

N° 675
SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2020-2021

Enregistré à la Présidence du Sénat le 8 juin 2021

PROPOSITION DE LOI

*tendant à **lutter activement contre les déserts médicaux,***

PRÉSENTÉE

Par MM. Stéphane SAUTAREL, Jean-Claude ANGLARS, Jean BACCI, Philippe BAS, Bruno BELIN, Mmes Nadine BELLUROT, Catherine BELRHITI, MM. Étienne BLANC, Jean-Baptiste BLANC, Mme Christine BONFANTI-DOSSAT, MM. François BONHOMME, Michel BONNUS, Yves BOULOUX, Jean-Marc BOYER, Max BRISSON, Laurent BURGOA, Alain CADEC, Patrick CHAIZE, Pierre CHARON, Daniel CHASSEING, Mme Marie-Christine CHAUVIN, MM. Édouard COURTIAL, Mathieu DARNAUD, Marc-Philippe DAUBRESSE, Jean-Pierre DECOOL, Mmes Patricia DEMAS, Jacky DEROMEDI, MM. Yves DÉTRAIGNE, Laurent DUPLOMB, Mme Dominique ESTROSI SASSONE, M. Gilbert FAVREAU, Mme Françoise FÉRAT, M. Bernard FOURNIER, Mme Joëlle GARRIAUD-MAYLAM, M. Fabien GENET, Mmes Frédérique GERBAUD, Béatrice GOSSELIN, Nathalie GOULET, Sylvie GOY-CHAVENT, MM. Charles GUENÉ, Jean HINGRAY, Jean-François HUSSON, Mme Else JOSEPH, MM. Marc LAMÉNIE, Daniel LAURENT, Mme Brigitte LHERBIER, MM. Gérard LONGUET, Didier MANDELLI, Alain MARC, Hervé MAUREY, Franck MENONVILLE, Sébastien MEURANT, Mmes Laurence MULLER-BRONN, Sylviane NOËL, MM. Claude NOUGEIN, Jean-Jacques PANUNZI, Mme Vanina PAOLI-GAGIN, MM. Cyril PELLEVAT, Cédric PERRIN, Rémy POINTEREAU, Jean-François RAPIN, Damien REGNARD, Bruno ROJOUAN, Bruno SIDO, Philippe TABAROT, Mmes Claudine THOMAS, Anne VENTALON, Sylvie VERMEILLET et M. Cédric VIAL,

Sénateurs

(Envoyée à la commission des affaires sociales, sous réserve de la constitution éventuelle d'une commission spéciale dans les conditions prévues par le Règlement.)

EXPOSÉ DES MOTIFS

Mesdames, Messieurs,

Les déserts médicaux ne cessent de s'étendre en France et touchent en premier lieu le monde rural. Dans ces territoires, les patients doivent parcourir plus d'une dizaine, voire d'une centaine, de kilomètres avant de trouver un médecin généraliste et les délais d'attente pour un rendez-vous avec un spécialiste peuvent atteindre plusieurs mois, voire plus d'une année.

Pourtant, l'épidémie de Covid-19 a conduit au départ de nombreux citoyens vers ces zones rurales. Les Français aspirent désormais à des transformations profondes des modes de vie sur fond de sentiment d'état d'urgence sociale et économique. Cet exode temporaire pourrait annoncer les prémices d'un exode urbain plus massif. Dans ce contexte particulier, la question de l'accès aux soins et aux services pour tous et sur tout le territoire se pose d'autant plus.

Selon une étude de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), direction de l'administration centrale des ministères sanitaires et sociaux, publiée le 14 février 2020, une part croissante de la population vit d'ores et déjà dans des zones en sous-densité médicale. En 2018, près de 3,8 millions de Français vivaient dans ces zones sous-dotées en médecins généralistes (soit 5,7 % de la population), contre 2,5 millions (3,8 % de la population) quatre ans plus tôt. Ce sont donc près de 1,3 million de Français supplémentaires qui ont rencontré des difficultés d'accès aux soins au cours de cette période.

Ces citoyens vivent une véritable rupture d'égalité, exclus de fait du principe d'universalité de la Sécurité sociale. Le droit à la santé est pourtant un principe à valeur constitutionnelle et l'article introductif du code de la santé publique mentionne quant à lui la protection de la santé comme droit fondamental et garantit l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé « *par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne* ».

Malgré cela, l'écart ne cesse de croître entre le droit et la réalité avec une progression des inégalités territoriales d'accès aux soins. Face à ce

processus de dégradation de l'accès aux soins désormais connu par tous, et auquel la télémédecine ne peut être une réponse que partielle et complémentaire, les gouvernements successifs ont tous privilégié la voie incitative, hormis une brève expérience entre 2009 et 2011 1[1], qui n'a pas permis de mettre en œuvre les mesures adéquates et abouti aux mêmes constats d'échec.

En janvier 2021, les maires ruraux de France ont publié une étude soulignant que le nombre de cantons dépourvus de médecins a augmenté de 62 % en l'espace de 7 ans. Le nombre de médecins « toutes catégories » pour 1 000 habitants « *est systématiquement inférieur à la campagne par rapport aux territoires hyper-urbains* ».

De plus, il est à noter qu'un médecin généraliste sur deux est âgé d'au moins 60 ans, et nos territoires comptent 40 % de nouveaux praticiens de moins qu'en 1970. Les départs à la retraite ont été multipliés par six en dix ans et les projections anticipent une hausse continue jusqu'en 2025.

En novembre 2017, face à cette problématique, la Cour des comptes avait préconisé dans son rapport public thématique « *L'avenir de l'Assurance maladie, assurer l'efficacité des dépenses, responsabiliser les acteurs* » 2[2] de réguler fortement les installations en soins de ville pour rééquilibrer les effectifs libéraux en fonction des besoins de santé des populations sur le territoire, sans remettre en cause la liberté d'installation, en supprimant le conventionnement automatique avec l'Assurance maladie, celui-ci ne devant intervenir que pour répondre à des besoins de santé identifiés, variables selon les spécialités et les territoires, comme dans d'autres pays.

Cette proposition de loi vise ainsi à ouvrir une nouvelle voie face à cette situation dramatique que rencontrent nos citoyens dans ces territoires sous-dotés en proposant principalement la mise en place d'un conventionnement sélectif, mais aussi diverses mesures facilitatrices complémentaires.

1[1] Alors que la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires avait prévu la mise en place d'une « contribution forfaitaire annuelle », au plus égale au plafond mensuel de la sécurité sociale, à la charge des médecins installés dans des zones sur-denses et refusant de **signer un contrat « santé solidarité »** par lequel ils s'engageraient à « contribuer à répondre aux besoins de santé de la population des zones où les besoins en implantations ne sont pas satisfaits » ou ne le respectant pas, la loi n° 2011-940 du 10 août 2011 a supprimé cette pénalité, rendant le dispositif inopérant.

2[2] Réitérant des préconisations déjà formulées en 2014 et 2015.

L'article 1^{er} a pour objet l'extension du conventionnement sélectif des médecins à titre expérimental pendant trois ans dans les zones sous-dotées.

La voie du conventionnement sélectif permettrait une régulation de l'installation des médecins car elle présente de nombreux avantages :

- des précédents existent et ont montré leur efficacité. Des professions médicales ou paramédicales sont déjà soumises à une obligation d'installation dans des zones insuffisamment desservies, par le biais du conventionnement : la convention nationale de la profession avec l'assurance maladie est habilitée à subordonner le conventionnement d'un professionnel à son installation dans une zone tendue. Selon la formule désormais consacrée, la convention nationale détermine « les conditions à remplir pour être conventionné, notamment celles relatives aux modalités de leur exercice professionnel et à leur formation, ainsi que 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 ». Cette obligation d'installation en zone tendue, sous peine de non-conventionnement, concerne les sages-femmes et les chirurgiens-dentistes (art. L. 162-9, 8°, du code de la sécurité sociale), les infirmiers (art. L. 162-12-2, 3°, du CSS) et les masseurs-kinésithérapeutes (art. L. 162-12-9, 3°, du CSS) ;

- la régulation s'oppose moins frontalement à la liberté d'installation des médecins et est présentée comme une troisième voie équilibrée entre l'incitation et la coercition. Le conventionnement d'un médecin à l'Assurance maladie ne serait autorisé que dans le cas d'un départ d'un autre médecin (principe « une arrivée pour un départ »). Cette mesure permettrait de renforcer l'accès aux soins dans tous les territoires, en réorientant progressivement les installations des médecins vers les zones intermédiaires et les zones sous-denses. Les médecins resteraient théoriquement libres de choisir où s'installer, mais en pratique la menace de non-conventionnement les conduirait à s'installer dans les zones sous-dotées.

Une expérimentation de ce conventionnement sélectif par un comité d'évaluation sera menée sur une période de trois ans dans ces zones dites sur-dotées. Ce dispositif expérimental et temporaire de conventionnement sélectif s'appliquerait à tout médecin souhaitant s'installer dans une zone sur-dotée (quelle que soit l'ancienneté de son diplôme). Afin d'optimiser ses chances d'adoption, il ne s'appliquera qu'en cas d'inertie persistante des partenaires sociaux au 1^{er} juillet 2023. Une évaluation est prévue à l'issue des trois ans.

L'article 2 vise à compléter la liste des thèmes abordés dans le cadre des négociations conventionnelles entre l'assurance maladie et les médecins afin de prévoir l'examen de mesures incitatives, voire obligatoires, de préparation au départ en retraite des médecins exerçant dans les zones sous-denses.

Il existe d'ores et déjà une aide financée par l'assurance maladie et mise en place à la suite de la convention médicale 2016, le contrat de transition (COTRAM), qui s'adresse aux médecins libéraux installés dans une zone sous dense (ZIP) de plus de 60 ans recherchant un successeur. Ils perçoivent une aide annuelle de 10 % des honoraires de leur activité conventionnée (hors dépassements d'honoraires et rémunérations forfaitaires), dans la limite de 20 000 € par an, cette aide pouvant s'élever à 12 %, dans la limite de 24 000 € par an, en cas de majoration par l'ARS dans les zones particulièrement déficitaires. Pour les médecins exerçant en secteur 2, l'aide est proratisée sur la base du taux d'activité réalisée aux tarifs opposables par le médecin. En contrepartie, ils s'engagent à accompagner un confrère, nouvellement installé, dans leur cabinet pendant une durée de 3 ans et, selon les besoins, dans ses démarches liées à l'installation en libéral, à la gestion du cabinet et à la prise en charge des patients.

Ce dispositif étant conventionnel, il faut ainsi renvoyer, comme cela a été fait par la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé s'agissant de l'idée d'un conventionnement sélectif des médecins, à la négociation conventionnelle entre l'assurance maladie et les médecins.

Cet article vise en conséquence à compléter la liste des thèmes abordés par ces négociations en ajoutant l'accueil d'étudiants de deuxième cycle et de troisième cycle de médecine, dans les conditions de participation des médecins à la réduction des inégalités territoriales dans l'accès aux soins.

L'article 3 a pour objet de rallonger la durée de l'internat en médecine générale, pour prévoir une année finale consistant en un stage territorial d'un an.

Tout en excluant la possibilité d'exercer à l'hôpital, ce stage ne s'effectuerait pas obligatoirement auprès d'un médecin généraliste libéral afin de permettre de répondre à un besoin d'un territoire en déficit de professionnels de santé. L'encadrement pourrait être assuré par un professionnel de santé installé dans une commune limitrophe, ou par

l'Université, ou encore par l'Ordre des médecins. Un décret définira les modalités concrètes d'application de cette disposition.

L'article 4 vise à inciter les médecins libéraux situés en zones sous-denses à préparer leur départ en retraite en prenant des stagiaires.

Actuellement, les commissions d'agrément donnent un avis au directeur général de l'ARS sur l'agrément des lieux de stage et des praticiens agréés MSU tandis que les commissions de répartition proposent au directeur général de l'ARS la répartition des postes offerts au choix semestriel des étudiants de chaque spécialité et par phase, au sein des lieux de stage agréés et auprès des praticiens agréés MSU, en tenant compte de l'avis de la commission d'évaluation. Un représentant du Conseil de l'ordre des médecins siège au sein de chaque commission avec voix consultative.

Cet article modifie ainsi le 1 du 2° de l'article L. 1432-2 du code de la santé publique, qui prévoit que les ARS participent, en lien avec les universités et les collectivités territoriales concernées, à l'analyse des besoins et de l'offre en matière de formation pour les professionnels des secteurs sanitaire et médico-social, afin de rajouter les organisations représentatives de médecins.

L'article 5 a pour objet de transposer l'idée de l'atelier-relais à usage artisanal ou commercial en matière de santé.

L'atelier-relais à usage artisanal ou commercial permet à des communes et établissements publics de coopération intercommunale à fiscalité propre, dans le cadre des aides en faveur de l'immobilier d'entreprise prévues à l'article L. 1511-3 du code général des collectivités territoriales, de construire le bâtiment pour l'artisan qui en devient propriétaire à l'issue d'une certaine durée, grâce à un dispositif de location-accession à la propriété, aux médecins salariés d'un centre de santé qui pourraient ainsi devenir des médecins libéraux.

L'article L. 1511-8 du code général des collectivités territoriales traite spécifiquement des aides consenties par les collectivités territoriales et leurs groupements pour favoriser l'installation ou le maintien de professionnels de santé dans les zones sous-dotées. Il renvoie cependant la détermination de la nature et des conditions d'attribution de ces aides à un décret en Conseil d'État. L'article R. 1511-44 du CGCT prévoit ainsi que ces aides peuvent consister dans la mise à disposition de locaux (2°), ce qui n'implique pas de transfert de propriété. Le quatrième alinéa de l'article L. 1511-8 du CGCT parle cependant déjà d'investissements immobiliers

destinés à l'installation des professionnels de santé sous le biais de leur éligibilité au Fonds de compensation pour la taxe sur la valeur ajoutée.

Ce dispositif pourrait s'appliquer à un centre de santé rassemblant des professionnels libéraux et non uniquement à un professionnel isolé.

L'article 6 vise à permettre la revalorisation des indemnités des internes.

Les articles L. 6153-2 et L. 6153-3 du code de la santé publique prévoient que le régime des étudiants en respectivement deuxième et troisième cycles des études de médecine est déterminé par voie réglementaire. L'article R. 6153-10 du code de la santé publique précise les émoluments, primes perçus par les internes, dont le montant est ensuite fixé par arrêté.

Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi sont ouvertes des discussions afin de revaloriser le montant des émoluments et primes perçus par les étudiants de deuxième et de troisième cycles en médecine.

L'article 7 prévoit de compenser les charges résultant de l'application de ces articles par un accroissement des prélèvements visés aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

Proposition de loi tendant à lutter activement contre les déserts médicaux

Article 1^{er}

- ① I. – 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.* – À titre expérimental et pour une durée de trois ans, le directeur général de l'agence régionale de santé détermine par arrêté, après concertation avec les organisations syndicales représentatives des médecins, les zones dans lesquelles est constaté un fort excédent en matière d'offre de soins. Dans ces zones, 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 la même zone.
- ③ « Un décret, pris après avis du Conseil national de l'ordre des médecins, fixe les conditions d'application du présent article. »
- ④ II. – En l'absence de convention conclue dans les conditions prévues au 21° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, le I du présent article entre en vigueur le 1^{er} juillet 2023.
- ⑤ Six mois avant la fin de l'expérimentation prévue au même I, un comité composé de députés, de sénateurs, de représentants des collectivités territoriales, des administrations compétentes de l'État et des ordres des professions de santé concernées procède à l'évaluation de la mise en œuvre du présent article et propose les mesures d'adaptation qu'il juge nécessaires. Le rapport établi par ce comité est transmis au Gouvernement ainsi qu'au Parlement.

Article 2

Le 21° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale est complété par les mots : « , notamment par l'accueil d'étudiants de deuxième cycle et de troisième cycle de médecine ».

Article 3

- ① I. – Le II de l'article L. 632-2 du code de l'éducation est ainsi modifié :
- ② 1° À la première phrase du premier alinéa, le mot : « dernière » est remplacé par le mot : « troisième » ;

- ③ 2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :
- ④ « La dernière année du troisième cycle de médecine générale consiste en un stage en pratique ambulatoire réalisé dans les zones mentionnées au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique, sous un régime d'autonomie supervisée, et sous la supervision d'un médecin généraliste libéral agréé situé dans cette même zone ou dans une zone voisine, d'un centre de santé, ou du président du conseil départemental de l'ordre des médecins. »
- ⑤ II. – Un décret précise les modalités d'application du I du présent article.

Article 4

Au *l* du 2° de l'article L. 1431-2 du code de la santé publique, après la première occurrence du mot : « universités », sont insérés les mots : « , les organisations représentatives des médecins ».

Article 5

Le quatrième alinéa du I de l'article L. 1511-8 du code général des collectivités territoriales est complété par deux phrases ainsi rédigées : « Ils peuvent notamment revêtir la forme de location-vente de bâtiments neufs ou rénovés ou de crédit-bail à des conditions plus favorables que celles du marché. Le montant des aides est calculé par référence aux conditions du marché, selon des règles de plafond et de zone déterminées par voie réglementaire. »

Article 6

Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, sont ouvertes des discussions afin de revaloriser le montant des émoluments et primes perçus par les étudiants de deuxième et de troisième cycles en médecine.

Article 7

- ① I. – Les charges éventuelles résultant pour les organismes de sécurité sociale de l'application de la présente loi sont compensées, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits mentionnés aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.
- ② II. – Les charges éventuelles résultant pour les collectivités territoriales de l'application de la présente loi sont compensées, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

- ③ III. – Les charges éventuelles résultant pour l'État de l'application de la présente loi sont compensées, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.