



N° 21

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

SEIZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 8 juillet 2022.

PROPOSITION DE LOI

visant à favoriser l'installation de médecins en zones sous-dotées,

(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
M. Aurélien PRADIÉ,
député.

EXPOSÉ DES MOTIFS

MESDAMES, MESSIEURS,

La notion de désertification médicale fait référence à la difficulté majeure voire l'impossibilité des patients d'accéder dans une zone géographique raisonnable aux professionnels de santé en raison de leur faible nombre ou de leur absence. Elle renvoie donc à deux aspects cruciaux que sont l'espace et le temps dans l'accessibilité à un professionnel de santé. Ainsi est-il permis d'établir un zonage où l'offre de soins est insuffisante et où l'accès aux soins est difficile. À ces critères s'ajoutent le profil de la population et le besoin de recours aux soins en fonction de la classe d'âge.

Le Haut-Commissariat des Nations Unies aux Droits de l'Homme rappelle que « *La santé est un droit fondamental de l'être humain, indispensable à l'exercice des autres droits de l'être humain. Toute personne a le droit de jouir du meilleur état de santé susceptible d'être atteint, lui permettant de vivre dans la dignité.* »

L'Article L. 1110-1 du code de la santé publique précise que « le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels et les établissements de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous autres organismes ou dispositifs participant à la prévention, aux soins ou à la coordination des soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible. »

Dans notre pays moderne, il est désormais légitime de s'interroger sur le respect de ces principes ainsi posés d'un égal accès aux soins, de la continuité des soins et de la meilleure sécurité possible.

Les chiffres illustrent la situation dans laquelle notre pays a glissé : en 2017, 1,6 million de personnes ont renoncé aux soins. L'observatoire de la Mutuelle Française d'octobre 2020 notait qu'en 2018, 7,4 millions (soit 1/10^{ième} de la population) vivaient dans une commune d'accès difficile aux soins.

La perte d'un médecin, souvent liée à un départ en retraite est redoutable pour les patients qui se retrouvent sans solution et vont devoir chercher un nouveau médecin en capacité de pouvoir accueillir une nouvelle patientèle. La santé fait partie intégrante de l'attractivité d'un territoire. Les zones

rurales cumulent les handicaps : un manque d'accès aux soins de proximité, le vieillissement de la population moins mobile et l'attractivité et l'emploi pour le conjoint du médecin...

Depuis plusieurs années, des politiques d'incitations ont été menées afin d'attirer de jeunes médecins en zones sous-denses mais elles restent insuffisantes. Les collectivités locales sont particulièrement mobilisées pour répondre aux attentes légitimes de leurs habitants. La démographie médicale est préoccupante. Les médecins ont alerté les pouvoirs publics des difficultés futures sans qu'il y ait eu réellement une anticipation du besoin de former davantage de médecins. Nous payons aujourd'hui ce manque d'anticipation.

L'exemple du département du Lot est révélateur de l'urgence : sur 142 médecins généralistes, 67 ont plus de 60 ans. Ramené à la population lotoise, un médecin a en charge 1209 habitants. En 10 ans ce département a perdu 31 médecins, (chiffres de l'ARS 46).

Dans l'offre de soins de proximité, il ne faut pas oublier la place centrale de l'hôpital. Faute de médecins généralistes ou spécialistes, l'hôpital est souvent le seul recours possible. Les fermetures d'hôpitaux ou de services jugés pas assez rentables, notamment les maternités ont aggravé l'accès dans un délai raisonnable à un service de santé. 60 000 lits d'hospitalisation en 2017 selon la DRESS ont été supprimés, le nombre de maternité est passé à 498 en 2016 contre 1369 en 1996 pour un quasi même nombre de naissances. Les déserts obstétricaux sont de plus en plus nombreux et exposent les futures mères à des risques élevés. La DRESS estime que 167 000 femmes en âge d'accoucher vivent dans un désert médical, par manque de sage-femme et par un accès à une maternité dans un délai raisonnable. Un service essentiel pâtit également du manque d'hôpital : le service d'urgence ou les services mobiles d'urgences et de réanimation. Face à une population vieillissante, il n'est pas acceptable que ce service se trouve à plus de 30 minutes d'une intervention.

Selon une étude commandée par l'association des maires ruraux, 10 % de la population, soit plus de 6 millions d'habitants vivent à plus de 30 minutes d'un service d'urgence et 75 % d'entre eux vivent en milieu rural. Bien entendu, il y a une impossibilité matérielle, humaine et financière à positionner partout des services d'urgence. Cependant, on ne peut laisser une partie du territoire à l'abandon, sans rechercher des solutions innovantes.

Inverser cette forme de déclin supposera d'actionner plusieurs leviers. C'est pourquoi, cette proposition de loi mise sur trois mesures fortes :

La première mesure consiste à rendre effective la suppression totale du numerus clausus (capacités d'accueil en deuxième année d'études de santé) fixé par l'État jusqu'en 2019. Les raisons de la limitation instaurée dans les années 1970 étaient de réduire la concurrence entre praticiens et de considérer que moins de médecins signifiait moins de prescriptions donc de dépenses. Mais le nombre de praticiens n'a pas suivi l'augmentation de la population et son vieillissement pour arriver désormais à une pénurie. La population médicale est âgée et non remplacée. La situation est alarmante et il faut revenir sur cette logique comptable absurde.

La loi du 24 juillet 2019 a voulu mettre fin au numerus clausus en le remplaçant par un numerus apertus fixé par chaque université en fonction de deux critères : les capacités de l'université et les besoins en santé du territoire (article L. 631-1 nouveau du code de l'éducation).

Cependant ce mécanisme a le défaut de toujours donner l'avantage aux étudiants en capacité de financer des préparations payantes et surtout il s'agit toujours d'un numerus clausus puisqu'il ne signe pas la fin de la sélection mais se base sur les capacités d'accueil des universités qui restent très limitées. Ainsi, des étudiants se tournent vers des formations plus accessibles dans d'autres pays de l'Union Européenne. Le numerus apertus reste une mesure en demi-teinte avec un effet qui n'est pas la hauteur des besoins réels.

Il est donc proposé à l'article 1 de modifier l'article L. 631-1 qui conditionne le nombre d'étudiants à la capacité d'accueil de l'université et de donner les moyens aux universités d'accueillir chaque année un nombre d'étudiants sur la base des besoins des territoires sans limitation durant 10 ans. La définition de ces besoins se fera aussi en concertation avec une commission composée d'élus du territoire et pas seulement avec les agences régionales de santé et les universités.

Les effets de cette mesure se verront à moyen et long terme aussi. Il faut donc proposer une mesure capable de répondre à l'urgence, en complément.

C'est l'objectif de la deuxième mesure qui consiste donc, comme pour les spécialités médicales, à créer une 4^{ième} année de formation pour la médecine générale. L'article 2 propose de modifier l'article L. 632-2 du code de l'éducation nationale afin d'instaurer une 4^{ième} année d'internat, créant ainsi le statut de « *médecin junior* ».

Il s'agira d'élaborer un vrai statut et ils pourront exercer la médecine en autonomie, obligatoirement dans un territoire de désert médical. Ces

« médecins juniors » viendront en renfort pour pallier l'urgence des déserts médicaux.

La liberté d'installation reste un principe de la médecine libérale, toutefois, il ne peut plus être considéré comme un principe rigide et immuable à l'aune des graves difficultés de présence médicale dans les territoires, notamment les plus ruraux. Les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) sont des structures adaptées à l'exercice de la médecine en zone rurale ou périurbaine. Elles offrent en effet un cadre d'exercice qui permet un regroupement de praticiens, un travail en équipe et un allègement des tâches administratives. Le médecin junior y aura toute sa place.

Quant à la télémédecine, elle n'est qu'un outil d'aide à la médecine mais ne peut remplacer la présence d'un médecin. Elle fera partie du parcours de soins des habitants comme relais d'un parcours de soins de proximité. Il faut également prendre en compte le développement des auxiliaires médicaux et des infirmières de pratiques avancées (IPA), dans le positionnement de nouvelles pratiques en ambulatoire ou en surveillance de pathologies simples. Ces métiers permettront de soulager les médecins généralistes dans leur pratique quotidienne pour une meilleure prise en charge des patients. Ces différentes mesures et méthodes de travail doivent permettre de faciliter l'installation de jeunes médecins en zones tendues, en complément de l'exercice fléché en dernière année vers les territoires sous-dotés.

Une troisième mesure vise à réduire la fracture territoriale d'accès aux soins d'urgence et de garantir un accès pour tous, dans tous les territoires de notre pays.

L'accès aux soins en cas d'urgence vitale doit faire partie intégrante des projets médicaux dans les territoires ruraux.

Les habitants des zones rurales utilisent 20 % de soins hospitaliers en moins que ceux des villes. L'éloignement est bien le facteur des inégalités territoriales en matière d'accès aux urgences, alors que l'accès aux soins de tous est un principe de l'égalité républicaine.

Le principe d'une proximité d'un service d'urgence, accessible à tous, à moins de 30 minutes doit être affirmé avec force notamment pour les urgences cardiaques, neurologiques et obstétriques. C'est l'objet de l'article 3 de notre Proposition de Loi.

Pour y parvenir, une expérimentation sera lancée dès septembre 2022, dans 20 départements, avec un dispositif de services d'urgences au sein des maisons de santé pluriprofessionnelles, avec télémedecine et formation de professionnels de santé paramédicaux aux soins d'urgences afin de faire en sorte que d'ici juillet 2025, une série de mesures permettent de garantir que le principe d'égalité d'accès prévu à l'article L. 6112-1 du code de la santé publique soit effectif, sur tout le territoire national.

PROPOSITION DE LOI

Article 1^{er}

- ① Le deuxième alinéa du I de l'article L. 631-1 du code de l'éducation est ainsi modifié :
- ② 1° La première phrase est complétée par les mots : « et par une commission comprenant des représentants élus des collectivités territoriales, des établissements publics de coopération intercommunale du territoire et des parlementaires, dont la composition est fixée par décret » ;
- ③ 2° La troisième phrase est ainsi modifiée :
- ④ a) Les mots : « des capacités de formation et des besoins de santé du territoire » sont remplacés par les mots : « en premier lieu des besoins de santé du territoire et en second lieu des capacités de formation » ;
- ⑤ b) Après le mot : « conforme », sont insérés les mots : « de la commission mentionnée à la première phrase du présent alinéa et » ;
- ⑥ 3° Sont ajoutées deux phrases ainsi rédigées :
- ⑦ « Si les capacités d'accueil des formations en deuxième et troisième années de premier cycle d'une université sont jugées insuffisantes par l'agence régionale de santé ou les agences régionales de santé concernées au regard des objectifs pluriannuels arrêtés par l'université, alors cette dernière met en œuvre des mesures visant à accroître ses capacités d'accueil. L'ensemble des mesures prises ou envisagées sont transmises chaque année à l'agence régionale de santé ou aux agences régionales de santé concernées, et ce jusqu'à ce que les capacités d'accueil soient jugées suffisantes. »

Article 2

- ① L'article L. 632-2 du code de l'éducation est ainsi modifié :
- ② 1° Le II est ainsi modifié :
- ③ a) À la première phrase du premier alinéa, les mots : « la dernière » sont remplacés par les mots : « l'avant-dernière » ;
- ④ b) Au second alinéa, les mots : « peut être étendue » sont remplacés par les mots : « est étendue » ;

- ⑤ c) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :
- ⑥ « Les étudiants de médecine générale réalisent au cours de la dernière année du troisième cycle de médecine appelée année de consolidation, deux semestres en pratique ambulatoire ou un semestre en pratique ambulatoire et un semestre en pratique hospitalière, en priorité dans les zones mentionnées au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique. Cette année de consolidation est effectuée avec un degré d'autonomie supérieur à celui prévu pour le stage mentionné au premier alinéa du présent II. » ;
- ⑦ 2° Le III est complété par un 9° ainsi rédigé :
- ⑧ « 9° Les modalités de mise en œuvre de la dernière année du troisième cycle ainsi que les conditions du degré d'autonomie supérieure de cette dernière année. »

Article 3

- ① I. – Avant le dernier alinéa de l'article L. 1411-1 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ② « La politique de santé garantit une accessibilité rapide, sur l'ensemble du territoire et notamment dans les territoires ruraux, à un service d'urgence. La durée maximale d'accès à un tel service est précisée par décret. »
- ③ II. – Est expérimentée dans vingt départementaux ruraux et pour une durée de dix-huit mois à compter de la promulgation de la présente loi la constitution, dans des maisons de santé pluriprofessionnelles, des centres de santé ou des communautés professionnelles territoriales de santé, des équipes de professionnels de santé formés aux soins de première urgence.
- ④ Un décret précise les modalités de mise en œuvre de cette expérimentation qui vise à contribuer à l'égalité d'accès aux soins et à la continuité des prises en charge.
- ⑤ Cette expérimentation fait l'objet d'un bilan transmis au Parlement évaluant l'opportunité d'une généralisation.
- ⑥ III. – Le I du présent article entre en vigueur le 25 juillet 2025.

Article 4

- ① I. – La charge pour l'État est compensée à due concurrence par la création d'une taxe additionnelle à l'accise sur les tabacs prévue au chapitre IV du titre I^{er} du livre III du code des impositions sur les biens et services.

- ② II. – la charge pour les organismes de sécurité sociale est compensée à due concurrence par la majoration de l'accise sur les tabacs prévue au chapitre IV du titre I^{er} du livre III du code des impositions sur les biens et services.

