

N° 68
SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2022-2023

Enregistré à la Présidence du Sénat le 24 octobre 2022

PROPOSITION DE LOI

visant à rétablir l'équité territoriale face aux déserts médicaux et à garantir l'accès à la santé pour tous,

PRÉSENTÉE

Par Mmes Émilienne POUMIROL, Annie LE HOUEROU, Monique LUBIN, MM. Patrick KANNER, Maurice ANTISTE, Mme Viviane ARTIGALAS, MM. David ASSOULINE, Joël BIGOT, Mmes Florence BLATRIX CONTAT, Nicole BONNEFOY, MM. Denis BOUAD, Hussein BOURGI, Mme Isabelle BRIQUET, M. Rémi CARDON, Mme Marie-Arlette CARLOTTI, M. Yan CHANTREL, Mmes Catherine CONCONNE, Hélène CONWAY-MOURET, MM. Thierry COZIC, Gilbert-Luc DEVINAZ, Jérôme DURAIN, Vincent ÉBLÉ, Mme Frédérique ESPAGNAC, M. Rémi FÉRAUD, Mmes Corinne FÉRET, Martine FILLEUL, M. Hervé GILLÉ, Mme Laurence HARRIBEY, MM. Jean-Michel HOULLEGATTE, Olivier JACQUIN, Mme Victoire JASMIN, M. Éric JEANSANNETAS, Mme Gisèle JOURDA, M. Éric KERROUCHE, Mme Marie-Pierre de LA GONTRIE, MM. Jean-Yves LECONTE, Jean-Jacques LOZACH, Victorin LUREL, Jacques-Bernard MAGNER, Didier MARIE, Serge MÉRILLOU, Mme Michelle MEUNIER, M. Jean-Jacques MICHAU, Mme Marie-Pierre MONIER, MM. Franck MONTAUGÉ, Sebastien PLA, Mme Angèle PRÉVILLE, MM. Claude RAYNAL, Christian REDON-SARRAZY, Mme Sylvie ROBERT, M. Gilbert ROGER, Mme Laurence ROSSIGNOL, MM. Lucien STANZIONE, Jean-Pierre SUEUR, Rachid TEMAL, Jean-Claude TISSOT, Jean-Marc TODESCHINI, Mickaël VALLET, André VALLINI, Mme Sabine VAN HEGHE et M. Yannick VAUGRENARD,

Sénatrices et 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,

Fermeture de lits, difficulté d'accès aux soins, pénurie de soignants, fermeture de services d'urgence : la pandémie de Covid-19 a jeté une lumière crue sur les insuffisances d'un système de santé à bout de souffle.

Ces difficultés ne sont pourtant pas nouvelles et les soignants se mobilisent depuis plusieurs années déjà afin d'alerter de cette dégradation. La crise de la Covid-19 a encore aggravé ces fragilités et notre système de santé n'a tenu, dans cette période exceptionnelle, que grâce (et aux dépens) des professionnels de santé.

Dans le secteur de la médecine libérale, la situation est également très préoccupante et contribue fortement à l'engorgement de l'hôpital public.

Aujourd'hui, 11 % des Français -6 millions de personnes - n'ont pas de médecin traitant.

Ce sont plus de 8 millions de Français qui, faute d'un praticien suffisamment proche de chez eux, ne peuvent consulter plus de deux fois par an.

Il existe en France une véritable pénurie de médecins généralistes du fait notamment de la diminution du numerus clausus jusqu'au début des années 2000.

Ce phénomène tend à s'aggraver du fait de l'augmentation de la demande de soin lié au vieillissement de la population et du départ à la retraite d'un grand nombre de médecins généralistes non remplacés. Le nombre de médecins généralistes a diminué de 1 % par an entre 2017 et 2021.

Aussi, les inégalités territoriales d'accès aux soins ne cessent de se creuser. Une partie croissante de la population peine à organiser son parcours de soins : 30,2 % de la population vit dans un désert médical.

Vivre dans une zone sous-dense multiplie par deux le taux de renoncement aux soins, avec tous les risques que cela implique. Ce

renoncement est multiplié par huit lorsque le fait de vivre dans un désert médical se couple à une « pauvreté en conditions de vie », selon la DREES.

S'ils touchent en priorité les territoires ruraux, les déserts médicaux ne sont pas l'apanage des campagnes et l'on connaît des situations tout aussi tendues dans certains territoires urbains tels que l'Île-de-France.

Qu'elles soient liées à la fermeture des urgences ou à l'absence de praticien à proximité, les difficultés d'accès aux soins ont la même conséquence : une baisse de la qualité des soins, et une perte de chance parfois dramatique qui met en péril l'un des principes fondamentaux de la Sécurité sociale : l'égal accès aux soins.

Cette situation dramatique devient insupportable à vivre pour les patients et insoutenable à porter pour les élus qui se battent sans relâche au quotidien pour trouver des solutions afin de pallier le manque de personnel de santé (en recrutant des médecins salariés, en multipliant les plans de santé, en finançant des bourses pour les étudiants...).

La désertification médicale n'est pas un épiphénomène, que l'on résoudrait par une accumulation d'incitations financières et matérielles.

Ainsi, à titre d'exemple et selon un rapport de la commission « gestion des risques » de l'Assurance Maladie présenté le 8 juillet 2022, moins de 5 000 médecins libéraux ont décidé d'adhérer au contrat d'aide à l'installation depuis sa création en 2017 dont plus de la moitié concernaient des praticiens déjà en place.

L'aide à l'installation proprement dite (jusqu'à 50 000 euros) a seulement été accordée à 2 085 médecins, essentiellement généralistes, durant cette période.

Loin d'être enrayée, la désertification médicale et les inégalités d'accès aux soins sur le territoire se sont même accentuées ces dernières années. On compte 2,6 fois plus de généralistes par habitant dans le département le mieux doté que dans le département le moins bien doté en France métropolitaine (2,1 en 2016). Cet écart de densité médicale monte à 11 pour les ophtalmologues, et à 24 pour les pédiatres.

Pour autant, il apparaît que la situation s'améliore pour certaines professions médicales comme les sages-femmes, les infirmières, les orthophonistes ou encore les masseurs kinésithérapeutes pour qui les dispositifs incitatifs ont été couplés à des contraintes d'installation en zones sur-dotées.

Le problème est structurel, l'urgence est réelle, et des réponses concrètes et ambitieuses sont plus que jamais nécessaires pour préserver notre modèle de soins. Pour ne pas laisser nos concitoyens dans la détresse, sans solution pour se soigner et afin d'assurer l'égalité des Français dans l'accès à la santé, il appartient au législateur et au gouvernement d'agir.

Pour répondre à l'urgence, la présente proposition de loi vise à améliorer la présence de professionnels de santé libéraux dans les zones sous-dotées, et garantir l'accès aux soins pour tous sur l'ensemble du territoire.

L'article 1 vise à l'instauration d'une année de professionnalisation obligatoire dans les déserts médicaux pour les médecins généralistes en fin de formation avec un double objectif de professionnalisation, de meilleure reconnaissance de la spécialité de médecine générale et de lutte contre les déserts médicaux.

Cette mesure permettrait de déployer 4 000 jeunes médecins généralistes dans les zones sous denses, soit en moyenne 40 médecins par département.

Cette année sera accompagnée d'un encadrement pédagogique renforcé avec des médecins maîtres de stage et une reconnaissance de cet exercice comme une médecine à part entière avec une rémunération nette de 3 500 € par mois.

Il s'agit donc d'un dispositif hors internat dont les modalités de mise en œuvre seront discutées avec toutes les parties prenantes, et en particulier les organisations syndicales des étudiants de troisième cycle des études de médecine générale.

En outre, cette proposition s'articule autour des départements. Les étudiants choisissent leur futur lieu d'exercice sur une liste départementale fixée par une commission départementale d'affectation et d'accompagnement à l'exercice de l'année de professionnalisation.

Cette commission départementale est composée de représentants des unités de formation et de recherche de médecine correspondante, de la délégation départementale de l'agence régionale de santé, du Conseil départemental, du conseil départemental de l'ordre des médecins, de l'union régionale des professionnels de santé, ainsi que de l'association des maires de France.

Les Départements pourraient également gérer les conditions matérielles d'accueil des étudiants ainsi que l'accompagnement dans l'installation « définitive » des jeunes médecins post-formation.

Cela s'inscrit dans la lignée de nos propositions déjà formulées pour développer la démocratie sanitaire territoriale dans le projet de loi différenciation, décentralisation, déconcentration et simplification.

L'article 2 vise à mettre en place une organisation coordonnée du parcours de soins de premiers recours.

Cette mesure a pour objectif de faciliter, pour chaque patient, dans chaque territoire, grâce au gain de temps médical et à la coordination entre les professionnels, une prise en charge par une équipe de soins primaires de proximité.

L'exercice coordonné dans des équipes de soins primaires pourra prendre la forme d'une convention d'équipe de soins primaires, d'une maison de santé pluri-professionnelle ou d'un centre de santé.

Cette nouvelle organisation de soins coordonnée centrée sur la répartition des actes entre le médecin traitant et les autres professionnels de santé au travers d'un protocole dûment établi par l'équipe, permettra de dégager du temps médical en priorité pour les patients sans médecin traitant et/ou en ALD à ce jour.

L'équipe de soins sera coordonnée par un médecin généraliste et devra être la plus inclusive possible associant, le cas échéant, des spécialistes de second recours dont le rôle dans le parcours de soin est lui aussi important. Cette équipe soignante devra également être renforcée par des assistants médicaux et des infirmières de pratique avancée.

Cette coordination optimisée entre les professionnels de santé doit permettre une prise en charge plus adaptée des patients et en particulier la prise en charge de nouveaux patients n'ayant pas de médecin traitant référent (6 millions aujourd'hui en France).

L'article 3 vise à rétablir l'obligation de garde pour les médecins libéraux selon des modalités fixées contractuellement avec l'agence régionale de santé.

Depuis 2002 et la décision du ministre Jean-François Mattei de supprimer l'obligation de garde des médecins libéraux, on observe une érosion de la permanence des soins.

Le volontariat n'est plus suffisant pour répondre à la demande de permanence des soins sur le territoire, cela est particulièrement avéré dans les déserts médicaux. La revalorisation du prix de consultation n'a pas fait ses preuves et aujourd'hui l'engorgement des urgences est directement lié à un manque de gardes de la part de la médecine libérale.

Les maisons médicales de garde ont été une première réponse apportée au besoin de permanence des soins, mais il convient aujourd'hui de revenir sur l'erreur de 2002 et de rendre obligatoire la permanence des soins pour la médecine de ville.

La continuité du service public en matière de permanence des soins relève des agences régionales de santé. Il convient qu'elle soit assurée de manière prioritaire par les établissements publics de santé, mais également par les médecins libéraux, lorsque l'offre de soins du territoire de santé l'exige, notamment dans des disciplines comme l'ophtalmologie ou la radiologie.

En complément d'une meilleure répartition des médecins libéraux sur le territoire, il est donc proposé de rendre obligatoire la participation à la permanence des soins pour les professionnels libéraux. Cette mission sera assurée en collaboration avec les établissements de santé et en concertation avec les professionnels regroupés, le cas échéant, sous la forme d'une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS).

L'article 4 vise à étendre aux médecins libéraux un dispositif de régulation à l'installation qui existe déjà pour plusieurs autres professionnels de santé (pharmacies, infirmiers, masseurs-kinésithérapeute, sages-femmes, chirurgiens-dentistes, orthophonistes)

Elle prévoit que, dans des zones définies par les ARS en concertation avec les syndicats médicaux dans lesquelles existent un excédent en matière d'offre de soins, un nouveau médecin libéral ne peut s'installer en étant conventionné à l'assurance-maladie que lorsqu'un médecin libéral de la même zone cesse son activité.

Le principe de la liberté d'installation demeure donc, mais le conventionnement n'est possible que de manière sélective pour les nouvelles installations dans les zones sur-dotées.

L'adoption d'un tel principe de conventionnement sélectif des médecins libéraux permettrait de compléter utilement les dispositifs d'incitation à l'installation dans les zones sous-dotées.

Pour lutter plus efficacement contre la désertification médicale, il est impératif de mobiliser l'ensemble des solutions possibles, en particulier lorsqu'elles ont fait leurs preuves pour d'autres professions de santé.

L'article 5 vise à rééquilibrer les conditions de cotisations sociales, les garanties de revenu et l'aide à l'installation afin qu'ils bénéficient de la même manière aux médecins libéraux qu'à la médecine salariée et donc aux employeurs des médecins salariés.

Le développement des « structures de soins pluri-professionnelles de premier recours en exercice coordonné », qu'il s'agisse des maisons de santé regroupant des libéraux ou de centres de santé où œuvrent des salariés, est aujourd'hui reconnu comme un vecteur incontournable du renforcement de l'offre de soins de proximité.

Les centres de santé sont souvent gérés et financés par les collectivités. Une charge très conséquente et injuste pour ces collectivités déjà fragilisées. Afin de les soutenir dans leurs actions en faveur de l'accès aux soins, il est indispensable que les garanties de revenu proposées aux médecins libéraux puissent s'appliquer aux centres de santé pour les accompagner dans l'équilibre de leurs recettes.

Parce qu'il est urgent, pour couvrir les besoins de santé sur nos territoires ruraux de pouvoir compter sur l'exercice des médecins libéraux, mais aussi des médecins salariés, les modalités juridiques d'exercice de la profession doivent donc être neutres d'un point de vue fiscal, social et des aides diverses à l'installation.

L'article 6 est un gage financier à cette proposition de loi dans son intégralité.

Proposition de loi visant à rétablir l'équité territoriale face aux déserts médicaux et à garantir l'accès à la santé pour tous

Article 1^{er}

- ① Le premier alinéa du II de l'article L. 632-2 du code de l'éducation est remplacé par dix alinéas ainsi rédigés :
- ② « II. – Le troisième cycle de médecine générale est suivi d'une année de professionnalisation lors de laquelle les étudiants exercent des fonctions de prévention, de diagnostic et de soins, avec pour objectif de parvenir progressivement à une pratique professionnelle autonome. Ils exercent en pratique ambulatoire auprès d'un maître de stage universitaire, dans l'un des territoires mentionnés au 1^o de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique.
- ③ « Leurs conditions matérielles d'exercice sont fixées par décret, après négociation avec les organisations syndicales des étudiants de troisième cycle des études de médecine générale.
- ④ « Les étudiants choisissent leur futur lieu d'exercice sur une liste départementale fixée par une commission départementale d'affectation et d'accompagnement à l'exercice de l'année de professionnalisation. Elle est composée :
- ⑤ « 1^o D'un représentant de l'unité de formation et de recherche de médecine correspondante ;
- ⑥ « 2^o Du directeur de délégation départementale de l'agence régionale de santé ;
- ⑦ « 3^o D'un représentant du conseil départemental ;
- ⑧ « 4^o D'un représentant du conseil départemental de l'Ordre des médecins ;
- ⑨ « 5^o Un représentant départemental de l'union régionale des professionnels de santé ;
- ⑩ « 6^o Un représentant départemental de l'Association des Maires de France.
- ⑪ « Un décret en Conseil d'État détermine les conditions d'application du présent II. »

Article 2

- ① L'article L. 1411-11-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° Après la première occurrence du mot : « santé », la fin de la seconde phrase du premier alinéa est ainsi rédigée : « , d'une maison de santé ou d'une convention entre professionnels de santé de soins de premier recours dont au moins un médecin généraliste de premier recours. » ;
- ③ 2° Après le deuxième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ④ « À compter du 1^{er} janvier 2026, l'exercice libéral de la médecine générale de premier recours est organisé sous la forme d'équipes de soins primaires. »

Article 3

La première phrase du premier alinéa de l'article L. 6314-1 du code de la santé publique est remplacée par deux phrases ainsi rédigées : « La mission de service public de permanence des soins est assurée, en collaboration avec les établissements de santé et en concertation avec les professionnels de santé, le cas échéant regroupés sous la forme d'une communauté professionnelle territoriale de santé, par les médecins mentionnés à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, dans le cadre de leur activité libérale, et aux articles L. 162-5-10 et L. 162-32-1 du même code, dans les conditions définies à l'article L. 1435-5 du présent code, de manière obligatoire si la continuité du service public l'exige. Un décret en Conseil d'État fixe les modalités d'application du présent alinéa. »

Article 4

- ① Après le 20° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, il est inséré un 20° *bis* ainsi rédigé :
- ② « 20° *bis* Dans les zones définies au 2° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique par les agences régionales de santé en concertation avec les organisations syndicales représentatives des médecins au plan national dans lesquelles est constaté un excédent en matière d'offre de soins, les conditions du conventionnement à l'assurance maladie de tout nouveau médecin libéral sous réserve de la cessation d'activité libérale concomitante d'un médecin exerçant dans la même zone. Un décret en Conseil d'État fixe les modalités d'application du présent 20° *bis* ; ».

Article 5

Le 4° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée : « La distinction entre l'exercice à titre libéral ou en centre de santé ne peut en elle-même fonder de différences dans l'octroi des aides attribuées aux praticiens en application du présent 4° ; ».

Article 6

- ① I. – Les conséquences financières résultant pour l'État de l'application de la présente loi sont compensées, 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. – Les conséquences financières 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 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.