



N° 1612

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

QUINZIÈME LÉGISLATURE

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

RAPPORT

FAIT

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

VOLUME I

AVANT-PROPOS, COMMENTAIRES D'ARTICLE ET ANNEXES

PAR M. GUILLAUME GAROT,

Député.

Voir le numéro :

Assemblée nationale : 1542.

SOMMAIRE

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

AVANT-PROPOS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

COMMENTAIRES D'ARTICLES

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

Article 1^{er}

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

Supprimé par la commission

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

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

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

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

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

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

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

1. Une diminution régulière depuis près de 20 ans

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

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

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

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

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

3. Une double fracture territoriale et sociale insupportable

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Source : UFC-QUE CHOISIR

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

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

1. L'élargissement de l'offre de soins

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

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

(1) Atlas de la démographie médicale précité.

(2) Ibid.

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

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

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

Source : CNOM

Principes du cumul emploi/retraite pour les médecins

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

b. Les aides conventionnelles

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

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

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

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

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

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

BILAN DES AIDES CONVENTIONNELLES À LA MI-NOVEMBRE 2018

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

Source : DGOS.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*

* *

Article 2

Constitution de territoires « innovation santé »

Supprimé par la commission

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

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

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

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

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

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

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

*

* *

Article 3

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

Supprimé par la commission

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*
* *

Article 4

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

Adopté par la commission avec modifications

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Le contrat de praticien territorial médical de remplacement (PTMR)

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

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

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

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

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

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

1. L'instauration d'un médecin de renfort

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

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

Selon ce rapport, les médecins « volants » bénéficieraient d'un statut propre qui ne se confondrait « *ni avec celui des médecins remplaçants dans la*

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

mesure où les médecins “épaulés” n’auraient pas à cesser leur activité médicale libérale du fait de l’arrivée d’un confrère en appoint», ni « avec celui des médecins adjoints dans la mesure où les médecins venant en renfort exerceraient pour leur propre compte, sans utiliser les feuilles de soins du médecin installé et sans rétrocession d’honoraires, en qualité de travailleurs non-salariés (TNS) ».

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

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

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

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

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

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

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

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

Le médecin collaborateur libéral

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

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

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

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

2. Le renforcement de statut du médecin adjoint

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

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

*

* *

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

*

* *

Article 5

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

Supprimé par la commission

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

I. UN DISPOSITIF QUI PEUT FAIRE CONSENSUS

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

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

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

(1) *Rapport sur la proposition de résolution de M. Philippe Vigier et plusieurs de ses collègues tendant à la création d'une commission d'enquête sur l'égal accès aux soins des Français sur l'ensemble du territoire et sur l'efficacité des politiques publiques mises en œuvre pour lutter contre la désertification médicale en milieu rural et urbain (673), n° 733.*

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

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

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

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

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

II. LA MISE EN PLACE D'UN CADRE EXPÉRIMENTAL

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

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

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

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

(1) Amendement AS 502 de Mme Bagarry.

(2) Amendement n° 1491 de M. Mesnier.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(1) Rapport d'enquête précité.

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

Les communautés professionnelles territoriales de santé

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

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

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

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

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

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

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

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

*

* *

Article 6
Gage

Adopté par la commission

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

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

ANNEXES

ANNEXE N° 1 : PERSONNES AUDITIONNÉES PAR LE RAPPORTEUR

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

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

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

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

➤ *Table ronde des syndicats de jeunes médecins :*

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

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

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

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

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

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

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

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

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