



N° 1769

# ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

SEIZIÈME LÉGISLATURE

---

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 17 octobre 2023.

## PROPOSITION DE LOI

*visant à améliorer l'accès aux soins par la simplification,  
la territorialisation et la formation,*

(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 NEUDER, Éric CIOTTI, Olivier MARLEIX, Annie GENEVARD, Michèle TABAROT, Emmanuelle ANTHOINE, Thibault BAZIN, Valérie BAZIN-MALGRAS, Anne-Laure BLIN, Émilie BONNIVARD, Jean-Yves BONY, Ian BOUCARD, Jean-Luc BOURGEOUX, Xavier BRETON, Hubert BRIGAND, Fabrice BRUN, Dino CINIERI, Pierre CORDIER, Josiane CORNELOUP, Christelle D'INTORNI, Marie-Christine DALLOZ, Vincent DESCOEUR, Fabien DI FILIPPO, Julien DIVE, Francis DUBOIS, Virginie DUBY-MULLER, Pierre-Henri DUMONT, Nicolas FORISSIER, Jean-Jacques GAULTIER, Philippe GOSSELIN, Justine GRUET, Victor HABERT-DASSAULT, Meyer HABIB, Michel HERBILLON, Patrick HETZEL, Philippe JUVIN, Mansour KAMARDINE, Marc LE FUR, Véronique LOUWAGIE, Emmanuel MAQUET, Alexandra MARTIN, Frédéric MEUNIER, Maxime MINOT, Jérôme NURY, Éric PAUGET, Isabelle PÉRIGAUT, Christelle PETEX-LEVET, Alexandre PORTIER, Nicolas RAY,

Vincent ROLLAND, Raphaël SCHELLENBERGER, Vincent SEITLINGER,  
Nathalie SERRE, Jean-Pierre TAITE, Jean-Louis THIÉRIOT, Isabelle  
VALENTIN, Pierre VATIN, Antoine VERMOREL-MARQUES, Jean-Pierre  
VIGIER, Alexandre VINCENDET, Stéphane VIRY,

députés.

## EXPOSÉ DES MOTIFS

MESDAMES, MESSIEURS,

La politique de santé de la Nation est basée sur la volonté d'assurer à chaque citoyen, sur l'ensemble du territoire, la possibilité d'être et de demeurer en bonne santé et de se voir offrir les meilleures conditions de prise en charge sanitaire et médico-sociale.

**Toutefois, le constat est aujourd'hui sans appel : notre système de soin est malade.**

Les crises qui se sont succédées ont bouleversé et interrogé l'ensemble des fondements du système de Santé français. La récente pandémie de Covid-19 n'a fait qu'empirer davantage un système déjà mis sous tension. Si celui-ci a tenu le choc des vagues à répétition, les symptômes de ses dysfonctionnements se font de plus en plus vifs, au premier rang desquels l'épuisement du personnel médical et une réelle crise des vocations.

Selon un rapport sénatorial de mars 2022, reprenant des données actualisées en octobre 2021, 30,2 % de la population française vit dans un « désert médical ». Selon Agnès Firmin Le Bodo c'est « 87 % du territoire national qui est en désert médical ». Un autre rapport sénatorial publié en novembre 2022 indique que « la France a perdu 5 000 médecins généralistes entre 2010 et 2021, quand parallèlement elle gagnait 2,5 millions d'habitants ».

Pour un médecin de l'époque, il en faut aujourd'hui deux ou trois. Cela est dû au vieillissement de la population, mais également aux avancées sociales comme la semaine à 35 heures, la féminisation de la profession et le rapport à la parentalité. Les médecins prennent plus de congés et depuis le Covid-19, les jeunes sont en quête de sens, ils ne veulent plus sacrifier leur vie personnelle.

Par ailleurs, nous manquons d'étudiants et ceci est particulièrement dû au *numerus clausus* remplacé dernièrement par un *numerus apertus*. Nous avons certes supprimé la limitation du nombre d'étudiants en médecine, mais la capacité d'accueil des universités reste limitée. Les effectifs ont augmenté d'environ 15 % en France mais cela reste insatisfaisant.

Face à tous ces paramètres évolutifs et qui impactent l'accès aux soins de nos concitoyens, le Législateur doit apporter une réponse de bon sens et qui s'inscrit dans une vision à long terme.

Autrement dit, plutôt que des mesures coercitives qui nuiraient significativement à l'attractivité des métiers du soin, il convient de redonner à notre système de santé toute l'efficacité qui le caractérisait et qui a toujours fait la fierté de la France en la matière, notamment avec les travaux du Pr. Robert Debré en 1958.

**Aussi, trois objectifs doivent nous guider pour la survie de l'accès aux soins : territorialisation, formation et simplification. Tel est l'objet de la présente proposition de loi.**

\*

**L'article 1<sup>er</sup> vise à instituer pour une période de cinq années les grands principes susceptibles de définir notre modèle de santé pour l'avenir.** Une loi pluriannuelle de programmation en santé qui fixerait donc une trajectoire quinquennale, qui sera renouvelée et amendée à son terme.

En effet, une politique de Santé, pour être la plus efficace, doit faire l'objet d'une vision à long terme en rapprochant notamment les objectifs de santé publique et de prévention, la méthode et les moyens. Les crises récentes ont démontré la nécessité de cette gouvernance.

Aussi, Le Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie a lui-même insisté sur la pertinence « *d'une trajectoire à cinq ans pour le système de Santé, reliant objectifs de Santé, transformation du système de soins et moyens humains, matériels et financiers pour atteindre ces objectifs* ». Le Haut Conseil du financement de la protection sociale recommande, quant à lui, de « *poser une vision des finances sociales où la pluriannualité l'emporte sur l'annualité* » pendant que la Cour des comptes préconise de « *réconcilier les différents objectifs dans une perspective pluriannuelle* ».

\*

**Les articles 2 et 3** visent enfin à rendre effective la suppression du numérus clausus. Les raisons de la limitation des élèves admis en études de santé instaurée dans les années 1970 étaient de réduire la concurrence entre praticiens en considérant que moins de médecins signifiait moins de prescriptions donc de dépenses. Toutefois, le nombre de médecins n'a pas suivi l'augmentation de la population ainsi que son vieillissement, ayant pour conséquence aujourd'hui une pénurie de praticiens. La population médicale est âgée et non remplacée. Cette situation alarmante doit obliger le

Législateur à prendre des mesures de bon sens afin de revenir sur cette règle absurde.

La loi du 24 juillet 2019 a donc 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 processus de sélection constitue toujours un *numerus clausus* puisqu'il n'acte pas la fin de la sélection et se base sur les capacités d'accueil des universités, lesquelles sont très limitées. En conséquence, de nombreux étudiants se tournent vers d'autres pays de l'Union européenne où les formations en santé sont plus accessibles.

Ainsi, il est proposé de modifier l'article L. 631-1 qui conditionne le nombre d'étudiants à la capacité d'accueil de l'université et de donner de vrais moyens aux universités d'accueillir chaque année un nombre d'étudiants sur la base des besoins des territoires en priorité. La définition de ces besoins se fera en concertation avec une commission composée d'élus du territoire ainsi qu'en fonction des départs en retraite passés et futurs estimés des médecins exerçant ou ayant exercé sur ledit territoire. Cette ouverture du nombre d'étudiants pourrait aussi accroître le nombre de stagiaires en cliniques ou encore en maisons et centres de santé.

\*

D'autre part, à la fois dans le cadre de la territorialisation et de la formation, **l'article 4** est une mesure d'attractivité des territoires ruraux dont peuvent se saisir les collectivités locales. Il s'agit en effet de permettre à ces dernières de contractualiser avec les unités de formation et de recherche de médecine, les instituts de formation aux métiers de la santé et les professionnels de santé de leur territoire pour créer des internats territoriaux. Il s'agit ici de faciliter l'accès des étudiants en santé à des stages effectués auprès de praticiens libéraux.

Cette convention ouvrirait le droit au versement d'indemnités de déplacement, de restauration et d'hébergement par les collectivités locales aux étudiants signataires. De nombreux étudiants se retrouvent en effet dans l'impossibilité de réaliser un stage en dehors de leurs lieux d'études et de résidence pour des raisons financières évidentes (loyers, déplacements, etc..). Ce dispositif porte donc une double ambition : lutter contre les inégalités territoriales en matière de démographie médicale et soutenir les étudiants dans leurs projets professionnels.

\*

**L'article 5** s'intéresse aux médecins maîtres de stage universitaire. Actuellement, on compte environ 12 000 médecins généralistes maîtres de stage en France. Ils sont un maillon essentiel non seulement pour former mais également inciter les jeunes étudiants puis diplômés à s'installer notamment dans les déserts médicaux. Face à une pénurie grandissante de médecins universitaires maîtres de stage et dans une logique de simplification, il convient que leurs conditions d'agrément, de formation et de rémunération soient réévaluées afin de favoriser l'attractivité de cette fonction.

\*

En outre, face à la pénurie de médecins, notamment de médecins généralistes, il convient de reconnaître la pleine compétence des professionnels paramédicaux qui apportent beaucoup à notre système de soins. Compte tenu de leur expérience incontestable, **l'article 6** tend à ce que les professionnels paramédicaux (infirmiers, puériculteurs, kinésithérapeutes, etc.) qui le souhaitent, puissent reprendre des études accélérées de médecine au travers de passerelles qui seraient créées à leur destination. Cet article apparaît comme une mesure de bon sens tant il s'appuie sur les forces vives de notre parcours de soins.

\*

Toutefois, on distingue aussi des difficultés d'accès aux études paramédicales au premier rang desquelles les études infirmières. Depuis l'instauration de Parcoursup en 2018 dans le cadre de la loi relative à l'orientation et la réussite des étudiants, le concours d'accès en « Institut de Formation en Soins Infirmiers » (IFSI) a été supprimé. Il a été remplacé par des vœux formulés sur Parcoursup et une admission sur dossier.

Il a été démontré que ce nouveau mode de sélection des étudiants infirmiers entraîne une forte augmentation des interruptions et abandons d'étude dès la première année. Il convient également de souligner que le nombre de candidats qui postulent à un IFSI a augmenté depuis la mise en place de la procédure Parcoursup mais, du fait des différents phénomènes évoqués précédemment, le nombre de diplômés, lui, n'augmente pas et diminuerait même, ce qui est très préoccupant dans un contexte de pénurie de professionnels sur le terrain.

Or, le concours d'entrée en IFSI, tel qu'il existait avant 2018, permettait aux futurs étudiants de se projeter plus facilement dans la formation et la profession qu'ils ne peuvent le faire à présent dans le cadre d'une procédure en ligne au détriment du territoire.

De plus, la sélection via un entretien semblait être une étape primordiale permettant de s'assurer de la motivation du candidat, de son intérêt pour la profession et de ses aptitudes notamment relationnelles.

Pour toutes ces raisons, **l'article 7** propose de supprimer la procédure d'admission « Parcoursup » pour les étudiants qui souhaitent intégrer les IFSI et de réinstaurer le concours d'entrée tel qu'il existait.

\*

En outre, mesure forte de cette proposition de loi, **l'article 8** tend à combattre la fuite de nos cerveaux français vers les services de soins étrangers et notamment européens. En effet, en raison des difficultés d'accès aux études de santé en France, de très nombreux étudiants français tentent leur chance avec succès chez nos voisins européens.

Selon Campus France, la Belgique est l'une des destinations plébiscitées par les étudiants français qui souhaitent devenir médecin tout comme la Roumanie ou le Portugal aux politiques très attractives. A titre d'exemple, on sait que plus 3 000 de étudiants français ont tenté leur chance en Belgique en 2021 contre 1 200 environ en 2020. Il est donc urgent de stopper l'hémorragie et de rapatrier nos talents motivés en France.

Aussi, cet article propose que les étudiants français inscrits actuellement en études de médecine à l'étranger puissent être réintégrés (selon des conditions définies par voie réglementaire) au cursus français. Le code de l'éducation prévoit déjà les conditions dans lesquelles les titulaires d'un diplôme sanctionnant des études de santé validé à l'étranger permettant d'exercer dans le pays de délivrance peuvent postuler aux diplômes français correspondants. Il convient donc de prévoir aussi les conditions pour lesquels les étudiants français en médecine à l'étranger puissent réintégrer le cursus français afin de limiter le plus tôt possible la fuite des cerveaux dans ce contexte de pénurie de médecins.

Cette mesure ne s'appliquerait qu'aux étudiants inscrits dans une formation à l'étranger avant la promulgation de la présente proposition de loi.

\*

**L'article 9** propose de créer un principe de substitution obligatoire à chaque fois que l'agence régionale de santé envisage la fermeture d'un établissement ou d'un service hospitalier, ou la suppression au sein d'un établissement d'une spécialité médicale. Ce principe de substitution tend à proposer des solutions concrètes afin de maintenir l'accès au soin dans les territoires et dans les meilleures conditions.

Les mesures de substitution seront discutées dans le cadre d'un dialogue ouvert entre l'agence régionale de santé et les élus du territoire concerné par ladite fermeture ou suppression.

\*

Par ailleurs, il convient d'opérer à un meilleur maillage d'accès à l'imagerie médicale dans les territoires déjà dotés d'une offre de soins de proximité, c'est-à-dire dotés d'un accès aux soins de premier recours et d'un accès à la biologie médicale. Par la mise en place de ces « entités de soins primaires dans les territoires », il s'agit ici d'assurer une offre de soins primaires complète et localisée afin de répondre aux besoins de la population. En d'autres termes, les français, après avoir consulté un médecin, doivent avoir accès rapidement à de l'imagerie médicale et de la biologie en laboratoire.

C'est pourquoi, **l'article 10** propose de créer une dérogation, selon laquelle l'installation d'équipements matériels lourds d'imagerie médicale est autorisée dans l'ensemble des zones dotées d'une offre de soins de premier recours et d'une offre de biologie médicale, dès lors qu'une autorisation en cours de validité n'a pas déjà été délivrée pour un équipement similaire dans la zone concernée.

Cette dérogation a pour objectif de favoriser la continuité de l'offre de soin dans les territoires. Parce qu'elle permettra l'émergence de nombreux centres d'imagerie médicale délocalisés, cette dérogation aura un effet favorable notable quant au désengorgement des centres existants.

\*

De plus, **l'article 11**, dans une logique de simplification, lorsqu'il s'agit précisément de l'installation des équipements de matériel lourd d'imagerie médical, tend à contraindre l'agence régionale de santé à rendre son autorisation dans un délai ne pouvant excéder trois mois.



\*

Enfin, l'on distingue également depuis les dernières décennies, un recours parfois abusif - ou plutôt inapproprié - à la médecine, s'inscrivant ainsi dans un phénomène appelé « surconsommation médicale », engorgeant nos services de soins et impactant donc leur efficience. Si ce recours inapproprié à la médecine est souvent inconscient – et donc légitime -, c'est parce qu'il résulte notamment d'une méconnaissance du système de soins et d'un défaut de prévention auprès des patients.

Aussi, afin de responsabiliser le patient à une bonne pratique de la médecine, dans une logique de prévention, l'article 12 propose d'instaurer, à tous les stades de la scolarité, une formation à la santé visant à l'acquisition de compétences d'autosoins ainsi qu'à améliorer la compréhension générale de l'organisation du système de santé par la population.

\*

D'autre part, d'après un communiqué commun de l'Académie nationale de médecine et du Conseil national de l'Ordre des médecins en janvier 2023, chaque semaine, 6 à 10 % des patients n'honorent pas leur rendez-vous médicaux. Les conséquences étant nombreuses sur l'efficience du parcours de soins, compte notamment une perte de temps de consultation pour le médecin de l'ordre de deux heures par semaine.

Par extrapolation, ledit communiqué chiffre à 27 millions le nombre de rendez-vous non-honorés par an. Un phénomène qui *« désorganise gravement le travail quotidien des médecins libéraux et des consultations hospitalières, réduit la disponibilité médicale des praticiens impactés, limite l'accès aux soins pour des patients en ayant réellement besoin et contribue à majorer le nombre de patients qui s'adressent aux services d'urgence »*.

Aussi, **l'article 13** propose de responsabiliser financièrement les patients qui n'honorent pas leurs rendez-vous médicaux de façon répétée. Il s'agit de la mise en place de ce que l'on appellerait une « taxe lapin ». Les modalités du présent article seront définies en Conseil d'État.

\*

**L'article 14** permet de gager financièrement la présente proposition de loi.

PROPOSITION DE LOI

TITRE I<sup>ER</sup>

**RENFORCER L'ACCÈS AUX SOINS MÉDICAUX PAR LA  
FORMATION ET L'ATTRACTIVITÉ.**

**Article 1<sup>er</sup>**

- ① Au début du chapitre I<sup>er</sup> du titre I<sup>er</sup> du livre IV de la première partie du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1411 A ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 1411 A.* – La politique de santé de la République est fondée sur la volonté d'assurer la pérennité du système de santé français, en garantissant à chacun selon ses besoins et sur l'ensemble du territoire national un service de santé efficace, équitable et de qualité.
- ③ « Une loi de programmation en santé a pour objet de reconstruire le système de santé, placé au rang de priorité nationale, dans une logique pluriannuelle de programmation des objectifs et des moyens.
- ④ « La loi mentionnée au deuxième alinéa est adoptée par le Parlement pour une durée ne pouvant être inférieure à cinq années. »

CHAPITRE I<sup>ER</sup>

**Améliorer l'accueil et la formation des étudiants en santé par la  
transparence et la territorialisation des besoins.**

**Article 2**

- 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 dont la composition est fixée par décret et comprend des représentants élus des collectivités territoriales, des établissements publics de coopération intercommunale du territoire ainsi que des parlementaires » ;
- ③ 2° La troisième phrase est ainsi modifiée :

- ④ a) Les mots : « capacités de formation et des besoins de santé du territoire » sont remplacés par les mots : « besoins de santé du territoire puis, à titre subsidiaire, 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 : « Si les capacités d'accueil des formations en deuxième et troisième années de premier cycle d'une université sont jugées insuffisantes par la commission mentionnée à la première phrase et 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 3**

Après la troisième phrase du deuxième alinéa du I de l'article L. 631-1 du code de l'éducation, est insérée une phrase ainsi rédigée : « Les besoins de santé du territoire mentionnés à la troisième phrase sont déterminés notamment au regard des départs en retraite récents et des estimations des départs en retraite à venir des médecins exerçant sur ledit territoire. »

## **CHAPITRE II**

### **Favoriser la territorialisation des stages par l'attractivité et la simplification.**

### **Article 4**

- ① Les collectivités territoriales peuvent créer par voie de convention avec les unités de formation et de recherche de médecine, les instituts de formation aux métiers de la santé et les professionnels de santé de leur territoire, des internats territoriaux afin de faciliter l'accès des étudiants en santé à des stages effectués auprès de praticiens libéraux.
- ② La convention mentionnée au premier alinéa fixe les conditions d'accueil et d'hébergement des étudiants effectuant leur stage sur le territoire

et les modalités de stage de ces étudiants dans les cabinets des professionnels de santé signataires de la convention.

- ③ Les collectivités territoriales sont autorisées à verser aux étudiants bénéficiaires de la convention, pour la durée de leur stage, des indemnités de déplacement, d'hébergement et de restauration dont les montants et conditions de versement ont été fixés par délibération de leurs assemblées délibérantes.
- ④ Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'État.

### **Article 5**

- ① Le 3° du III de l'article L. 632-2 du code de l'éducation est complété par les mots :
- ② « dont les conditions de formation, d'agrément et de rémunération sont réévaluées par voie réglementaire afin de favoriser l'attractivité de cette fonction. »

## **CHAPITRE III**

### **Développer l'accès aux soins médicaux par la formation des professionnels paramédicaux.**

### **Article 6**

- ① Après l'article L. 632-6 du code de l'éducation, il est rétabli un article L.632- 7 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L.632-7.* – Sont créées par voie réglementaire des passerelles afin que des professionnels paramédicaux puissent reprendre des études accélérées de médecine.
- ③ « Ces passerelles favorisent en priorité la formation de médecins généralistes.
- ④ « Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'État. »

### **Article 7**

- ① I. Après le deuxième alinéa du I de l'article L. 612-3 du code de l'éducation, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ② « Par dérogation au deuxième alinéa du présent I, les candidats aux instituts de formation en soins infirmiers sont sélectionnés sur la base d'un concours comportant des épreuves écrites et un entretien destiné à apprécier l'aptitude du candidat à suivre la formation, ses motivations et son projet professionnel. Les modalités d'application du présent alinéa sont fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la prévention et de l'enseignement supérieur et de la recherche. »
- ③ II. Le présent article prend effet à la rentrée scolaire de l'année suivant la promulgation de la présente loi.

## **CHAPITRE IV**

### **Encourager l'émergence de médecins en combattant la fuite des cerveaux.**

### **Article 8**

- ① I. – Le II de l'article L. 631-1 du code de l'éducation est complété par un 11° ainsi rédigé :
- ② « 11° Les conditions et modalités d'accès dans la formation de médecine pour les étudiants français inscrits avant la promulgation de la loi n° du visant à améliorer l'accès aux soins par la territorialisation et la formation dans la même filière dans un État membre de l'Union européenne, un État partie à l'accord sur l'Espace économique européen, la Confédération suisse ou la Principauté d'Andorre. »
- ③ II. – Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport relatif au étudiants inscrits en formation de médecine à l'étranger. Ce rapport comporte des données chiffrées, notamment relatives au mode et au lieu d'exercice ainsi qu'à l'évolution de carrière de ces personnes à l'issue de leurs études.

## TITRE II

### **ASSURER LA CONTINUITÉ ET L'EFFICACITÉ DU PARCOURS DE SOIN SUR L'ENSEMBLE DU TERRITOIRE NATIONAL.**

#### CHAPITRE I<sup>ER</sup>

##### **Assurer l'accès aux soins en consacrant un principe de substitution**

###### **Article 9**

- ① La section 6 du chapitre IV du titre III du livre IV de la première partie du code de la santé publique est complétée par un article L. 1434-16 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 1434-16.* – Lorsque l'agence régionale de santé envisage la fermeture d'un établissement ou d'un service hospitalier, ou la suppression au sein d'un établissement de santé d'une spécialité médicale, elle propose préalablement, en lien avec les élus du territoire concerné, des mesures de substitution permettant aux habitants dudit territoire de conserver des conditions d'accès aux soins et de prise en charge équivalentes, en termes de qualité et de délai notamment.
- ③ « Un décret détermine les conditions de consultation des élus du territoire. »

#### CHAPITRE II

##### **Garantir la continuité des soins de proximité par le développement d'unités de soins primaires : soins de premiers recours, biologie, radiologie.**

###### **Article 10**

- ① Après l'article L. 6122-2 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 6122-2-1 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 6122-2-1.* – Par dérogation aux 1<sup>o</sup> à 3<sup>o</sup> de l'article L. 6122-2, l'installation d'équipements matériels lourds d'imagerie médicale est autorisée dans l'ensemble des zones dotées d'une offre de soins de premier recours au sens de l'article L. 1411-11 et d'une offre de biologie médicale au sens de

l'article L. 6212-1, dès lors qu'une autorisation en cours de validité n'a pas déjà été délivrée pour un équipement similaire dans la zone concernée.

- ③ « Les zones mentionnées au premier alinéa sont définies par le directeur général de l'agence régionale de santé tous les ans.
- ④ « Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'État. »

### **Article 11**

- ① Après l'article L. 6122-2-1 du code de la santé publique, tel qu'il résulte de la présente loi, il est inséré un article L. 6122-2-2 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 6122-2-2.* – Les autorisations relatives à l'installation des équipements matériels lourds telles que mentionnées aux articles L. 6122-1, L. 6122-2 et L. 6122-2-1, lorsqu'elles concernent l'installation des équipements matériels lourds d'imagerie médicale, sont rendues par l'agence régionale de santé dans un délai ne pouvant excéder trois mois à compter de la demande.
- ③ « Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'État. »

## **TITRE III**

### **PRESERVER L'ACCES AUX SOINS PAR LA CONFIANCE ET LA RESPONSABILISATION.**

#### **CHAPITRE I<sup>ER</sup>**

#### **Rationaliser la « surconsommation médicale » par la prévention et l'information des Français aux bonnes pratiques de la médecine.**

### **Article 12**

- ① Avant l'article L. 312-16 du code de l'éducation, il est inséré un article L. 312-16 A ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 312-16-A.* – En complément des enseignements concourant aux objectifs définis à l'article L. 131-1-1, il est instauré, à tous les stades de la scolarité, une formation à la santé visant à l'acquisition de compétences d'autosoins ainsi qu'à améliorer la compréhension générale de l'organisation du système de santé.

- ③ « Cette formation aborde notamment les gestes de premiers secours, les maladies transmissibles, les mesures d'hygiène et la vaccination, la santé mentale et le bien-être, la connaissance du corps humain ainsi que les bases de l'organisation du système de santé.
- ④ « Cette formation inclut également la délivrance des informations prévues aux articles L. 312-16 et L. 312-17 à L. 312-17-3.
- ⑤ « Cette formation a notamment pour but de sensibiliser aux bonnes pratiques de la médecine générale. »

## CHAPITRE II

### **Rationaliser la « surconsommation médicale » en responsabilisant les patients qui n'honorent pas leur rendez-vous.**

#### **Article 13**

- ① Après le 1° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un 1° *bis* ainsi rédigé :
- ② « 1° *bis* Les modalités et les conditions d'indemnisation du professionnel de santé au titre d'un rendez-vous non-honoré par l'assuré social et les conditions dans lesquelles les sommes ainsi versées sont mises à la charge de ce dernier. »

#### **Article 14**

- 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<sup>er</sup> du livre III du code des impositions sur les biens et services.
- ② II. La charge pour les collectivités territoriales est compensée à due concurrence par la majoration de la dotation globale de fonctionnement et, corrélativement pour l'État, par la création d'une taxe additionnelle à l'accise sur les tabacs prévue au chapitre IV du titre I<sup>er</sup> du livre III du code des impositions sur les biens et services.
- ③ III. – 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<sup>er</sup> du livre III du code des impositions sur les biens et services.