



N° 4784

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

QUINZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 7 décembre 2021.

PROPOSITION DE LOI

d'urgence contre la désertification médicale,

(Renvoyée à la commission des affaires sociales, à défaut de constitution d'une commission spéciale dans les délais prévus par les articles 30 et 31 du Règlement.)

présentée par Mesdames et Messieurs

Guillaume GAROT, Valérie RABAULT, Olivier FAURE, Joël AVIRAGNET, Boris VALLAUD, Gisèle BIÉMOURET, Jean-Louis BRICOUT, Sylvie TOLMONT et les membres du groupes Socialistes et apparentés ⁽¹⁾,

députés.

(1) *Mesdames et Messieurs* : Joël Aviragnet, Marie-Noëlle Battistel, Gisèle Biémouret, Jean Louis Bricout, Alain David, Laurence Dumont, Lamia El Aaraje, Olivier Faure, Guillaume Garot, David Habib, Christian Hutin Chantal Jourdan, Régis Juanico, Marietta Karamanli, Jérôme Lambert, Gérard Leseul, Josette Manin, Philippe Naillet, Christine Pires Beaune, Dominique Potier, Valérie Rabault, Claudia Rouaux, Isabelle Santiago, Hervé Saulignac, Sylvie Tolmont, Cécile Untermaier, Hélène Vainqueur Christophe, Boris Vallaud, Michèle Victory.

EXPOSÉ DES MOTIFS

MESDAMES, MESSIEURS,

Crise des urgences, crise de la présence médicale, crise de l'accès aux soins : autant de symptômes d'un système de santé à bout de souffle, et près de craquer pour de bon.

Le Gouvernement persiste à prétendre que les choses sont sous contrôle, et que la situation rentrera dans l'ordre en même temps que la crise sanitaire s'achèvera. Le mal est pourtant plus profond, et plus grave, parce qu'il touche au legs le plus important de la Sécurité sociale imaginée par le Conseil National de la Résistance : l'égal accès aux soins.

L'Ordre des médecins n'a jamais compté autant d'inscrits. De moins de 5 000 médecins formés chaque année dans la décennie 1990, nous nous rapprochons progressivement des 10 000 par an aujourd'hui. Mais cette augmentation ne suffit pas à compenser les départs à la retraite et le vieillissement de la population. La DREES estime que le nombre total de médecins actifs de moins de 70 ans continuera à diminuer au moins jusqu'en 2025.

Surtout, en 2021, on compte 2,5 fois plus de généralistes par habitant dans le département le mieux doté que dans le département le moins bien doté en France métropolitaine. Cet écart de densité médicale monte à 11 pour les ophtalmologues, et à 24 pour les pédiatres. Dans les Hautes-Alpes, dans les Ardennes, dans le Cantal, en Corrèze, il n'y a plus aucun gynécologue libéral en exercice.

Des millions de Français se sentent abandonnés par notre système de santé, plus particulièrement dans les territoires ruraux et périurbains. L'actuelle crise des urgences, qui frappe de plus en plus d'hôpitaux de proximité, avec des services qui ferment régulièrement la nuit, est à la fois une manifestation et une conséquence logique de cette tendance : en l'absence de praticiens disponibles à proximité immédiate, il y a obligation de se tourner vers l'hôpital, dont les services saturent eux-mêmes, jusqu'à la rupture.

La désertification médicale n'est pas un épiphénomène, que l'on résoudrait - comme certains semblent le croire - par une accumulation d'incitations financières et matérielles. Le problème est structurel, l'urgence est réelle, et des réponses concrètes et ambitieuses sont plus que jamais nécessaires pour préserver notre modèle de soins.

Aujourd'hui, ce sont plus de 8 millions de Français qui, faute d'un praticien suffisamment proche de chez eux, ne peuvent consulter plus de deux fois par an. Pour les 10 % des Français habitant les territoires les moins bien dotés, il faut, en moyenne, 11 jours pour obtenir un rendez-vous chez un généraliste, et 189 jours pour un rendez-vous chez un ophtalmologue.

Une moyenne qui masque une autre réalité, plus grave encore : de nombreux Français se retrouvent sans médecin traitant, et renoncent de fait aux soins. Vivre dans une zone sous-dense multiplie par deux les « chances » de renoncement, avec tous les risques que cela implique. Ce renoncement est multiplié par huit lorsque le fait de vivre dans un désert médical se couple à une « pauvreté en conditions de vie », selon la DREES.

Qu'elles soient liées à la fermeture des urgences ou à l'absence de praticien à proximité, les difficultés d'accès aux soins ont la même conséquence : une baisse de la qualité des soins, et une perte de chance parfois dramatique.

Que faire, alors ?

Les politiques d'incitation à l'installation des médecins dans les zones sous-denses restent bien entendu nécessaires. Elles conditionnent l'égalité professionnelle entre les praticiens, quelle que soit leur zone d'exercice. Les dispositifs imaginés, expérimentés, et généralisés depuis les années 2000 sont légion : financement d'assistants médicaux, avantages matériels, contrats d'engagement de service public (CESP) passés avec des étudiants, maisons de santé, passage du *numerus clausus* à un *numerus apertus*, etc.

Mais ces mesures ne répondent pas à l'urgence de la situation. Soit leur impact est trop faible compte tenu des moyens engagés – c'est le cas des incitations, qui coûtaient 86,9 millions d'euros par an à l'État en 2016 – soit il est à retardement, comme la réforme du *numerus clausus* dont les effets sur le nombre de médecins ne seront pas significatifs avant une décennie.

Les chiffres de l'Ordre des médecins, de la DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques), de l'IRDES (Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé) dressent tous le même constat : la désertification médicale continue de progresser, en particulier dans les territoires déjà victimes de sous-densité, où les outils incitatifs ne suffisent pas à attirer de nouveaux médecins. Selon la Cour des comptes, en 2017, dans 45 départements où la population recensée est en hausse, le nombre de médecins était, lui, en baisse.

Il n'est pas question ici de rejeter la faute sur les médecins, dont nous connaissons l'engagement et l'implication dans leur profession. C'est le législateur et le gouvernement, non le corps médical, qui ont le devoir d'agir. Des mesures d'urgences sont nécessaires, et, à plus long terme, de nouvelles règles pour notre système de soins sont indispensables : en clair, un nouveau Contrat entre la Nation et ses médecins.

La présente proposition de loi permet à la fois de stopper l'hémorragie que connaît l'offre de soins dans les déserts médicaux et de garantir, dans les années à venir, l'accès à un praticien en proximité.

L'**article 1^{er}** encadre l'installation des médecins dans les zones où l'offre de soins est déjà suffisante, et prépare la mise en place de nouvelles règles d'exercice et d'installation pour l'ensemble des médecins généralistes et spécialistes.

Ainsi, dès la promulgation du texte, l'installation des médecins libéraux, généralistes et spécialistes, sera soumise à conditions dans les zones où l'offre de soins est déjà à un niveau particulièrement élevé : un médecin ne pourra s'y installer en étant conventionné que lorsqu'un médecin libéral de la même zone cessera son activité. Les zones où l'offre de soins est déjà suffisante seront définies en lien avec les partenaires conventionnels ou, à défaut, par les agences régionales de santé.

La mesure vise à orienter l'installation des professionnels de santé vers les zones où l'offre est la moins dense par un aménagement du principe de liberté d'installation, qui continue de prévaloir. À tout le moins, le conventionnement sélectif permettra de stopper net l'aggravation des inégalités d'accès aux soins.

Ce cadre nouveau doit évidemment être soutenu par les mesures d'incitation déjà existantes, notamment pour les jeunes médecins, au plan financier comme au plan professionnel. Comme évoqué plus haut, ces mesures d'incitation ont donné des résultats décevants : le conventionnement territorial les complète utilement et rapidement, pour les rendre efficaces.

L'**article 2** crée une obligation exceptionnelle et transitoire - dont le terme sera négocié avec la profession - de présence en zone sous-dense pour les internes de médecine au cours de leur dernière année d'internat, puis dans les deux années qui suivent l'obtention de leur diplôme. Cette mesure est le complément indispensable du conventionnement sélectif. Pendant cette

durée totale de trois années, les modes d'exercice pourront bien entendu être souples : libéral, salarié, et même en temps partagé hôpital-cabinet, pour permettre le travail d'équipe et le contact régulier avec un ou plusieurs confrères référents.

Pour satisfaire les besoins de santé, nous devons d'abord les connaître de façon précise : le dispositif présenté ci-dessous devra s'accompagner du renforcement des outils actuels, à travers la création d'un indicateur territorial de l'offre de soins qui permettrait de piloter et d'anticiper efficacement la répartition de nos professionnels de santé. Dans le même sens, l'égalité d'accès aux soins passe aussi par une égalité d'accès aux études médicales : à moyen terme, nous devons permettre à tous les enfants de France, quel que soit leur territoire d'origine, de prétendre à ce cursus sans se l'interdire pour des raisons de coûts, de distance ou de milieu social.

Nous connaissons - et la crise sanitaire que nous vivons l'a montré à nouveau - l'engagement de nos médecins sur le terrain ; nous savons combien ils donnent à notre pays. La reconstruction de notre système de santé ne se fera pas sans eux, mais avec eux.

Il faut pouvoir concerter avec eux les modalités du Contrat que nous proposons, qui devra comprendre des mesures de régulation, mais aussi une prise en compte plus cohérente et compréhensive des conditions d'exercice des professions médicales aujourd'hui. La crise actuelle de notre modèle social ne nous dit pas autre chose : il en va de la solidité et de la pérennité de notre Pacte républicain.

PROPOSITION DE LOI

Article 1^{er}

- ① I. – Après le 20° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, il est inséré un 20° *bis* ainsi rédigé :
- ② « 20° *bis* Les conditions à remplir pour être conventionné, notamment celles relatives aux zones d'exercice définies par l'agence régionale de santé en application de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique ; ».
- ③ II. Si dans les douze mois suivant la promulgation de la présente loi, aucune mesure de limitation d'accès au conventionnement n'a été instituée dans les conditions prévues au 20° *bis* de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue de la présente loi, l'accès des médecins au conventionnement prévu par l'article L. 162-5 du même code est régulé dans les conditions suivantes :
 - ④ 1° Le directeur général de l'agence régionale de santé détermine par arrêté, après concertation avec les représentants des médecins, les zones dans lesquelles le niveau de l'offre de soins est particulièrement élevé ;
 - ⑤ 2° Dans les zones mentionnées au 1°, un médecin ne peut accéder au conventionnement que concomitamment à la cessation d'activité d'un confrère exerçant dans la même zone. Est assimilé à une cessation d'activité le transfert de la résidence professionnelle du confrère vers une zone mentionnée au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique ;
- ⑥ III. – Le II cesse d'avoir effet à la date d'entrée en vigueur des mesures de limitation d'accès au conventionnement instituées dans les conditions prévues au 20° *bis* de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale
- ⑦ IV. – Les modalités d'application du II sont fixées par décret en Conseil d'État.

Article 2

- ① I. – Après le premier alinéa de l'article L. 632-5 du code de l'éducation, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ② « La dernière année du troisième cycle d'études médicales, lorsqu'elle est réalisée dans le cadre d'un internat, est réalisée dans l'une des zones

caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins au sens du 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique ».

- ③ II. – Après l'article L. 4131-6 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 4131-6-1 ainsi rédigé :
- ④ « *Art. L. 4131-6-1.* – À la suite de leur inscription au tableau du conseil départemental de l'Ordre des médecins, les médecins exercent pour une durée d'au moins deux ans dans l'une des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins au sens du 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique.
- ⑤ « Jusqu'à l'exécution de l'obligation prévue à l'alinéa premier, un médecin ne peut signer de convention avec l'assurance maladie dans une zone caractérisée par une offre de soins particulièrement élevée au sens du 2° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique.
- ⑥ « Un décret en Conseil d'État fixe les modalités d'application du présent article. »

