-devant de difficultés plus rudes encore.

Nos concitoyens considèrent également qu’il faut s’interroger sur toutes les mesures financières favorisant l’installation qui ont été prises depuis des années. De ce point de vue, si tous les gouvernements ont fait assaut de créativité, quels résultats a-t-on obtenu ? Aucun qui, à ce jour, soit probant.

Nous avons tous connaissance d’études extrêmement fines montrant que ces mesures ont surtout généré des effets d’aubaine : je vous renvoie notamment à celles de l’Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) ou plus récemment à celle menée par la direction générale du Trésor, qui les juge inefficaces.

Nos concitoyens veulent également – et nous ne débattons pas suffisamment de ce point ici – être écoutés en tant que patients. Le projet local de santé, qui, dans le cadre de la « loi santé », devra être défini par les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), ne vise en effet que les professionnels de santé. Ils souhaitent qu’on leur ouvre la porte pour pouvoir, en tant qu’usagers, débattre et proposer des solutions aux difficultés vécues localement. Ils veulent apporter leur concours à l’organisation des soins. Reconnaissons que la santé n’est pas uniquement l’affaire des professionnels : les usagers ont aussi leur mot à dire et leur place à prendre. Nous devons donc organiser la participation de ces usagers, de ces patients, de ces citoyens.

Tels sont le constat et les enjeux. Entrons maintenant dans le détail car l’urgence se note dans l’inégalité d’accès aux soins, entre les citoyens et entre territoires.

Le nombre de médecins a augmenté ces dernières années : entre 2010 et 2018, la France a en effet gagné 35 000 médecins supplémentaires, pour un total de 297 000 praticiens. Mais il y en a moins en activité. Si 76 % d’entre eux se trouvaient en activité en 2010, ce pourcentage est aujourd’hui tombé à 68 % !

Autre réalité : les inégalités, notamment territoriales, s'aggravent. Quelques chiffres me paraissent à cet égard très éclairants : pour les médecins généralistes libéraux, l'écart entre le département le moins bien doté et le département le mieux doté est de 1 à 2,2. ; pour les ophtalmologistes, il est de 1 à 12, pour les dermatologues de 1 à 23 et pour les pédiatres, de 1 à 24. Les inégalités sont donc plus criantes s'agissant des spécialistes.

Face à cette situation, les gouvernements successifs ont donc mis en place des politiques d'incitation à l'installation, la « loi santé » s'inscrivant dans la même logique. Or force est de constater, chiffres à l'appui, que celles-ci ne produisent pas les effets escomptés.

Que faire alors ? Nous considérons, et c'est tout le sens de cette proposition de loi, qu'il faut élargir la palette des mesures afin de mieux répartir la population médicale à l'échelle du territoire national. Cette conviction, que d'autres partagent ici avec moi, est ancienne, je l'ai déjà défendue, il y a quelques années, face à Marisol Touraine. Je continue à le faire aujourd'hui car il s'agit d'un combat qui mérite d'être mené au nom des citoyens que nous représentons ici.

Je crois à la régulation de l'installation : il faut la mettre en œuvre si l'on veut que les autres solutions fonctionnent.

L'article 1^{er} prévoit ainsi de ne plus autoriser l'installation d'un médecin là où les besoins de santé sont déjà satisfaits, libre à lui de s'installer où il veut ailleurs sur le reste du territoire. Alors qu'on évoque sans cesse les zones sous-denses, il n'est jamais question des zones denses ou sur-denses. Ce serait une vue de l'esprit. Eh bien vérifions de façon objective la réalité médicale, territoire par territoire ! Ma proposition de loi prévoit précisément de créer un indicateur territorial d'offre de soins permettant de la mesurer en la pondérant par la situation démographique, économique et sociale. L'IRDES mène actuellement de passionnantes études visant à étendre l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée, notamment utilisé pour le zonage des aides à l'installation des médecins.

Je vous propose de partir des *data* existantes pour définir l'indicateur territorial d'offre de soins. Nous pourrions ainsi mieux circonscrire les besoins de santé en tenant compte de l'âge des populations, de la prévalence des risques, des cas de non-recours aux soins et des situations sociales. Grâce à cet outil public transparent, chacun sera fixé sur la réalité des situations médicales, territoire par territoire. Les inégalités d'accès à la santé que nous ne cessons de dénoncer apparaîtront alors clairement.

L'article 2 vise à associer les représentants des usagers à la définition des projets locaux de santé au sein des CPTS. Une procédure de consultation existe d'ores et déjà au niveau régional : il s'agit en l'espèce de travailler au plan local. Les associations d'usagers, lorsqu'elles existent, doivent pouvoir travailler sereinement avec l'ensemble des professionnels de santé et apporter leur contribution.

L'article 3 vise à encourager – c'était une demande forte dans les ateliers en Mayenne – l'utilisation du dossier médical partagé (DMP). Nous proposons de systématiser sa mise à jour. Ce n'est pas une obligation légale actuellement or, si l'on veut accélérer sa généralisation, il faut sans doute passer par la loi. Soyons clairs : au sein des ateliers citoyens, les professionnels de santé ont souligné le manque de maniabilité de cet outil pour les médecins, souvent pris par le temps. Il faut donc en améliorer la fonctionnalité. Je rappelle que l'État finance, au travers de l'assurance maladie, 4 000 postes d'assistants médicaux sur l'ensemble du territoire national : on doit pouvoir trouver les voies et les moyens permettant de libérer du temps pour renseigner le DMP et faire en sorte qu'il devienne un véritable outil de suivi des patients.

La proposition de loi prend également en compte la prévention, dont tout le monde souligne l'importance. Nous proposons d'une part de charger les CPTS d'une véritable stratégie territoriale, et d'autre part d'instituer la téléprévention.

La prévention, nous en sommes tous conscients, ne peut se résumer à une action menée en tuyaux d'orgue. Il faut une meilleure coordination entre la médecine de ville et le plateau technique hospitalier, et, au-delà, au sein des CPTS, qui devraient prendre en compte l'ensemble des enjeux en la matière. Il faut suivre ce chemin avec ardeur.

La question de la santé au travail doit elle aussi être traitée dans le cadre des CPTS et de la médecine de prévention, ce qui suppose un minimum de coordination. Or tel n'est pas le cas aujourd'hui : l'article 5 propose d'y remédier.

Dernier enjeu, qui n'est pas le moindre notamment en termes d'inégalités financières en matière de soins : les dépassements d'honoraires. Il faut lutter implacablement contre le renoncement aux soins. Il n'y a rien de scandaleux à encadrer, selon des critères objectifs, proportionnés et surtout opposables, les dépassements d'honoraires excessifs. Aujourd'hui, la loi prévoit que les dépassements d'honoraires, pour être acceptables, ne doivent pas excéder le tact et la mesure, notions, dont vous l'imaginez bien, chacun a une appréciation très différente. Les mots sont fort jolis mais il faut entrer dans la réalité des choses : le texte propose donc un plafonnement de ces dépassements d'honoraires à 50 % du tarif opposable de la sécurité sociale.

Tels sont, chers collègues, les différents éléments que je souhaitais vous présenter avant de répondre à vos questions. Pour moi, il importe d'actionner tous les leviers permettant de remédier à la désertification médicale et de répondre aux attentes des citoyens. Il ne peut pas y avoir de solution interdite ou taboue. C'est notre pacte social et républicain qui est en jeu car l'accès à la santé est un ciment pour la nation.

Après tout ce que le pays a vécu – et continue de vivre – de tensions, de sentiments d'abandon et d'inégalités, nous avons la responsabilité de dépasser les clivages politiques et d'être capables de résister à certains conservatismes, à

certains intérêts trop particuliers parfois, pour converger ensemble vers des solutions fortes qui redonnent espoir et qui apportent des réponses.

Cette proposition de loi, républicaine, dépasse les clivages. Elle vise à redonner confiance dans le modèle social français qui a fait la force de notre pays.

Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe. Le groupe La République en Marche salue la détermination, pour ne pas dire l'obstination, de notre collègue Guillaume Garot à revenir sur une préoccupation commune, la lutte contre les déserts médicaux.

Cette problématique angoissante pour nos territoires ne date cependant pas d'aujourd'hui : elle résulte en effet, je suis désolée d'avoir à le rappeler, d'un manque d'anticipation qui remonte à plusieurs années, voire à plusieurs décennies.

Nous avons fait nôtre cette lutte contre les déserts médicaux à travers notamment la loi d'organisation et de transformation du système de santé. Cette proposition de loi, la troisième sur le sujet, arrive après des échanges nourris au cours desquels le choix fait par la majorité d'une politique incitative a été longuement explicité. Celle-ci promeut notamment les initiatives et encourage les coopérations en associant aussi bien les usagers que les collectivités.

Nous nous félicitons par ailleurs du souci de promouvoir la prévention exprimée dans ce texte. Si la prévention a été retenue comme l'un des piliers de la stratégie nationale de santé, nombre de groupes politiques, pour ne pas dire la totalité, s'en sont saisis : c'est une bonne nouvelle. Je rappelle à cet égard les initiatives de nos collègues Cyrille Isaac-Sibille, Ericka Bareigts et Jean-Carles Grelier, qui ont apporté leur contribution au travers de rapports ou de propositions de loi.

La prévention prend donc enfin la place qu'elle devait avoir au sein de notre politique de santé : mettre à cette fin à disposition la télémédecine en vue de la promouvoir me paraît intéressant.

Cela étant, la prévention ne s'invente pas, et faire preuve de bonne volonté ne suffit pas : une politique efficace nécessite de s'appuyer sur une expertise. Si le souci d'associer les usagers est noble, il faut cependant s'assurer de la présence de professionnels.

En conclusion, le groupe La République en Marche votera, monsieur le rapporteur, votre proposition de loi, car elle traduit une volonté de se préoccuper des usagers et du service qui leur est offert et met en avant la nécessité de prévenir avant de guérir.

Mme Isabelle Valentin. Cette proposition de loi vise à lutter contre la désertification médicale, phénomène auquel certains territoires français font face depuis plusieurs années. Les disparités en matière de répartition de professionnels de santé se sont accentuées entre 2007 et 2015 : de nombreux territoires peinent donc à maintenir une offre médicale suffisante.

Si les mesures relatives à la prévention ainsi qu'à la télémédecine prévues à l'article 4 peuvent présenter un intérêt, en revanche le déconventionnement sélectif, l'obligation de remplir le DMP sous peine de déconventionnement ou encore la limitation du dépassement d'honoraires à 50 % du tarif de la sécurité sociale constituent des mesures relevant de la pure administration de la médecine libérale. C'est la raison pour laquelle cette proposition de loi n'est pas acceptable en l'état, car elle met davantage l'accent sur le volet répressif plutôt que sur les volets incitatif ou préventif.

Par ailleurs, l'article 1^{er} encadre l'installation des médecins dans les zones sous-denses et prépare la mise en place d'une nouvelle réglementation d'exercice et d'installation destinée à s'appliquer à l'ensemble des médecins généralistes et spécialistes : il semble donc porter atteinte au caractère libéral de la profession en les contraignant à s'installer dans les zones sous-denses.

Le déconventionnement sélectif des médecins risque d'avoir des effets secondaires involontaires allant à l'encontre de l'objectif poursuivi : les jeunes médecins risquent notamment d'abandonner la médecine générale qui est déjà le parent pauvre de la médecine, et, en dépit du déconventionnement, de continuer à s'installer dans les zones sur-denses où ils choisiront le secteur 3 et pratiqueront les honoraires qu'ils souhaitent, ce qui fait courir le risque d'une médecine à deux vitesses.

Le médecin choisit également son lieu d'installation en fonction d'un projet personnel et familial. Dans mon département de la Haute-Loire, les effets de la pénurie de médecins sont de plus en plus sensibles : les petits villages sont particulièrement touchés car les médecins qui en partent sont rarement remplacés.

Pour remédier à ce problème, la région Auvergne-Rhône-Alpes propose une aide de 200 000 euros par maison de santé créée pour lutter contre la désertification médicale. Avec quatre-vingts nouvelles maisons de santé, la région a ainsi quasiment doublé leur nombre en seulement trois ans. Si ces nouvelles structures ne constituent pas la solution miracle, ce sont des outils prometteurs pour lutter contre la désertification médicale puisqu'elles rassemblent l'ensemble des professionnels de santé.

Nous avons également mis en place des cabinets médicaux mobiles qui sillonneront la région, ce qui permettra également de lutter contre ce phénomène : quatre bus médicaux rattachés à des centres de santé, et au sein desquels des médecins généralistes privés consulteront, vont ainsi parcourir les villages.

Voilà deux exemples concrets de lutte contre la désertification médicale.

En l'état, cette proposition de loi n'est pas à la hauteur de cet enjeu majeur qu'est la pénurie de médecins dans certains territoires. Le phénomène ne fera que s'accroître si nous ne prenons pas des mesures concrètes, en accord avec les professionnels de santé.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Je félicite Guillaume Garot pour son opiniâtreté.

Les intentions sont bonnes, notamment en matière de prévention et de démocratie sanitaire : il s'agit de pistes intéressantes que nous pourrions explorer.

Cela étant, face aux problèmes, vous avez tendance à répondre par la contrainte, le marteau. Pourquoi seulement 15 % des jeunes médecins diplômés s'installent-ils ? Pourquoi préfèrent-ils généralement effectuer pendant des années des remplacements ? Avec votre proposition de loi, ils seraient contraints de faire des remplacements pendant toute leur carrière.

Les mesures que nous avons prises visant à supprimer le numerus clausus, à mieux organiser la médecine libérale et à améliorer son attractivité sont les vraies réponses. Votre solution serait au contraire contre-productive et ne ferait qu'aggraver le problème.

Sur le DMP, dossier passionnant sur lequel je travaille dans le cadre de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale, pourquoi piétine-t-on depuis quatorze ans ? Ce n'est pas de la faute des médecins. C'est l'organisation de l'État qui est en cause. Grâce à la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM), les choses sont heureusement en voie d'amélioration.

Avez-vous un DMP ? Avez-vous essayé de le consulter en ligne ? Pour l'instant, c'est une armoire où sont stockés tout un tas de dossiers. Aucun résumé n'est proposé. Plutôt que de contraindre les médecins, organisons mieux le DMP pour qu'il devienne un outil efficace tant pour les médecins que pour les patients.

Mme Gisèle Biémouret. Je souhaite également saluer le travail de notre collègue Guillaume Garot : j'y vois non pas de l'entêtement mais le souci qu'il a de ses concitoyens.

Sa proposition de loi visant à lutter contre la désertification médicale et à favoriser la prévention comprend des mesures dont l'application permettrait d'endiguer ce phénomène en instaurant le conventionnement territorial des médecins en fonction des besoins de la population.

Les difficultés d'accès aux soins s'intensifient à un point devenu préoccupant : alors que huit millions de Français vivent déjà dans un désert médical, la situation devrait empirer dans les dix années à venir.

Compte tenu de l'actualité du secteur hospitalier, il convient de nous interroger quant à l'organisation du système de santé. Cette proposition de loi apporte une première solution aux angoisses de nos concitoyens qui voient l'accès aux soins se raréfier, s'éloigner tant dans l'espace que dans le temps.

Après le Conseil économique, social et environnemental (CESE), la Cour des comptes, l'Association des maires ruraux de France, c'est au tour de l'UFC-Que Choisir de se rallier au principe de conventionnement territorial, démontrant l'intérêt et le potentiel de cette mesure. Dans une récente enquête, cette association de consommateurs a mis en exergue le fait que 50 % des médecins refusent de

suivre de nouveaux patients, les trois quarts d'entre eux disposant d'une patientèle trop importante, et 14 % s'appêtant à prendre leur retraite. Le principe d'instaurer une dose de régulation dans l'installation des médecins ne constitue certainement pas une offense faite à la profession, mais bien plutôt un rappel de la place centrale que l'usager est censé occuper.

S'agissant de la création de l'indicateur territorial de l'offre de soins prévue pour cartographier la répartition de l'offre, pourriez-vous, monsieur le rapporteur, nous en dire plus sur la prise en compte des données démographiques et sociales ?

Représentante d'un département rural, je souhaite à ce stade insister sur les notions de mobilité et de prise en compte des indicateurs liés à la pauvreté. Si la distance constitue un frein dans l'accès aux soins, la double peine est de rigueur lorsque l'on se trouve soi-même dans une situation de précarité. Qu'en pensez-vous ?

Mme Agnès Firmin Le Bodo. La proposition de loi que nous examinons ce matin inscrit à l'ordre du jour un problème qui nous préoccupe tous : la lutte contre les déserts médicaux.

Je salue à mon tour l'engagement de Guillaume Garot et la qualité de son rapport. Je salue aussi sa constance et ses nombreuses tentatives visant à instaurer une part de coercition ou de régulation en matière d'installation des médecins et de pratique médicale.

Cette proposition de loi vise à combler une lacune de la « loi santé » que notre groupe avait également identifiée. Le projet de loi que nous avons examiné au printemps dernier portait d'ailleurs avant tout, comme l'indiquait son titre, sur l'organisation de notre système de santé. Il s'adressait aux professionnels de santé et tendait à réorganiser en profondeur notre système de soins, notamment par la suppression du numerus clausus, il ne répondait qu'insuffisamment à l'urgente question des déserts médicaux.

Si une partie du groupe UDI, Agir et Indépendants y est favorable, je suis à titre personnel défavorable à la solution que vous proposez pour y remédier : l'article 1^{er} de cette proposition de loi vise en effet à mettre en place un déconventionnement sélectif conditionnant l'installation de nouveaux médecins libéraux dans les zones dites sur-dotées au départ d'un médecin y étant déjà installé.

Même si je partage évidemment – soyons justes, nous la partageons tous – votre préoccupation fondée sur les inquiétudes de nos concitoyens, je reste convaincue qu'il ne s'agit pas d'une solution satisfaisante. Rien n'indique en effet que les jeunes médecins qui n'auront plus la possibilité de s'y installer se rabattront sur les zones déficitaires : on peut d'ailleurs craindre qu'ils ne s'installent, comme l'ont fait leurs homologues allemands, en bordure des zones dans lesquelles l'installation leur serait interdite.

La mise en place d'un conventionnement sélectif risque même, alors que la médecine générale fait l'objet d'une désaffection marquée de la part des jeunes internes, d'avoir l'effet inverse à celui qui est recherché en décourageant toute envie d'installation : or dans « médecine libérale », il y a « libérale ». Réguler n'est donc pas une bonne idée.

Nous accueillons par ailleurs favorablement, monsieur le rapporteur, les autres dispositions de votre proposition de loi en faveur d'une plus grande démocratie sanitaire ou du déploiement du DMP. Avant de parler de son déploiement, il faudrait d'abord évoquer sa création. Je serais d'ailleurs curieuse de savoir qui parmi nous dispose d'un tel DMP...

Je m'interroge cependant sur la portée de l'article 6 qui vise à plafonner les dépassements d'honoraires en secteur 2 : si je suis d'accord sur le principe, il serait cependant préférable d'en passer par une négociation conventionnelle avant d'inscrire une disposition précise dans la loi.

Nous réservons donc notre vote, en fonction du sort qui sera réservé à l'article 1^{er}.

M. Yannick Favennec Becot. Je vous remercie, madame la présidente, de m'accueillir dans votre commission à l'occasion d'une réunion qui va donner un exemple de la solidarité mayennaise avec notre collègue Guillaume Garot, dont la proposition de loi porte sur un sujet qui préoccupe tous nos concitoyens.

Les récentes mobilisations des professionnels de santé ont d'ailleurs renforcé le constat dressé ces dernières années : le système de santé est à bout de souffle, et la désertification médicale menace gravement l'accès aux soins, en Mayenne, comme, malheureusement, ailleurs. C'est d'autant plus vrai que tant le plan « Ma santé 2022 » que le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 ne répondent que partiellement à ces enjeux.

Le groupe Libertés et Territoires ne peut dès lors qu'encourager toute initiative visant à améliorer rapidement et concrètement l'accès aux soins. Tel est le cas avec cette proposition de loi. Nous souscrivons bien sûr à l'idée d'utiliser tous les outils – y compris numériques – permettant à chacun de bénéficier, partout sur le territoire, de mesures de prévention.

S'agissant de la lutte contre la désertification médicale, l'urgence de la situation justifie que nous ayons un débat sans tabou sur la pertinence d'un dispositif de régulation de l'installation des médecins qui respecte la liberté d'installation et garantissent la protection de la santé de nos concitoyens. À titre personnel, je suis favorable aux mesures de régulation proposées par notre collègue.

Pour autant, je tiens à préciser que notre groupe s'interroge sur certaines dispositions de cette proposition de loi, et tout d'abord parce qu'un désert médical est bien souvent un territoire au sein duquel les difficultés s'additionnent en matière d'accès aux transports, aux services publics, au numérique ou au

logement. La priorité doit donc être mise sur le renforcement de l'attractivité globale du territoire, car les deux questions sont indissociables.

Si nous soutenons par ailleurs l'idée d'inscrire dans la loi la création d'un indicateur territorial de l'offre de soins qui permette de dresser une cartographie précise, comment va-t-il s'appliquer de façon concrète ?

Bref, notre groupe fera des propositions en vue de mobiliser plus rapidement et plus efficacement les médecins partout sur notre territoire. Une fois encore, je voterai cette proposition de loi.

Mme Caroline Fiat. Je remercie vivement le groupe Socialistes et apparentés, et en particulier notre collègue Guillaume Garot, pour son combat contre les déserts médicaux. Les inégalités en matière de santé sont criantes, s'aggravent et continueront de s'aggraver dans les années à venir si nous ne faisons rien.

Les communes rurales sont les plus touchées, mais également celles situées en périphérie des grandes villes. Selon l'UFC-Que Choisir, se soigner sans devoir s'acquitter de dépassement d'honoraires devient de plus en plus difficile : plus de huit Français sur dix ne disposent pas suffisamment d'ophtalmologistes ou de gynécologues près de chez eux.

Le Gouvernement se félicite de la fin du *numerus clausus* alors même qu'elle n'apporte aucune garantie en matière d'augmentation du nombre de médecins formés. J'invite à cet égard mes collègues à rencontrer les externes qui manifestent actuellement : on comprend vite qu'ils ont déjà tous l'envie d'arrêter.

Face à la désertification médicale, aux délais scandaleusement longs pour obtenir un rendez-vous et à la pénurie de spécialistes, certains en appellent à des mesures incitatives. Pourtant, les faits sont têtus : toutes celles prises ces dernières décennies – majoration de revenu, exonération d'impôts, etc – n'ont pas fonctionné et se sont toute soldées par des échecs.

À l'inverse, les mesures de régulation à l'installation, qui existent pour les pharmaciens, les sages-femmes, les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes, sont très efficaces. Le conventionnement des sages-femmes a par exemple permis entre 2010 et 2016 de réduire la part des installations en zones surdotées de 28 % à seulement 10 %. Le groupe de La France insoumise se réjouit donc de l'article 1^{er} de cette proposition de loi.

La télémédecine suscite quelques inquiétudes liées à ses possibles dérives : elle pourrait en effet induire des niveaux de soins différents en fonction du lieu d'habitation ou des revenus des personnes concernées.

J'apporte enfin tout particulièrement mon soutien à l'article 6, qui plafonne les dépassements d'honoraires car j'ai moi-même déposé une proposition de loi visant à y mettre fin.

La santé est un droit fondamental. L'accès aux soins devrait donc être garanti à tous sur l'ensemble du territoire. Nous voterons pour cette proposition de loi de bon sens.

M. Pierre Dharréville. Je voudrais à mon tour saluer le travail effectué par Guillaume Garot, qui nous permet de disposer d'éléments d'appréciation supplémentaires de la situation. S'il le fallait encore, il démontre, tout comme le souligne la constance avec laquelle reviennent ses propositions de régulation de l'installation des médecins, l'urgence et la nécessité de prendre des mesures.

J'ai écouté notre collègue Tamarelle-Verhaeghe et je regrette que la majorité annonce qu'elle va voter cette proposition tout en déposant un amendement de suppression de l'article 1^{er}, pourtant central. Je ne comprends d'ailleurs pas pourquoi vous ne conservez pas l'indicateur territorial de l'offre de soins qui permettrait de disposer d'une connaissance plus fine du territoire. Monsieur le rapporteur, quel sera le degré de précision géographique de cet indicateur ?

Je souligne notre intérêt pour la régulation ; nous avons formulé des propositions en ce sens à plusieurs reprises. La limitation des dépassements d'honoraires est également une bonne chose. Ils sont un véritable problème, auquel il faut s'attaquer. Pour conclure, toutes les dispositions en faveur du développement de la démocratie sanitaire vont dans la bonne direction.

M. Gilles Lurton. Monsieur le rapporteur, j'apprécie que vous partiez de l'expérience que vous avez menée en Mayenne. Partout en France, nous devons faire face aux demandes de nos concitoyens, confrontés à la désertification médicale. Dans notre propre Assemblée, sur tous les bancs, des voix commencent à s'élever.

Malgré tout, le déconventionnement sélectif que vous proposez à l'article 1^{er} ne me paraît pas résoudre le problème. Nous en avons parlé à plusieurs reprises, lors des débats sur vos propositions de lois précédentes. Je crains que l'on crée une médecine à deux vitesses : les médecins n'hésiteront pas à s'installer dans des zones sur-denses car il y aura toujours des clients prêts à payer, quitte à ne pas être remboursés...

J'ai la chance de présider les auditions conduites par Cyrille Isaac-Sibille sur le DMP. Le sujet est plus complexe que ne le laissent penser les dispositions prévues à l'article 3. Un important travail informatique est nécessaire pour simplifier son utilisation par les médecins. En conséquence, l'article 3 est inopérant.

M. Stéphane Viry. Nous sommes tous préoccupés par la question, mais de quelle façon doit-on y répondre ? Je suis de ceux qui considèrent qu'il ne faut pas forcément toujours contraindre ou taxer. Depuis trop d'années, notre pays a cherché à régler des difficultés en utilisant ces deux leviers.

J'ai lu récemment que 44 % des médecins généralistes refusent de nouveaux patients en tant que médecin traitant car ils sont surchargés. Ce n'est pas

uniquement le cas dans les zones rurales, mais aussi dans les villes moyennes, comme Épinal.

Comment adapter l'offre de soins à la demande des patients ? Je ne partage pas votre avis sur le déconventionnement et suis opposé à l'article 1^{er}. Je crois davantage à la nécessité de laisser les territoires libres de s'organiser. Beaucoup d'élus locaux ont pris déjà des initiatives, en faveur de maisons de santé par exemple. Il faut aussi faire un effort pour aider les jeunes médecins à s'installer, tout en s'appuyant sur la formation et en faisant le lien avec les facultés, afin d'inciter les jeunes médecins à s'installer dans les zones sous-dotées.

Nous souffrons d'une pénurie de médecins, liée au numerus clausus délétère qui a longtemps prévalu, et d'un temps médical en baisse. C'est plutôt sur ces deux sujets que nous devons travailler.

M. Bernard Perrut. Lutter contre les déserts médicaux doit être une priorité non seulement en milieu rural, mais aussi dans les villes ou dans les quartiers. Nous sommes favorables à la santé pour tous, partout. Mais je m'interroge sur votre proposition de déconventionnement des médecins s'installant dans les zones surdotées et sur la limitation des dépassements d'honoraires médicaux. Elles vont à l'encontre du principe même de la médecine libérale. La coercition n'est pas forcément la bonne solution.

En outre, s'agissant du dossier médical partagé, l'objectif est d'atteindre 40 millions de DMP d'ici à 2022, mais les médecins jugent l'outil inexploitable pour les patients qui en ont déjà un. Sanctionner les professionnels qui n'auraient pas rempli cette obligation paraît excessif. Cela fait peser sur eux une menace supplémentaire, qui peut mettre en péril l'exercice serein de la médecine et risque de tendre les relations entre professionnels de santé et autorités publiques.

À l'inverse, je souscris pleinement à vos propositions concernant le développement de la téléprévention et de la télémédecine.

Nous ne pourrions pas voter cette proposition de loi, compte tenu de son caractère coercitif, alors que nous visons pourtant les mêmes objectifs.

M. Jean-Pierre Door. Monsieur Garot, vous êtes fidèle à vos propositions ! Mais la régulation ne résoudra pas le problème d'attractivité de la médecine générale – moins de 10 % des étudiants s'installent comme médecins généralistes.

En outre, lorsqu'ils s'installent, à l'âge de 30 ou 32 ans, leur parcours, professionnel et familial, les amène dans un territoire. Une obligation n'y changerait rien. L'Observatoire national de la démographie des professions de santé a réalisé une étude intéressante qui couvre la France et cinq pays européens : en dehors du Royaume-Uni et de l'Espagne, où le système public est majoritaire et la régulation appliquée dès la formation, tous les autres pays – Pays-Bas, Allemagne, Belgique – qui ont tenté la régulation ont échoué et sont revenus en arrière.

Que va-t-il se passer si nous appliquons la régulation en France ? Les médecins vont sortir de la convention médicale et s'installer où ils veulent, leurs honoraires n'étant alors plus du tout régulés. Vous souhaitez limiter les dépassements d'honoraires, mais moins de 10 % des médecins généralistes travaillent en secteur 2. Ils ne seront donc pas touchés, contrairement aux spécialistes. Une régulation serait contre-productive.

M. le rapporteur. Chers collègues, je vous remercie pour la diversité de vos interventions. Je remercie tout particulièrement ceux qui ont pris position pour soutenir les orientations que je défends depuis des années. On le constate à votre écoute, nos débats dépassent les clivages politiques traditionnels car il y a urgence. Nous ne pouvons plus dire à nos concitoyens de ne pas s'en faire, que nous allons continuer comme avant, même si cela va être de plus en plus difficile ! Pensez-vous que les Français sans médecin traitant, ceux qui voient leurs cabinets médicaux fermer sans remplaçant, peuvent l'entendre ? Ce n'est plus possible !

Je note malgré tout un progrès : plus personne ne remet en cause les inégalités criantes d'accès à la santé. Vous n'aurez donc aucun mal à adopter l'article 1^{er} qui propose un indicateur territorial de l'offre de soins. Tant mieux, ce sera un progrès pour l'ensemble du pays.

J'en viens maintenant au cœur de la proposition : la régulation de l'installation. J'ai entendu : « c'est affreux », « c'est coercitif », « c'est une contrainte insupportable ». À vous écouter, il s'agit d'une mesure soviétique !

Vous estimez que nous allons décourager la médecine libérale généraliste. Rassurez-vous et lisez attentivement la proposition de loi : la régulation ne concerne pas que la médecine libérale généraliste, mais l'ensemble des spécialités. Je vous rappellerai quelques chiffres tirés du site ameli.fr, avec l'exemple de deux villes moyennes de 30 000 à 35 000 habitants : Dreux compte vingt-quatre médecins généralistes, quand ils sont cinquante-six à Annemasse... Prenons les ophtalmologistes dans les villes de 75 000 habitants : ils sont quatre à Aubervilliers et vingt-cinq à Cannes. Enfin, prenons deux villes de 10 000 habitants : Joigny, dans l'Yonne, n'a aucun ophtalmologiste, quand Dinard – dans la circonscription de Gilles Lurton – peut compter sur six professionnels.

Vous avez ajouté : « ça ne marche pas », « ça ne pourra pas marcher », « ça ne marche pas ailleurs ». J'ai du mal à comprendre : vous savez comme moi que les autres professions de santé – infirmières, kinésithérapeutes, pharmaciens, dentistes bientôt – connaissent des mesures de régulation. Ainsi, un pharmacien ne peut pas s'installer où il veut. Il doit suivre des règles et c'est bien normal. C'est l'assurance maladie – et donc nos cotisations – qui financent les revenus de ces professionnels de santé, dont les médecins. Et c'est très bien. Qu'y a-t-il de scandaleux ou de choquant à demander aux médecins de travailler avec nous à leur meilleure répartition sur le territoire ? Un citoyen et assuré social de Mayenne – mon département – m'a fait remarquer ce week-end qu'il payait tous les mois des cotisations sociales. Pourquoi, au motif qu'il vit en Mayenne, n'aurait-il pas accès

à un médecin traitant ? Demander à nos médecins de prendre avec nous des mesures courageuses et peut-être difficiles est indispensable. C'est faire preuve de responsabilité.

Vous estimez que je présente ce dispositif comme la seule solution. Je dis précisément l'inverse : c'est la seule solution que nous n'avons pas tentée et celle qui permettra aux autres solutions – les mesures incitatives par exemple – d'être plus efficaces. Arrêtons de laisser s'installer des médecins là où ils sont déjà nombreux ! Où est l'intérêt général ? Nous prenons en charge les études des médecins, nous garantissons leurs revenus ; il faut donc travailler avec eux à leur meilleure répartition. C'est logique et responsable.

Vous craignez un déconventionnement massif en cas de régulation. Mais croyez-vous que les pharmaciens, les infirmiers, les kinésithérapeutes se soient massivement déconventionnés lorsque la régulation a été mise en œuvre ? Pas du tout ! Pourquoi cela serait-il le cas chez les médecins ? Arrêtons de nous faire peur !

Vous estimez que cela va accentuer la médecine à deux vitesses. Mais elle existe déjà ! Lorsque des patients n'ont pas accès à des médecins, lorsqu'ils n'ont pas de médecin traitant, comment appelez-vous cela ? Nous devons trouver des solutions et c'est le sens de la proposition de loi. Je note que les autres dispositions de la proposition de loi ne semblent pas soulever d'opposition. J'espère que l'intégralité du texte sera votée, dans sa cohérence.

Monsieur Dharréville, vous m'interrogez sur l'échelle de l'indicateur territorial de l'offre de soins. Je propose la reprise de la cartographie de l'accessibilité potentielle localisée, par bassin de vie. Ainsi, l'indicateur pourra être calculé à ce niveau, dans la continuité du travail déjà mené, que nous devons valoriser et insérer dans la loi, afin qu'il devienne public et transparent.

*

* *

La commission en vient à l'examen des articles de la proposition de loi.

Article 1^{er} : *Limitation de l'accès au conventionnement pour les médecins dans les zones suffisamment dotées*

La commission examine l'amendement AS8 de suppression de Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe.

Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe. Comme je l'avais indiqué dans mon propos liminaire, nous souhaitons rester dans une démarche incitative, et non coercitive. Nous ne voulons pas remettre en question la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, dite « loi santé », et les mesures du Gouvernement, annoncées dès octobre 2017 : suppression du numerus clausus, doublement des maisons de santé pluriprofessionnelles, création des centres de santé et des CPTS, rénovation de

l'aide à l'installation, etc. Il s'agit de mesures importantes et nous sommes convaincus que c'est la bonne manière de procéder. La coercition, au contraire, ne fera qu'amplifier l'hémorragie d'installations en médecine libérale alors que, déjà, très peu de médecins s'installent, privilégiant des postes salariés.

Vous comparez des villes dans différentes zones mais avez aussi souligné qu'à population identique, les besoins des populations ne sont pas identiques partout et l'offre médicale doit s'y adapter.

Quant à votre indicateur, il existe déjà. De telles dispositions ne relèvent pas de la loi et les y insérer contribuerait à rigidifier les outils. Sous la responsabilité de l'IRDES, un tel indicateur est déjà utilisé dans la définition des zonages.

M. le rapporteur. Je comprends bien que la majorité veut vider la proposition de loi de sa substance. C'est désolant... Vous ne mesurez pas l'attente de nos concitoyens. Vous ne pouvez pas continuer à dire que tout va très bien, que vous avez pris des mesures dans le cadre de la « loi santé », qu'il faut leur donner le temps de produire leurs effets... Nos concitoyens entendent ce discours depuis trop longtemps ! Lorsqu'ils ne voient pas de résultats, cela produit de la désespérance, voire de l'extrémisme. Je vous mets en garde.

L'article 1^{er} est raisonnable et responsable. Il dispose simplement qu'il ne faut plus s'installer là où les besoins essentiels sont déjà pourvus. Mais les médecins peuvent aller partout ailleurs sur le territoire. En outre, la création de l'indicateur ne vise pas à figer les outils, au contraire. Il s'agit de disposer d'une vision dynamique de la réalité de l'offre de soins, territoire par territoire. Si vous vous en privez, vous vous privez d'efficacité.

Ne pas voter l'article 1^{er} revient à dépecer la proposition de loi et à désespérer ceux qui attendent des réponses claires, fortes et efficaces dans nos territoires.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Vous parlez de désert médical, mais qui déserte ? Est-ce le médecin ou l'État et tous les services publics et privés ? J'aimerais que nous puissions un jour débattre consensuellement de l'aménagement global du territoire car les territoires dont nous parlons – ruraux, semi-ruraux, périurbains – n'ont certes pas ou plus de médecins, mais également pas ou plus d'emplois, de transport et de services. Aborder ces déserts uniquement sous l'angle médical revient à faire l'impasse sur le mal profond qui les ronge.

Lorsqu'il y aura de l'emploi, des services, des écoles, des commerces, il y aura des médecins et des pharmacies. On parle de mesures coercitives depuis 2007. Ce n'est pas soviétique, c'est sarkozyste ! Mais Nicolas Sarkozy avait finalement renoncé, pour de bonnes raisons, pressé par sa majorité de l'époque, qui lui avait expliqué que ce n'était pas une bonne idée.

Pourquoi n'est-ce pas une bonne idée ? On ne va pas déshabiller Paul pour habiller Jacques, surtout quand Paul n'a plus qu'un short et une paire de tongs...

Sinon la désertification sera globale car les médecins de ville ne sont pas assez nombreux dans notre pays, Mme Tamarelle-Verhaeghe l'a très bien rappelé. Si vous voulez décourager ceux qui veulent encore s'installer, mettez en place des mesures coercitives !

Un exemple pour conclure : j'étais en Corse cet été, à côté de Calvi, où l'on est passé en l'espace d'un an de sept à deux médecins pour 10 000 habitants. Comment ferons-nous si les dispositions de votre proposition de loi s'appliquent, monsieur Garot ? On dira aux médecins qu'ils ne peuvent pas s'installer à Calvi et, un an plus tard, on se rendra compte que les médecins étaient proches de la retraite et on aura créé un nouveau désert.

C'est pourquoi je suis particulièrement favorable à l'amendement de notre collègue Tamarelle-Verhaeghe et très défavorable à la coercition – je me suis déjà prononcé contre à de très nombreuses reprises.

M. Julien Borowczyk. Monsieur Garot, je suis d'accord avec vous pour une fois, c'est une proposition raisonnable si l'on analyse les statistiques 2018 du Conseil national de l'Ordre des médecins... L'ordre compte huit mille sept cents médecins, dont 13 % exercent en libéral, soit mille médecins. Votre proposition de loi concerne ceux du secteur 2, soit moins de cent personnes, dont moins de dix en zones surdotées ! Va-t-on résoudre le problème de la désertification médicale en négociant avec moins de dix médecins par an ?

Nous savons tous comment cela va se passer – puisque nous l'avons constaté pour les professions réglementées : les médecins vont quitter un centre surdoté – encore faudra-t-il évaluer cette surdotation, en prenant notamment en compte les départs en retraite – pour aller en périphérie. Mais ils n'iront pas dans les zones sous-dotées !

Je ne suis pas sûr que votre proposition de loi réponde vraiment aux attentes, contrairement au plan « Ma santé 2022 ». Si en politique, quand on vient de zones surdotées, on tente d'aller dans des zones un peu moins dotées pour se présenter, cela ne fonctionne pas pour la médecine. Robert de Jouvenel disait : « un sénateur, c'est un député qui s'obstine ». Votre avenir est tout tracé !

M. Yannick Favennec Becot. Je ne comprends pas cette volonté de vider la proposition de loi de sa substance en supprimant l'article 1^{er}. L'indicateur territorial de l'offre de soins répond précisément à la nécessité de mieux prendre en compte les besoins sanitaires de nos territoires. Il est beaucoup plus précis et mieux adapté à la réalité des territoires que le système actuel. Ce zonage est nécessaire à la mise en œuvre des mesures destinées à réduire les inégalités de santé et favorisera une meilleure répartition géographique des médecins. Je regrette que des délais parfois très longs empêchent l'émergence de certains projets ou l'obtention d'aides, pénalisant ainsi l'accès aux soins de nos concitoyens dans certains territoires.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. À titre personnel, je suis contre la régulation et intimement convaincue qu'elle a un effet délétère sur la volonté d'installation des jeunes médecins généralistes – ou des moins jeunes d'ailleurs. Le dialogue est renoué avec la profession médicale. Ne le rompons pas et ne leur imposons pas quelque chose dont ils ne veulent pas !

Oui, monsieur Garot, le dialogue est renoué. Cela n'a pas toujours été le cas, notamment entre 2012 et 2017. Vous n'avez d'ailleurs pas essayé de mettre en œuvre ces mesures coercitives à l'époque...

M. le rapporteur. À l'époque, nous y avons travaillé avec Mme Bourguignon !

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Je voterai la suppression de l'article, même si l'indicateur peut avoir un intérêt. Réfléchissons-y ensemble.

Mme Caroline Fiat. Évidemment, nous nous opposons à la suppression de cet article. Cela commence à devenir une habitude : la majorité communique sur le fait qu'elle vote les propositions de loi de l'opposition, tout en vidant de leur substance leurs articles les plus essentiels !

Pourquoi une profession ne devrait-elle pas être régulée ? Ce n'est pas de l'obstination et, même si cela ne concerne que dix médecins, dix territoires seraient ravis d'accueillir enfin un médecin ! Année après année, cela pourrait améliorer la situation, dans l'attente de la formation de médecins supplémentaires. Pourquoi attendre encore ? Nous vous proposons une solution qui coule de source. Pourquoi s'en priver ?

M. Joël Aviragnet. Non, le problème n'est pas lié seulement liée à l'aménagement du territoire. En effet, certains territoires ont tout fait pour accueillir des médecins et, pourtant, cela ne fonctionne pas... Dans ma circonscription, des petites villes proches de Toulouse, à laquelle elles sont reliées par une autoroute gratuite et un bon système de transports, manquent de médecins.

J'écoute la population. Je ne suis pas médecin. Je n'ai donc rien à défendre si ce n'est un territoire et mes concitoyens. Que me disent-ils ? Qu'ils sont à bout. Dans certains cabinets médicaux, les secrétaires sont agressées, les médecins pris à partie. Les mesures incitatives montrent leurs limites... La population va finir par disjoncter ! Regardez la crise dans les hôpitaux : elle est aussi liée à la désertification médicale. Dès que l'on parle de régulation, la population comprend immédiatement « accès aux soins ». Nous sommes constamment interpellés. Il faut agir, qu'on le veuille ou non, sinon tout le monde va se faire agresser – politiques comme médecins.

M. Pierre Dharréville. Je suis d'accord avec vous, monsieur Véran, les services publics sont affaiblis dans notre pays. Il s'agit d'un problème grave, encore accentué depuis le début de cette législature : fermeture de trésoreries, de bureaux de poste – c'est le cas dans mon territoire –, de services dans les hôpitaux,

abandon de certaines lignes SNCF, etc. Si vous souhaitez vous y attaquer, je suis disponible, mais la proposition de Guillaume Garot ne vise pas à y répondre.

Ainsi que je l'ai déjà dit, les mesures de régulation sont nécessaires. Vous parlez de coercition : c'est une caricature ! Nous sommes habitués, d'autant que ce n'est pas la première fois que nous avons ce débat... Mais il est indéfendable de ne pas retenir l'indicateur : c'est une idée novatrice, qui permettrait à chacun de disposer des mêmes informations.

M. Gilles Lurton. Je maintiens que l'article 1^{er} est inopérant, voire contre-productif. Nous avons voté il y a quelques mois la loi santé, qui constitue un cadre favorable à l'installation des médecins dans les zones les moins dotées. Malheureusement, ses effets ne seront visibles qu'à long terme, tout comme la suppression du numerus clausus, que j'ai approuvé.

Les hôpitaux de proximité créés par la loi sont également une bonne mesure, car les médecins ont besoin d'un environnement favorable pour s'installer dans les zones sous-dotées. Mais leur fonctionnement n'est pas encore clairement établi et leur mise en place prendra du temps. Continuons à réfléchir à des solutions constructives plutôt qu'à des mesures coercitives, auxquelles je ne crois pas.

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Je me permets d'intervenir dans le débat car le sujet m'est particulièrement cher et vous m'avez citée, monsieur le rapporteur. Je ne suis pas médecin – je ne suis donc pas partie prenante ; je viens d'une zone rurale où la pression vient à la fois de la démographie, mais aussi des citoyens, des élus et des médecins qui vont partir en retraite ; je n'ai pas de doctrine en la matière. Je crois que chacun peut avoir de bonnes idées. Il n'y a pas ceux qui n'en ont rien à faire et les autres, qui se préoccupent du problème. Nous avons tous envie d'apporter des solutions aux citoyens dans nos circonscriptions pour améliorer l'accès à la santé.

Il n'y a pas une réponse uniforme pour tout le territoire – cela ne fonctionne pas. Les solutions doivent être modelées et ciselées selon les territoires. Depuis trois ou quatre ans, j'ai choisi de militer auprès des étudiants en médecine, à une heure et demie de chez moi. Je vais les voir pour discuter avec eux, j'essaie de les « séduire » en leur parlant de ce que mon territoire peut leur offrir, en accord avec les élus. Je leur parle d'une manière attractive de notre territoire, et non pas en des termes misérabilistes, qui pourraient les repousser.

En outre, les mesures incitatives que nous venons de voter ne sont pas à jeter car elles commencent à porter leurs fruits : les contrats d'engagement de service public fonctionnent et permettent aux étudiants de disposer d'un revenu pendant leurs études sous réserve de leur installation ultérieure dans le territoire. Les médecins maîtres de stage sont une autre bonne idée, tout comme les stages de médecine générale, qui n'existaient plus et que nous avons relancés sous la précédente mandature. Ils permettent aux étudiants d'envisager la médecine générale et, qui sait, de s'installer lorsqu'ils auront fini leurs études.

À l'inverse, quand on parle aux étudiants d'une pression à l'installation, ils n'en veulent pas. Pourtant, ils sont trop jeunes pour être déjà « formatés » ! C'est pourquoi j'ai changé d'avis sur la coercition. Peut-être également est-on arrivé au bout de ce que l'on pouvait imaginer en la matière. Peut-être, si des médecins veulent devenir salariés – ce que certains expriment –, faudra-t-il leur imposer un territoire. Mais s'ils travaillent en libéral et veulent s'installer, nous devons continuer à rendre nos territoires plus attractifs.

M. le rapporteur. Le débat est extrêmement riche. Je me désole de la position de la majorité car il faut prendre la mesure de l'attente et de l'angoisse de nos concitoyens. Vous rejetez l'idée même de la régulation pour des raisons parfois surprenantes – idéologiques peut-être ? Cela ne revient-il pas à défendre des prés carrés ?

La concentration médicale est impressionnante dans cette commission – je ne parle pas de Mme la présidente. J'ai entendu les arguments que certains ont développés ce matin lors de mes auditions avec les syndicats professionnels. Faisons la part des choses ! Ici, nous travaillons dans l'intérêt général, afin de trouver des solutions.

J'en ai entendu certains qui considèrent que les déserts médicaux ne sont qu'une question d'aménagement du territoire. Certes, Pierre Dharréville a raison de réclamer des moyens qui nous permettent de garantir la présence de services dans nos territoires mais, pour prendre l'exemple de mon département, la Mayenne est traversée par le TGV, avec plusieurs arrêts par jours, ainsi que par l'autoroute : il ne s'agit donc pas d'une terre enclavée ; nous ne sommes pas très loin de la mer, avons d'excellents lycées, comme dans l'ensemble de la région, et une vraie qualité de vie ; avec un taux de chômage inférieur à 6 %, nous sommes pourvoyeurs d'emploi, et les chefs d'entreprise ont besoin de recruter des salariés et des cadres. Comme Gisèle Biémouret dans le Gers, nous avons conduit des opérations auprès des universités, à la faculté d'Angers en particulier, pour valoriser l'installation dans un département comme le nôtre. Malgré tout cela, et malgré les médecins qui se mobilisent pour accueillir des stagiaires dans leur cabinet, des milliers de Mayennais sont sans médecin traitant.

Vous pouvez continuer à dire que les mesures que nous avons prises vont dans le bon sens et qu'elles finiront par produire leurs effets, mais vous ne vous rendez pas compte de ce que ressentent nos concitoyens, de leurs attentes. Vous persistez obstinément à refuser toute régulation, sous prétexte que les médecins ne pourraient pas accepter ce que les pharmaciens, les infirmiers, les kinésithérapeutes ont accepté, eux, depuis des années : qui peut vous entendre ? qui peut vous comprendre ?

Je vous le dis avec force et sincérité : ouvrez les yeux ! Je trouve dommage que nous saisissons pas collectivement cette occasion de faire avancer le pays.

La commission adopte l'amendement AS8.

En conséquence, l'article 1^{er} est supprimé et les amendements AS5 de M. Philippe Vigier et AS11 du rapporteur tombent.

Après l'article 1^{er}

La commission en vient à l'examen de l'amendement AS6 de M. Joël Aviragnet.

M. Joël Aviragnet. Cet amendement vise à rétablir l'obligation de garde pour les médecins généralistes, selon des modalités fixées contractuellement avec l'agence régionale de santé (ARS).

Depuis 2002 et la décision du ministre Jean-François Mattei de supprimer l'obligation de garde des médecins libéraux, on observe une érosion de la permanence des soins. Le volontariat n'est pas suffisant pour répondre à la demande de permanence des soins sur le territoire – cela est particulièrement vrai dans les déserts médicaux. La revalorisation du prix de consultation n'a pas fait ses preuves et, aujourd'hui, l'engorgement des urgences est directement lié au déficit de gardes assurés par les médecins libéraux.

Ce constat avait été fait par l'Ordre des médecins en 2012 ; il a été rappelé par le rapport Lemorton-Door de 2013 : une démographie défaillante renforce l'absence de gardes. Aussi, en complément d'une meilleure répartition des médecins libéraux sur le territoire, nous proposons de rendre obligatoire la mission publique de la permanence des soins, à savoir les gardes.

Les maisons médicales de garde ont été une première réponse apportée au besoin de permanence des soins, mais il convient aujourd'hui de revenir sur l'erreur de 2002 et de rendre obligatoire la permanence des soins pour la médecine de ville. Cela doit se faire dans des conditions respectueuses de l'exercice libéral et en contrepartie de garanties, les unes et les autres fixées par les ARS.

M. le rapporteur. Avis favorable.

M. Julien Borowczyk. Je comprends le sens de cet amendement mais je m'interroge sur sa mise en œuvre : une fois de plus, dans les zones sous-denses, un seul médecin sera contraint d'assurer toutes les gardes, de nuit comme de jour et le week-end, et donc il finira par partir, ce qui n'est pas vraiment ce que l'on cherche.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle examine l'amendement AS2 de M. Philippe Vigier.

M. Yannick Favennec Becot. Il est faux de dire que rien n'a été fait pour lutter contre la désertification médicale – je pense notamment au dernier projet de loi sur l'organisation et la transformation du système de santé, même si nous étions nombreux à l'époque à donner l'alerte sur l'insuffisance des mesures. Nous

saluons en particulier la décision d'étendre la possibilité de recourir, hors des périodes d'affluence exceptionnelle, à des médecins exerçant en qualité d'adjoints ou de remplaçants dans des zones sous dotées : c'est un vrai progrès.

Il n'empêche que l'on constate un recul de l'exercice libéral chez les médecins, qui se tournent de plus en plus vers le salariat, en particulier en début de carrière. Au-delà de ce recul, il faut souligner d'autre part que l'exercice libéral est marqué par une progression du remplacement. En effet, les deux tiers des nouveaux médecins libéraux exercent en tant que remplaçants et privilégient eux aussi certains territoires plutôt que d'autres.

L'exercice en qualité de remplaçant ou d'adjoint est strictement encadré, et nécessite une autorisation du conseil départemental de l'Ordre des médecins ou de l'ARS. Le statut de ces médecins gagnerait donc à être assoupli, afin de mobiliser plus facilement la ressource médicale disponible. C'est pourquoi nous proposons, avec cet amendement, de substituer, pour l'exercice en qualité de médecin adjoint ou remplaçant, un régime déclaratif au régime d'autorisation par les conseils départementaux de l'Ordre des médecins.

M. le rapporteur. Selon l'exposé des motifs de cet amendement, l'assouplissement visant à substituer au régime d'autorisation un régime déclaratif concerne à la fois les médecins remplaçants et les médecins adjoints. Or, depuis l'adoption de la loi relative à l'organisation et à la transformation de notre système de santé, le régime juridique des médecins remplaçants et celui des médecins adjoints font l'objet de deux articles différents. Tel qu'il est rédigé, l'amendement ne vise que les seuls médecins remplaçants et, pour y intégrer les adjoints, il faudrait également modifier l'article L. 4131-2-1 du code de la santé publique.

Par ailleurs, j'ai déjà eu l'occasion de dire, à l'occasion de l'examen de la proposition de loi que j'avais défendue en janvier dernier, que je serais favorable à votre amendement, sous réserve de l'adoption d'un sous-amendement visant à prévoir un délai d'un mois pour l'information des services de l'État par l'Ordre des médecins.

Je vous propose donc de retirer cet amendement et de le retravailler pour la séance.

L'amendement AS2 est retiré.

La commission examine ensuite l'amendement AS3 de M. Philippe Vigier.

M. Yannick Favennec Becot. La proposition de loi que nous examinons aujourd'hui propose d'aller beaucoup plus loin en matière de mesures contre la désertification médicale en milieux rural et urbain. Pour pouvoir, dans cette optique, mobiliser rapidement les médecins, il faut introduire de la souplesse dans le système. C'est la raison pour laquelle nous proposons, avec cet amendement, de créer un statut de « médecin volant », octroyé à des médecins thésés, qui

exerceraient ponctuellement pour assister d'autres médecins, en particulier dans les zones sous-denses, en qualité de travailleurs non salariés.

Ces médecins volants bénéficieraient d'un statut propre, qui ne se confondrait ni avec celui des médecins remplaçants dans la mesure où les médecins épaulés n'auraient pas à cesser leur activité, ni avec celui des médecins adjoints, dans la mesure où les médecins venant en renfort exerceraient pour leur propre compte, sans utiliser les feuilles de soins du médecin installé et sans rétrocession d'honoraires.

Pour les médecins « volants », ce statut aurait l'avantage de limiter le poids des charges sociales, de les affilier à un régime d'assurance maladie aligné sur celui des salariés et de leur ouvrir la possibilité de se constituer une protection complémentaire, notamment au titre de la retraite et de la prévoyance.

M. le rapporteur. Avis favorable, car nos objectifs sont convergents. J'avais déjà dit l'an passé mon vif intérêt pour cette mesure que nous avons reprise dans la proposition de loi précédente, malheureusement repoussée par la majorité.

La commission rejette l'amendement.

Article 2 : *Association des associations des représentants d'usagers du système de santé à l'élaboration des projets de santé des communautés professionnelles territoriales de santé*

La commission examine l'amendement AS12 de Mme Delphine Bagarry.

Mme Delphine Bagarry. Cet amendement complète l'article 2 afin qu'il soit inscrit dans la loi que les élus locaux, qui sont pleinement impliqués dans la lutte contre les déserts médicaux, puissent participer au projet territorial de santé.

M. le rapporteur. Je reste réservé sur cet amendement. Il faut d'abord, en effet, pouvoir déterminer le niveau de collectivité concerné – région, département, commune ou intercommunalité ? –, ce qui n'est pas évident.

Par ailleurs, il faut faire attention à ne pas trop alourdir les structures chargées du projet territorial de santé. Autant je suis d'accord pour que les collectivités locales soient impliquées dans sa définition, autant il me semble que nous devons bien réfléchir à la façon de les y associer. En d'autres termes, je partage votre objectif mais pas votre méthode. Avis défavorable.

Mme Delphine Bagarry. Il ne s'agit nullement d'une obligation, mais certaines collectivités territoriales, que ce soit des communes, des intercommunalités, mais aussi des conseils départementaux, peuvent être membres associés des CPTS. C'est ce que je voulais voir précisé dans la loi.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle est saisie de l'amendement AS10 du rapporteur.

M. le rapporteur. Il s'agit d'un amendement de précision concernant l'association des représentants d'usagers aux CPTS. Il ressort de nos auditions qu'il n'est pas utile de prévoir par décret les modalités de cette association, et que cela risquerait, au contraire, d'alourdir le dispositif. L'idée d'associer les citoyens aux CPTS n'est nullement abandonnée mais nous laissons liberté à chaque communauté de procéder comme elle l'entend.

Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe. Les CPTS ont toute latitude pour associer à leurs travaux et les usagers et les collectivités, ces dernières étant d'ailleurs très impliquées. Il n'est donc pas utile de rendre la loi bavarde, quand les choses s'organisent implicitement. Il me semble important de laisser de la liberté aux CPTS.

M. le rapporteur. Dans ces conditions, il me semble que Mme Bagarry pourrait retravailler pour la séance l'amendement qui vient d'être rejeté.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle rejette l'article 2.

Article 3 : *Obligation de mise à jour du dossier médical partagé*

La commission adopte l'article 3 sans modification.

Article 4 : *Mise en place d'une stratégie de prévention en santé*

La commission adopte l'article 4 sans modification.

Article 5 : *Création de la téléprévention*

La commission examine l'amendement AS9 de Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe.

Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe. Tout ceci est un peu rapide ; nous n'étions pas favorables à l'article 4.

Quoi qu'il en soit, l'article 5 propose de créer une « téléprévention » parallèle à la télémédecine. Or, il ne me paraît pas judicieux de distinguer la prévention et la santé, dans la mesure où les professionnels de santé font tous de la prévention.

Néanmoins, il existe des consultations de prévention réalisées dans les centres d'exams de santé, qui relèvent de la sécurité sociale, et ces consultations, qui visent plus particulièrement les populations précaires, mériteraient effectivement de pouvoir se conduire en télémédecine. C'est l'objet de cet amendement.

M. le rapporteur. Avis défavorable. Supprimer l'article 5 au motif que la prévention fait partie de la santé est un argument que je trouve bien faible. Supprime-t-on le télésoin, introduit dans la récente « loi santé », ou la télémédecine, parce qu'ils sont partie intégrantes de la santé ?

Nous devons écrire noir sur blanc dans la loi que la téléprévention est une des composantes de la télémédecine. Plus on est précis, plus on est efficace, et l'article entend préciser ce qui doit être mis en œuvre, concernant la télémédecine, qui est l'une des bonnes dispositions de la dernière loi de santé.

La commission adopte l'amendement.

L'article 5 est ainsi rédigé.

Article 6 : *Renforcement des sanctions en cas de dépassements d'honoraires excessifs*

La commission examine l'amendement AS13 de Mme Delphine Bagarry.

Mme Delphine Bagarry. Cet amendement prévoit que les médecins à honoraires libres indiquent sur le site internet ameli.fr le montant de leurs honoraires, afin que les patients connaissent à l'avance ce qu'ils devront payer en fonction des actes ou du type de consultation.

M. le rapporteur. Je ne suis pas en désaccord avec l'intention de l'amendement, mais il ne me paraît pas de nature à entraver les dépassements d'honoraires excessifs.

C'est une mesure qui va dans le bon sens, et évitera les négociations de gré à gré, dans le secret du cabinet. Cela étant, ce qui est surtout nécessaire, c'est un encadrement simple et lisible des tarifs de dépassement qui sont excessifs. C'est pourquoi je vous demande le retrait de cet amendement en vue de le retravailler pour la séance.

Mme Christine Pires Beaune. Nous arrivons à la fin de l'examen de cette proposition de loi, et je souhaite prendre la parole, car j'avais déposé un amendement visant à interdire l'intérim médical mais qui a été déclaré irrecevable.

La ministre a, me semble-t-il, été jusqu'à évoquer des mercenaires. Je me bornerai pour ma part à dire que la médecine n'est pas une activité occasionnelle. On a besoin de médecins partout et tout le temps, et, mis à part les périodes de grippe saisonnière, auxquelles on peut faire face avec des contrats à durée déterminée, je ne vois donc pas ce qui peut justifier le recours à l'intérim pour les médecins, qu'ils soient généralistes ou spécialistes.

J'ajoute qu'il suffit de se référer au dernier rapport de la Cour des comptes pour voir ce que cela coûte aux hôpitaux publics ou privés, et donc, en définitive, à la sécurité sociale. Nous parlons ici d'un coût exorbitant.

Alors que nous manquons de médecins, autoriser l'intérim est un contresens.

L'amendement AS13 est retiré.

La commission rejette l'article 6.

Article 7 : Gage

La commission adopte l'article 7 sans modification.

Puis elle adopte la proposition de loi modifiée.

*

* *

La commission des affaires sociales a adopté la proposition de loi. En conséquence, elle demande à l'Assemblée nationale d'adopter la présente proposition de loi dans le texte figurant dans le document annexé au présent rapport (<http://www.assemblee-nationale.fr/15/ta-commission/r2443-a0.asp>).

ANNEXES

ANNEXE 1 : LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES PAR LE RAPPORTEUR

(Par ordre chronologique)

- **Fédération hospitalière de France (FHF) – Mme Amélie Roux**, adjointe à la responsable du pôle ressources humaines, et **Mme Kathia Barro**, adjointe au pôle offre de soins
- *Table ronde réunissant les associations*
 - **France assos santé – M. Gérard Raymond**, président, et **M. Alexis Vervialle**, chargé de mission « offre de soins »
 - **Association des citoyens contre les déserts médicaux (ACCDM) – Mme Solange Conan**, administrateur, et **M. Michel Carreric**, secrétaire
 - **UFC-Que Choisir*** – **M. Mathieu Escot**, responsable du département des études
- **Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM) – Dr François Simon**, président de la Section Exercice Professionnel (EP), et **M. Francisco Jornet**, directeur des services juridiques
- *Table ronde réunissant les syndicats de médecins et de jeunes médecins*
 - **LE BLOC (Union AAL – SYNGOF – UCDF) M. Bertrand de Rochambeau**, co-président
 - **Syndicats de médecins libéraux (SML) – Mme Sophie Bauer**, secrétaire générale
 - **Association nationale des étudiants en médecine de France (ANEMF) – Mme Roxane Hellandsjö-Prost**, présidente, et **M. Romain Levesy**, vice-président
 - **Intersyndicat national des internes (ISNI) – M. Justin Breyse**, président
 - **Intersyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale (ISNAR-IMG) – Mme Marianne Cinot**, présidente, et **Mme Charlotte Borec**, vice-présidente

– Regroupement autonome des généralistes jeunes installés et remplaçants (ReAGJIR) – Mme Laure Dominjon, présidente, et M. Pierre-François Angrand, webmestre

- **Ministère des solidarités et de la santé – Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) – Mme Muriel Barlet, sous-directrice de l'observation de la santé et de l'assurance maladie, et Mme Hélène Chaput, chef du bureau profession de santé**
- **Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) – Mme Véronique Lucas-Gabrielli, directrice de recherche, et M. Guillaume Chevillard, chargé de recherche**
- **Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) – Mme Annelore Coury, directrice déléguée, et Mme Delphine Champetier, directrice de l'offre de soins**
- **Direction générale de l'offre de soins (DGOS) – Mme Stéphanie Decoopman, adjointe à la directrice, et Mme Eve Robert, cheffe de projet accès territorial aux soins**

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

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

Proposition de loi	Dispositions en vigueur modifiées	
	<i>Codes et lois</i>	<i>Numéro d'article</i>
1 ^{er}	Code de la santé publique	L. 1411-11
1 ^{er}	Code de la sécurité sociale	L. 162-5
2	Code de la santé publique	L. 1434-12
3	Code de la santé publique	L. 1111-14
4	Code de la santé publique	L. 1434-10
4	Code de la santé publique	L. 1434-12
4	Code de l'éducation	L. 231-14
5	Code de la santé publique	L. 6316-3 [<i>nouveau</i>]
5	Code de la sécurité sociale	L. 162-14-1
5	Code de la sécurité sociale	L. 162-15-5
5	Code de la sécurité sociale	L. 162-16-1
5	Code de la sécurité sociale	L. 162-16-1-3
6	Code de la sécurité sociale	L. 162-1-14-1

ANNEXE 3 : CONTRIBUTION DE M. JEAN-CARLES GRELIER

La proposition de loi vise à instituer le conventionnement sélectif afin de favoriser l'installation des médecins dans les zones sous-denses en son article premier.

Je m'oppose fermement à cette mesure, ce qui me conduit à verser cette contribution aux débats.

En effet, la proposition de loi entend corriger les inégalités territoriales de densité médicale en autorisant les entrants à ne s'installer dans une zone « surdense » que lorsqu'un médecin déjà installé cesse son activité dans ladite zone. Cette mesure applique à la médecine des dispositifs de régulation déjà effectifs pour d'autres professions, à l'instar de l'installation des masseurs kinésithérapeutes encadrée par l'avenant n°5.

Or, à la différence des professions médicales, l'évolution démographique des masseurs-kinésithérapeutes est en constante augmentation (72 000 en 2014 contre 83 000 environ en 2017, source : Ordre des masseurs-kinésithérapeutes).

La régulation que la proposition de loi vise à instituer sera donc délétère, car bien qu'il y ait des territoires où l'accessibilité potentielle localisée – indicateur créé par la DRESS et l'IRDES – est plus faible, il est erroné de penser que certains territoires connaissant une offre médicale surabondante.

Ce dispositif risque donc d'aggraver les inégalités territoriales sans apporter les garanties d'une meilleure répartition de l'offre de soins.

En effet, le conventionnement sélectif sera détourné en favorisant l'installation déconventionnée (secteur 2 ou secteur 3) et entrainerait une médecine à deux vitesses étant donné des honoraires plus élevés, et donc un reste à charge également plus élevé qui éloignera certaines catégories de population de l'accès aux soins. C'est l'un des effets pervers du système de santé du Royaume-Uni, où 11 % de la population souscrit à une assurance complémentaire. L'Allemagne n'est pas en reste, où ce dispositif de régulation a été instauré dans les années 1990 par le « Bedarfsplan » et renforcé en 2012 : le pays est divisé en 395 zones (urbain, périurbain, rural), redécoupées en fonction des densités de population et des besoins par spécialité. Le Sénat écrit pourtant, dans un rapport d'information datant du 30 septembre 2016 qu'« On constate, en fait, une fuite des médecins vers d'autres formes d'exercice, ou une implantation à la frontière des zones sur-denses ». En dépit des 55 000 médecins étrangers, la désertification médicale qui frappe l'Allemagne n'a pas été enrayerée par la coercition.

Il s'agirait par ailleurs d'un signal éminemment dangereux adressé aux étudiants, alors que le taux de remplissage de la spécialité d'omnipraticiens oscillait plutôt à 94% et que la première fois depuis de nombreuses années, les 3213 postes disponibles ont été choisis. Il convient d'accompagner le changement de mentalités qui semble s'opérer plutôt que le contrecarrer avec des mesures iniques.

D'autre part, l'hôpital connaît également une pénurie de soignants médicaux – entre autres provenant d'un déficit d'attractivité : en effet, plus de 19 000 postes de médecin statutaire sont vacants (et occupés pour une partie par des contractuels). L'hôpital est donc le premier « concurrent » de l'exercice libéral.

Les nombreuses études et enquêtes menées auprès des étudiants en médecine indiquent qu'ils se tournent de plus en plus vers un exercice non isolé mais a contrario cherchent à travailler dans des structures permettant le travail en équipe et en collaboration. Il revient au législateur d'accompagner ces changements car les réformes ne peuvent se faire à l'encontre de ceux qu'elles touchent, à défaut de contournement ou de détournement.

Enfin, les autres articles (articles 2, 3, 4 et 5) recueillent mon soutien. Cependant, ils ne sont pas suffisamment ambitieux pour emporter une véritable transformation du système de santé en matière de prévention, car si les mesures d'ordre opérationnelles sont à l'évidence nécessaires, sans impulsion politique promue par une véritable gouvernance, ces mesures demeureront parcellaires. Il est urgent que la prévention fasse l'objet d'une interministérialité, via la nomination d'un délégué placé auprès du Premier ministre par exemple.