

ASSEMBLÉE NATIONALE

18 mars 2019

SYSTÈME DE SANTÉ - (N° 1767)

Commission	
Gouvernement	

Rejeté

SOUS-AMENDEMENT

N ° 2070

présenté par
M. Benoit

à l'amendement n° 1355 de M. Garot

ARTICLE ADDITIONNEL**APRÈS L'ARTICLE 5 BIS, insérer l'article suivant:**

À l'alinéa 3, substituer au mot :

« douze »

le mot :

« six »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Le présent amendement vise à un instaurer une limitation d'accès au conventionnement si, six mois après la promulgation de cette loi, aucune mesure n'a été prise.

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

Surtout, les inégalités territoriales sont criantes. En ce qui concerne les médecins généralistes libéraux, le rapport entre le département le moins bien doté et le département le mieux doté est de

2,2 : autrement dit, il y a deux fois plus de médecins généralistes libéraux par habitant dans les départements les mieux dotés. Cet écart est encore plus fort pour certaines spécialités : le rapport entre les départements les moins bien dotés et les mieux dotés est de 1 à 12 pour les ophtalmologistes, de 1 à 24 pour les pédiatres, et de 1 à 23 pour dermatologues – compte non tenu des deux départements qui en sont totalement dépourvus ! Le problème est d'autant plus grave que la situation ne va pas s'améliorer dans les cinq ni même les dix prochaines années, car toute une génération de médecins va prochainement partir en retraite, ce qui va provoquer un creux démographique en 2025.

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

Pour répondre à l'urgence, cet amendement prévoit donc que dans des zones définies par les partenaires conventionnels (assurance maladie et professionnels concernés), ou à défaut par les ARS après concertation des syndicats médicaux, dans lesquelles existe une offre de soins à un niveau particulièrement élevé, un nouveau médecin libéral ne peut s'installer en étant conventionné à l'assurance maladie que lorsqu'un médecin libéral de la même zone cesse son activité. C'est en fonction d'une moyenne nationale que pourra s'apprécier le niveau d'offre de soins, permettant de considérer des territoires particulièrement bien dotés en médecins généralistes et spécialistes ; le conventionnement à l'assurance maladie sera donc l'outil de cette régulation, pour ne pas densifier davantage des zones déjà suffisamment pourvues alors que d'autres manquent cruellement de médecins.

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

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

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