



## PROJET DE LOI N° 404 RELATIF À L'ORGANISATION ET À LA TRANSFORMATION DU SYSTÈME DE SANTÉ

*Commission de l'aménagement du territoire et du développement durable*

**Rapport pour avis n° 515 (2018-2019) de M. Jean-François Longeot, fait au nom de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable, déposé le mardi 21 mai 2019**

*La commission de l'aménagement du territoire et du développement durable a examiné, mardi 21 mai 2019, le rapport pour avis de M. Jean-François Longeot sur le projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé. La commission travaille depuis sa création sur les « déserts médicaux » et a notamment publié un rapport d'information en 2013 appelant à agir puissamment pour résorber la fracture territoriale dans l'accès aux soins.*

### **Un projet de loi inadapté à l'urgence**

#### **Des inégalités territoriales d'accès aux soins amenées à s'accroître, une situation sociale et sanitaire préoccupante**

Si le rythme d'adoption des lois « Santé » tend à s'accélérer depuis 10 ans, les inégalités d'accès aux soins **se creusent sur l'ensemble du territoire**. Auparavant résumées à l'opposition classique entre Nord et Sud, elles se retrouvent désormais à toutes les échelles géographiques selon une **configuration centre / périphérie**. Si toutes les professions de santé sont concernées par ce phénomène, les **inégalités d'accès aux médecins** sont particulièrement marquées. Les écarts de densité entre départements varient en moyenne de 1 à 3 pour les **médecins généralistes**. Ainsi, **9 % de la population française** vit aujourd'hui dans un désert de médecins généralistes, soit près de **6 millions de personnes**. L'accès aux **spécialistes** est encore plus disparate, avec un rapport de **1 à 8**, et même de 1 à 24 pour les pédiatres.

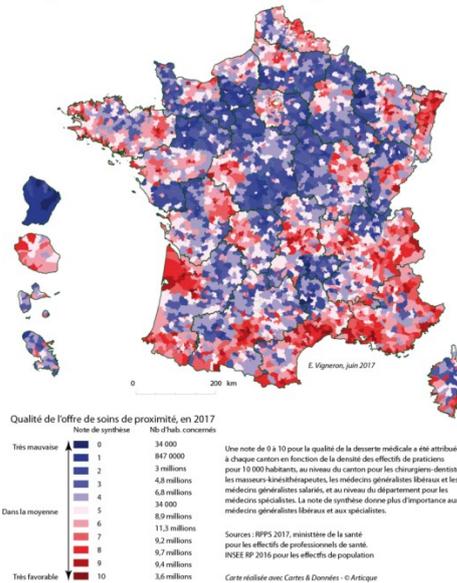
Ces inégalités **devraient se renforcer dans les années à venir**. En tendance, les effectifs de médecins vont continuer à baisser jusqu'en 2030, alors même que la population française est amenée à s'accroître. D'ici 2025, 1 médecin généraliste sur 4 aura cessé d'exercer. La densité médicale **va donc se détériorer**, particulièrement dans les territoires déjà oubliés par notre système de soins.

**Les conséquences de cette situation sont potentiellement dévastatrices** : des géographes tels qu'Emmanuel Vigneron ont ainsi démontré les conséquences de la désertification médicale sur l'état de santé des populations. La **carte des « déserts médicaux » se superpose aujourd'hui à celle de la mortalité précoce**. Ainsi, plus de 60 % des cantons regroupant la moitié de la population métropolitaine auraient connu une évolution moins favorable que la moyenne du pays ces vingt dernières années.

À cette situation sanitaire et sociale préoccupante, **s'ajoute un fardeau inacceptable pour les finances publiques** : la Cour des comptes estime que les inégalités territoriales d'accès aux soins coûtent entre **900 millions d'euros et 3 milliards d'euros par an** au système de santé. Le rapport du Comité Action Publique 2022 remis en juin 2018 au Président de la République avançait même un chiffre global de **5 milliards d'euros d'économies**

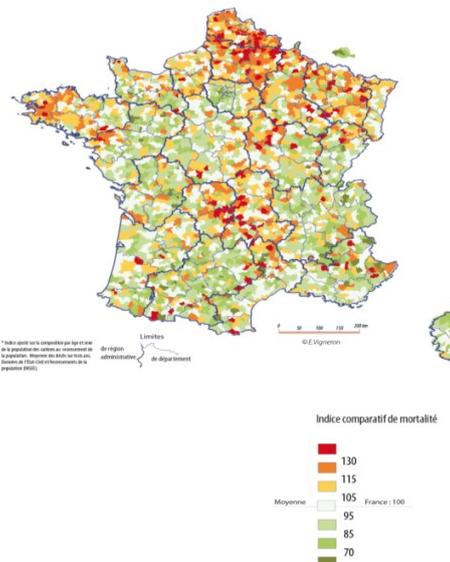
**potentielles** face aux inefficiences dans la répartition et l'allocation spatiale des soins. Aussi, l'augmentation des délais d'attente pour consulter un médecin entraîne une concentration des patients sur les urgences, dont la fréquentation a doublé en 20 ans, passant **de 10 à 20 millions de visites annuelles**.

Métropoles médicales et déserts médicaux aujourd'hui en France



Source : cartes inédites du géographe Emmanuel Vigneron.

Ecart à la mortalité moyenne par cantons en 2014-2016



### Un texte peu ambitieux et insuffisant pour répondre à l'urgence de la situation

Ce constat sur le creusement des inégalités d'accès aux soins et le manque d'ambition du projet de loi n'empêche pas la commission pour avis de juger **satisfaisantes** plusieurs dispositions du texte. Ainsi, l'élargissement des modalités de recours au médecin adjoint dans les zones sous-denses et la sécurisation du bénéfice du contrat d'engagement de service public en cas d'évolution du zonage sont de nature à encourager l'exercice médical en zones sous-denses. Le renforcement de l'association des élus, notamment des parlementaires, à la politique de santé est également positif. Enfin, les partages de compétences entre professionnels de santé, l'assouplissement du régime des protocoles de coopération, d'ailleurs préconisé par le rapport d'information de la commission sur les « déserts médicaux » de 2013, ou encore le développement du « télésoin » peuvent libérer du temps médical et rapprocher les soins des populations. **La commission pour avis souscrit naturellement à ces orientations.**

Toutefois, une grande majorité des interlocuteurs entendus par la commission affirme **douter de la capacité du projet de loi à améliorer à court terme le quotidien de nos concitoyens.**

Ainsi, la **suppression du numerus clausus** n'aura qu'un effet limité voire aucun effet sur la répartition des futurs professionnels de santé sur le territoire. En outre, les conséquences de cette réforme ne commenceront à produire leurs effets que d'ici dix à quinze ans.

À défaut d'actions fortes, rapides et pragmatiques, les fractures territoriales dans l'accès aux soins **devraient donc continuer à s'accroître**, avec un coût sanitaire, social et financier important pour notre système de santé.

**Face à l'urgence de la situation, une réponse plus ambitieuse est donc nécessaire et la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable a fait des propositions en ce sens.**

## ***La position de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable***

Les 30 amendements adoptés par la commission pour avis s'inscrivent dans une triple logique :

- adapter les études de médecine et le système de soins à l'exigence de proximité ;
- réguler l'offre de soins et réaffirmer le principe d'égal accès aux soins sur l'ensemble du territoire ;
- développer les délégations de tâches et alléger les contraintes administratives pour libérer du temps médical dans tous les territoires de la République.

### ***Adapter les études de médecine et le système de soins à l'exigence de proximité***

Sur le volet **formation**, le rapporteur pour avis a pu mesurer, au cours des différentes auditions, le rôle prépondérant des études, tant théoriques que pratiques, dans les choix d'installation des jeunes médecins. Ainsi, la commission a adopté **cinq amendements** sur ce sujet, dont quatre visent à encourager et valoriser les étudiants choisissant d'effectuer des stages en zones sous denses :

- à **l'article 1<sup>er</sup>**, la commission a adopté un amendement visant à préciser que **les études de santé favorisent, par leur organisation, la répartition équilibrée des futurs professionnels de santé sur le territoire au regard des besoins de santé** ;
- à **l'article 2**, la commission pour avis a adopté **trois amendements**. Le premier a pour objectif de **valoriser les étudiants qui ont choisi d'effectuer un stage en zones sous-denses** dans les modalités d'affectation des postes ouverts aux étudiants en troisième cycle des études de médecine. Le second vise à **imposer la réalisation d'un stage en zones sous-denses pour les internes** de médecine, au cours du troisième cycle. Le dernier vise à **intégrer les modalités d'organisation des stages en zones sous-denses** dans le cadre du troisième cycle des études de médecine ;
- à **l'article 2 bis**, la commission a adopté un amendement visant à **encourager les étudiants de deuxième cycle à effectuer des stages en zones sous-denses**.

S'agissant des **contrats d'engagement de service public (CESP)**, la commission propose d'aligner le bénéfice du zonage des zones sous-denses, pour les signataires de tels contrats, sur la durée de l'internat de médecine générale, c'est-à-dire **trois années (article 4)**. Une telle mesure vise à **sécuriser les projets professionnels et personnels des étudiants** qui souhaitent s'installer en zones sous-denses à l'issue de leur formation.

En outre, la commission a proposé d'élargir davantage les **modalités de recours au médecin adjoint**. Elle a ainsi déposé un amendement à **l'article 5** visant à ouvrir la possibilité de recourir à un médecin adjoint lorsqu'une carence, qu'elle soit ponctuelle ou permanente, est constatée par le conseil départemental de l'ordre des médecins. Elle a également adopté un **amendement à l'article 7 septies** pour rendre effective la procédure de **désignation d'un médecin traitant** introduite par les députés.

Au-delà, outre la **suppression de dispositions faiblement normatives (articles 7 B et 7 E notamment)**, la commission a souhaité prévoir la mise en œuvre d'un **système de garde dans chaque canton à l'article 7**, dans le cadre des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et dont les modalités seraient déterminées aux termes de **négociations conventionnelles**. Cette mesure tend à prolonger l'annonce faite par le Président de la République en avril 2019 sur le déploiement d'une maison de services au public dans tous les cantons de France.

Enfin, la commission a adopté **7 amendements** sur le volet des hôpitaux de proximité (**article 8**) et des groupements hospitaliers de territoire (**article 10**) visant à renforcer l'autonomie des anciens hôpitaux locaux au sein des GHT et à garantir en conséquence une offre hospitalière de proximité et de qualité dans tous les territoires. Un amendement vise notamment à **supprimer l'habilitation à légiférer par ordonnance demandée par le Gouvernement concernant les hôpitaux de proximité**, votre commission ayant regretté la méthode du Gouvernement sur ce point.

### ***Réguler l'offre de soins et réaffirmer le principe d'égal accès aux soins sur l'ensemble du territoire***

**Après l'article 4**, la commission pour avis a adopté **deux amendements** sur le sujet de la régulation de l'offre de soins et des installations des médecins dans les territoires, dans le prolongement des demandes exprimées par plusieurs associations d'élus, au premier rang desquelles l'Association des petites villes de France, Villes de France et l'Association des maires ruraux de France, et des recommandations formulées par la Cour des comptes dans plusieurs rapports entre 2014 et 2017 :

- **le premier s'articule autour d'un double dispositif** : en premier lieu, il tend à renvoyer à la **négociation conventionnelle** entre les médecins et l'assurance-maladie, la détermination des conditions dans lesquelles les médecins doivent participer à la réduction des inégalités territoriales dans l'accès aux soins et, le cas échéant, la détermination des mesures de limitation d'accès au conventionnement dans les zones sur-dotées, définies par l'agence régionale de santé. En second lieu, à défaut d'accord sur ce point entre les médecins et l'assurance-maladie dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la présente loi, cet amendement vise à mettre en œuvre un système dit de **conventionnement sélectif**, afin de limiter les installations des médecins dans les zones sur-dotées selon un principe « une arrivée pour un départ ». Ce dernier dispositif est en vigueur dans plusieurs pays tels que l'Allemagne ou le Canada. Il correspond, par ailleurs, à ce qui existe pour d'autres professions de santé, avec des effets positifs sur la répartition des professionnels concernés (sages-femmes, infirmiers libéraux, masseurs-kinésithérapeutes) mais il n'a jamais été tenté pour les médecins. Il ne s'agit pas d'une mesure de coercition mais de **régulation** de l'offre de soins, qui permettrait par ailleurs de maîtriser la croissance des dépenses de santé en zones sur-dotées. La commission relève également que **87 % des personnes interrogées dans un sondage IFOP pour le JDD souhaitent obliger les médecins à s'installer dans les zones sous-denses** ;
- le second vise à introduire une **précision relative au principe d'égal accès aux soins à l'article du code de la sécurité sociale relatif aux libertés d'exercice et d'installation des médecins**. L'inscription de ce principe, consacré tant par le Conseil constitutionnel que par le Conseil d'État, vise à rappeler que la liberté d'installation des médecins peut être limitée au nom des inégalités d'accès aux soins et de la protection de la santé, principes particulièrement nécessaires à notre temps au sens du Préambule de 1946.

### ***Alléger les contraintes administratives, développer les partages de compétences et mettre le numérique au service des populations pour libérer du temps médical dans tous les territoires de la République***

À **l'article 7**, la commission pour avis a adopté un **amendement visant à alléger les formalités applicables aux projets territoriaux de santé** en transformant la procédure de validation de ces projets par les directeurs généraux des agences régionales de santé en procédure de transmission pour avis simple, tout en **préservant l'information du conseil territorial de santé**. Les professionnels doivent se consacrer d'abord aux soins à apporter à la population et non pas à la réalisation de documents administratifs, d'autant plus que le projet de santé de chaque CPTS sera désormais validé par l'ARS.

En outre, la répartition territoriale globalement plus favorable de certaines professions de santé, ainsi que leur démographie dynamique font, plus que jamais, des **partages de compétences une des réponses à la problématique des « déserts médicaux »**. Aussi, dans le champ de sa compétence et dans la continuité des orientations du rapport du Président Maurey de 2013, la commission propose **certains approfondissements ponctuels et pragmatiques** :

- à **l'article 7 quater**, un amendement adopté par la commission vise à permettre aux **pharmaciens correspondants de prescrire des examens de biologie médicale** pour les patients atteints de pathologies chroniques, dans le cadre de l'exercice coordonné. **Portes d'entrée** dans le système de soins pour les Français, les pharmaciens et leur **réseau** sont un **atout** pour les territoires, qu'il convient de mobiliser pour lutter contre la désertification médicale ;
- à **l'article 7 sexies A**, la commission propose d'étendre le **droit de prescription de sages-femmes** à l'ensemble des actes, produits et prestations nécessaires à l'exercice de leur profession, sans limites réglementaires, pour **éviter les situations de doubles consultations**. Par ailleurs, la **reconnaissance de la place des sages-femmes dans le système de santé comme praticiennes de premier recours**, proposée par la commission à cet article, pourrait permettre de **mieux identifier leur place** dans le système de santé, afin de garantir un meilleur accès aux soins pour les Françaises sur l'ensemble du territoire.

Enfin, de l'avis des acteurs du secteur entendus par la commission, **si le numérique n'est pas une panacée, il représente une solution particulièrement intéressante, pour autant que son déploiement soit adapté aux besoins des territoires**. La commission a ainsi adopté plusieurs amendements :

- à **l'article 12**, deux amendements adoptés par la commission proposent de faire de **l'espace numérique de santé un outil au service des populations et des territoires**. Ils prévoient que l'espace numérique intègre des services permettant aux patients de connaître la **disponibilité des professionnels de santé autour d'eux** et de **saisir** l'organisme gestionnaire pour qu'un **médecin traitant leur soit proposé** ;
- **aux articles 13 et 13 bis**, deux amendements précisent que le déploiement de la télémédecine et du télésoin devra tenir compte des inégalités d'accès à Internet, afin **d'éviter que la fracture numérique ne s'ajoute à la fracture sanitaire**. Par ailleurs, un amendement adopté par la commission contraint le pouvoir réglementaire à prendre en compte la spécificité des déserts médicaux dans la détermination des conditions de prise en charge financière des actes de télémédecine, pour **garantir un remboursement effectif des téléconsultations sur l'ensemble du territoire**.



**Hervé Maurey**  
Président de la commission  
Sénateur (Union Centriste)  
de l'Eure



**Jean-François Longeot**  
Rapporteur  
Sénateur (Union centriste)  
du Doubs

Consulter le rapport : <http://www.senat.fr/rap/a18-515/a18-515.html>



Commission de l'aménagement du territoire et du développement durable  
[http://www.senat.fr/commission/dvpt\\_durable/index.html](http://www.senat.fr/commission/dvpt_durable/index.html) - Téléphone : 01.42.34.23.20