



N° 187

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

SEIZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 4 août 2022.

PROPOSITION DE LOI

*visant à **lutter contre les inégalités territoriales**
en **matière d'accès aux soins**,*

(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

Yannick FAVENNEC-BÉCOT, Guillaume GAROT, Jean-François PORTARRIEU, Philippe FAIT, Xavier ALBERTINI, Christophe NAEGELEN, Romain DAUBIÉ, Estelle YOUSOUFFA, Luc LAMIRAULT, Vincent THIÉBAUT, Hervé SAULIGNAC,

députés.

EXPOSÉ DES MOTIFS

MESDAMES, MESSIEURS,

Si notre Constitution garantit le droit à la protection de la santé pour chaque Français, le code de la santé publique (article L. 1110-1), précise que ce droit fondamental « doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne » pour « 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. »

C'est en particulier en termes d'égal accès aux soins qu'est posé le principe du droit à la santé.

En France, certains territoires sont caractérisés par une offre de soins insuffisante pour leur population, du fait d'un faible renouvellement des professionnels, de leurs départs à la retraite ou encore par des difficultés d'accès à cette offre : temps d'accès, délais d'attente pour un rendez-vous. Ces territoires en sous-densité médicale sont répartis en deux catégories. La première est constituée des zones les plus fragiles en termes d'offre de soins ; elles sont qualifiées de zones d'intervention prioritaire (ZIP) et 1 Français sur 3 y vit. La seconde est constituée de zones fragiles mais à un niveau moindre que les ZIP ; ce sont les zones d'action complémentaire (ZAC) et 42 % des Français y résident.

Ceux de nos concitoyens confrontés à cette pénurie de médecins attendent parfois des mois pour obtenir un rendez-vous chez un spécialiste (jusqu'à 6 mois pour obtenir un rendez-vous chez un ophtalmologiste), ne retrouvent pas de médecin traitant lorsque leur généraliste part en retraite (3 Français sur 4), ou encore renoncent chaque année à des soins médicaux (1,6 millions de Français), or les retards de prise en charge sont susceptibles d'entraîner, dans les cas les plus graves, des pertes de chance.

Il ne s'agit pas de pointer des responsabilités, d'un côté celle des gouvernements qui se sont succédé, car beaucoup a déjà été fait, ou encore celle des médecins qui exercent leur profession avec courage et dévouement, mais ces inégalités d'accès aux soins, et notamment aux médecins généralistes, ne cessent d'augmenter.

Malgré les aides versées pour inciter les praticiens à s'installer dans les déserts médicaux, selon un bilan établi au début du mois de juillet par l'Assurance maladie, la tendance ne s'inverse pas puisque l'inégalité d'accès

aux médecins généralistes s'est accentuée entre fin 2016 et fin 2019. Si nous n'agissons pas rapidement, la baisse du nombre de généralistes va se poursuivre jusqu'en 2024 et la densité médicale ne sera pas rétablie avant 10 ans.

Le manque de médecins dans les territoires sous-denses aggrave la fracture territoriale et cette injustice nourrit le sentiment d'abandon d'une partie de la population. Nous avons la responsabilité de garantir à chacun de nos concitoyens les mêmes droits, indépendamment de leur lieu de vie. Le principe de liberté d'installation des médecins ne peut pas porter atteinte au principe de l'égalité d'accès aux soins ainsi qu'à la notion d'intérêt général.

Nous devons donc corriger les déséquilibres médicaux les plus flagrants en agissant sur l'installation des médecins. Entre une régulation stricte, comme c'est le cas pour les pharmaciens, et la totale liberté d'installation des médecins, il y a un champ d'action possible, qu'il faut envisager.

Pour lutter contre le phénomène de désertification médicale, je propose en premier lieu de mettre en place une régulation de l'installation des médecins. L'article 1^{er} vise donc à inscrire dans la loi la nécessité de réguler l'installation des médecins libéraux dans les territoires fragiles.

L'article 2 a pour objectif de conditionner, dans les zones sur-dotées, le conventionnement d'un médecin à la cessation d'activité d'un médecin exerçant la même spécialité.

L'article 3 prévoit une obligation de première installation des médecins dans une zone sous-dotée, durant une période de 2 ans.

Je propose ensuite d'encourager les futurs médecins à s'installer dans un territoire sous-doté. A cet effet, l'article 4 a pour objectif de prolonger d'une année le troisième cycle de médecine générale, au cours de laquelle les étudiants disposeraient d'une autonomie supérieure et exerceraient en pratique ambulatoire ou en pratique hospitalière, dans un territoire sous-doté.

Pour faire face à l'urgence, l'article 5 prévoit de favoriser la poursuite de l'activité médicale des médecins retraités dans les zones sous-denses en les exonérant de cotisations retraite.

L'article 6 vise à prolonger le délai pendant lequel un pharmacien peut dispenser des médicaments après expiration d'une ordonnance renouvelable, actuellement fixé à un mois, en le portant à trois mois dans les zones fragiles.

PROPOSITION DE LOI

Article 1^{er}

- ① L'article L. 162-2 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ② « Pour lutter contre la désertification médicale, dans l'intérêt des assurés sociaux et de la santé publique, il est instauré une réglementation de l'installation des médecins. »

Article 2

- ① Après l'article L. 4131-6 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 4131-6-1 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 4131-6-1.* – Dans les zones mentionnées au 2° de l'article L. 1434-4, le conventionnement à l'assurance maladie d'un médecin libéral ne peut intervenir qu'en concomitance avec la cessation d'activité libérale d'un médecin exerçant dans des conditions équivalentes dans la même zone.
- ③ « Un décret détermine les modalités et la durée d'application du présent article. »

Article 3

- ① Le chapitre I^{er} du titre III du livre I^{er} de la quatrième partie du code de la santé publique est complété par un article L. 4131-8 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 4131-8.* – Les médecins généralistes et spécialistes s'installent pour la première fois dans une zone caractérisée par une offre de soins insuffisante, au sens du 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique.
- ③ « Les médecins sont soumis à cette obligation pour une période d'au moins deux ans suivant leur première installation. »

Article 4

- ① L'article L. 632-2 du code de l'éducation est ainsi modifié :
- ② 1° Le II est complété par un alinéa ainsi rédigé :

- ③ « Le troisième cycle de médecine générale est prolongé d'une année au cours de laquelle les étudiants exercent en pratique ambulatoire ou hospitalière avec un degré d'autonomie supérieure, dans un territoire caractérisé par une offre de soins insuffisante au sens du 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique. » ;
- ④ 2° Le III est complété par un 9° ainsi rédigé :
- ⑤ « 9° Les modalités de mise en œuvre ainsi que le degré d'autonomie supérieure de la dernière année. »

Article 5

- ① Le chapitre I^{er} du titre III du livre I^{er} de la quatrième partie du code de la santé publique est complété par un article L. 4131-8 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 4131-8.* – Par dérogation à l'article L. 161-22-1 A du code de la sécurité sociale, les médecins retraités qui poursuivent leur activité de médecine libérale dans les zones sous-denses, au sens du 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique, sont exonérés des cotisations de retraite. »

Article 6

- ① Après la première phrase du premier alinéa de l'article L. 5125-23-1 du code de la santé publique, est insérée une phrase ainsi rédigée :
- ② « Ce délai est porté à trois mois dans les zones sous-denses, au sens du 1° de l'article L. 1434-4. »

Article 7

- ① I. – 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.
- ② II. – La perte de recettes 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.

- ③ III. – 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 Ier du livre III du code des impositions sur les biens et services.

