

N° 543

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

QUINZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 10 janvier 2018.

RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES SUR LA
PROPOSITION DE LOI *visant à lutter contre la désertification médicale,*

PAR M. GUILLAUME GAROT,

Député.

Voir le numéro :

Assemblée nationale : 477.

SOMMAIRE

| | Pages |
|---|-------|
| AVANT-PROPOS | 5 |
| TRAVAUX DE LA COMMISSION | 9 |
| I. DISCUSSION GÉNÉRALE | 9 |
| II. EXAMEN DES ARTICLES | 37 |
| <i>Article 1^{er}</i> : Mise en place d'un conventionnement territorial..... | 37 |
| <i>Après l'article 1^{er}</i> | 58 |
| <i>Article 2</i> : Mise en place du tiers payant intégral dans les maisons de santé | 61 |
| <i>Article 3</i> : Mise en place du tiers payant intégral dans les centres de santé | 70 |
| <i>Article 4</i> : Gage financier | 72 |
| <i>Après l'article 4</i> | 72 |
| ANNEXES | 75 |
| ANNEXE N° 1 : LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES PAR LE RAPPORTEUR | 75 |
| ANNEXE N° 2 : LISTE DES TEXTES SUSCEPTIBLES D'ÊTRE ABROGÉS OU MODIFIÉS À L'OCCASION DE L'EXAMEN DE LA PROPOSITION DE LOI | 79 |

AVANT-PROPOS

Des milliers de Français peinent aujourd'hui à trouver un médecin près de chez eux. Généralistes et spécialistes : l'offre de soins ne correspond plus aux besoins des populations et des territoires.

Combien de familles deviennent vulnérables lorsque le médecin de la commune ou du canton part en retraite sans être remplacé ?

Comment des territoires entiers pourraient-ils être attractifs si les habitants ne peuvent compter sur une offre locale de santé ? La question vaut bien sûr pour les médecins généralistes, et plus encore pour les spécialistes. Des mois d'attente pour un rendez-vous chez un ophtalmologiste ou un dermatologue. Des départements où l'on compte le nombre de psychiatres ou de gynécologues libéraux sur les doigts d'une seule main ...

Il y a urgence à agir. Il y a urgence à concevoir les solutions qui n'ont jamais été mises en œuvre jusqu'aujourd'hui.

L'idée de régulation est au cœur de cette proposition de loi. Elle est opérationnelle et efficace pour des professions de santé aussi différentes que les infirmiers, kinésithérapeutes, pharmaciens. Elle mérite aujourd'hui d'être adaptée à la médecine libérale, pour répondre à la détresse des populations des territoires sous-dotés et à leurs médecins en grande souffrance, accablés par une charge de travail qui s'alourdit année après année.

Les inégalités d'accès aux soins se creusent. Alors que 45 % des départements enregistrent une augmentation de la population, la population des omnipraticiens accuse une diminution encore en 2016.

Malgré tous les efforts déployés, rien ne suffit à enrayer cette diminution que l'on pensait avoir anticipée. Sans succès. Il n'est pas question de faire ici le procès ou l'inventaire des choix passés mais d'apporter aujourd'hui une réponse concrète aux préoccupations légitimes de nos concitoyens.

Tous les acteurs auditionnés par le rapporteur s'accordent sur un constat. Jusqu'en 2025, notre pays doit faire face à une diminution sans précédent de la population des médecins, particulièrement des médecins généralistes. Faut-il rester les bras croisés et attendre que la courbe s'inverse ?

Plusieurs leviers ont été actionnés. De nature incitative, conventionnelle ou publique, les outils mis en œuvre jusqu'à présent n'ont pourtant pas permis de répondre à l'ampleur du problème.

La bonne volonté et l'engagement de médecins, viscéralement attachés à leur territoire et leur patientèle, permettent parfois de redresser la barre. Nous ont été ainsi citées des expériences réussies dans le département de la Lozère ou à

Belle Île. Aussi louables soient-elles, ces initiatives bienvenues demeurent malheureusement des exemples isolés, difficiles à généraliser.

Car dans beaucoup d'autres territoires, tous les efforts déployés par les acteurs de terrains, médecins comme élus, ne suffisent plus. Telle est la dure réalité à laquelle tout un chacun est confronté.

Fut un temps, il était permis d'espérer le réinvestissement des zones désertes par des médecins diplômés de l'étranger. La réalité a tordu le cou à cette attente. Le dernier *Atlas de la démographie médicale* réalisé par l'Ordre des médecins montre que les médecins étrangers s'installent là où se trouvent déjà leurs confrères.

Attaché au modèle de la médecine libérale, le rapporteur estime qu'il convient de redéfinir le contrat qui lie la Nation à ses médecins, les assurés sociaux aux offreurs de soins, faute de quoi, nos concitoyens exigeront des élus des mesures plus énergiques et surtout coercitives.

La proposition de loi ne prétend pas apporter de solution miracle. Plus qu'une réponse unique, c'est une palette d'outils qu'il convient de mobiliser. Le texte propose des mesures susceptibles d'être engagées à court terme, ce qui n'exclut nullement la recherche de solutions de long terme.

L'urgence commande de garantir l'égalité d'accès aux soins dans ses dimensions territoriale et sociale. Pour cette raison, le texte propose deux types de mesures.

L'article premier propose la mise en place d'un conventionnement territorial. Le principal argument opposé à l'initiative portée par le rapporteur et partant, au groupe parlementaire à l'initiative de ce texte, est l'absence de zones surmédicalisées. Pour faire simple, la proposition de loi ne ferait qu'organiser la répartition de la pénurie. Reçue en audition, la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) du Ministère de la Santé a développé un indicateur permettant de caractériser les zones sous-denses – l'indicateur d'accessibilité potentielle localisé. Elle a reconnu l'existence de zones sur-denses, par rapport à la moyenne nationale de densité de médecins/population : plus de 4 millions d'habitants vivent aujourd'hui dans 752 communes de zones sur-denses...

Le texte ne vise nullement à remettre en cause la liberté d'installation mais à mieux réguler les flux d'établissement, en autorisant le conventionnement pour chaque départ. Il ne propose pas une obligation d'installation dans les zones sous-dotées mais vise à décourager l'établissement dans les zones caractérisées par une surdensité médicale. Le texte n'oblige pas à l'absence aveugle de conventionnement mais repose sur le principe que les acteurs sont suffisamment responsables pour juger quelles spécialités et quelles zones sont momentanément concernées par la surdensité. À cet égard, le déploiement de l'indicateur de densité pourrait être de nature à mieux orienter les décisions des acteurs, pour établir une

cartographie de l'offre de soins dans les territoires, photographiant la présence des médecins, libéraux et salariés, généralistes et spécialistes et des autres professionnels de santé. Cette carte de territoires serait un outil précieux de pilotage des politiques publiques de santé.

Prenant acte des difficultés de mise en œuvre du tiers payant généralisé, les articles 2 et 3 visent à organiser le tiers payant dans les centres et les maisons de santé, et surtout à garantir la prise en charge technique par l'Etat du tiers payant intégral. Le tiers payant intégral est une vraie avancée pour la justice sociale et la santé publique, évitant le non-recours ou le retard des soins. Le dernier rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) a néanmoins relevé les différents obstacles au déploiement du tiers payant, pointant notamment les difficultés relatives au remboursement de la part complémentaire. Il n'appartient pas au législateur de décider des modalités techniques du tiers payant. Mais il lui appartient de désigner l'objectif à atteindre et de laisser les acteurs s'accorder sur la mise en œuvre. Le texte propose donc le tiers payant intégral, étant précisé que les garanties nécessaires à la prise en charge de la part complémentaire devront être déterminées dans le cadre conventionnel. Cette solution est juridiquement conforme à la jurisprudence du conseil constitutionnel portant sur la liberté d'entreprendre des organismes d'assurance complémentaire. Elle constitue aussi une première étape vers la généralisation du tiers payant. Des mesures ont été prises pour en permettre l'application ; il importe de les encourager en permettant un premier déploiement vers les structures d'exercice regroupé. Subsidiairement, le tiers payant pourrait aussi permettre de diriger les files d'attentes des urgences hospitalières vers des accueils ambulatoires.

Au-delà, il conviendra également d'agir sur la formation des médecins afin de faire correspondre les ressources disponibles à nos besoins. Attendre le retour à la normale en ne se satisfaisant que du redressement de la courbe démographique – *via* le desserrement du *numerus clausus* – est un vœu pieu. Il est nécessaire d'accompagner l'évolution des effectifs par l'amélioration de la qualité de la formation. Les représentants des syndicats de jeunes médecins ont fait état de plusieurs propositions de nature à faciliter l'attractivité de la médecine générale. Il convient d'en tenir compte.

Hospitalo-centrée, la formation des médecins n'encourage guère les nouvelles générations à la découverte de la médecine de proximité. S'il est nécessaire de maintenir l'attractivité des filières hospitalières, il importe aussi de rétablir un nouvel équilibre en faveur de la médecine de ville. Aussi, apparaît-il primordial au rapporteur de faciliter la découverte de la médecine de ville par le biais de stage de longue durée dans les cabinets libéraux. Notre système de santé offre déjà des structures d'accueil avec les centres et les maisons de santé. Il ne manque que la volonté politique pour organiser ces changements. Que voulons-nous en réalité ? L'excellence hospitalière autour de la recherche, de l'enseignement et des techniques innovantes tout autant que l'excellence de la pratique clinique dans le cadre des soins de premier recours.

Répondre aujourd'hui aux besoins de santé des populations et des territoires inquiets par la disparition des médecins généralistes et spécialistes est une urgence politique.

Face à une situation très critique, le laissez-faire n'est plus possible. Et les solutions du passé n'ont guère d'efficacité.

Une solution n'a jamais été éprouvée : la régulation de l'installation, pour mettre en cohérence l'offre aux besoins de santé. C'est même une régulation bien calibrée qui donnera toute leur efficacité aux mesures d'incitation conçues jusque-là. L'enjeu est majeur. Nos concitoyens attendent des résultats. La Représentation nationale a le devoir de tout mettre en œuvre en ce sens.

TRAVAUX DE LA COMMISSION

I. DISCUSSION GÉNÉRALE

La commission des affaires sociales examine, sur le rapport de M. Guillaume Garot, la présente proposition de loi, au cours de sa séance du mercredi 10 janvier 2018.

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. L'ordre du jour appelle l'examen de la proposition de loi de M. Olivier Faure et plusieurs de ses collègues, visant à lutter contre la désertification médicale (n° 477). Je rappelle que cette proposition de loi sera examinée en séance publique jeudi 18 janvier.

M. Guillaume Garot, rapporteur. Mes chers collègues, des millions de Français, vous le savez aussi bien que moi, peinent à trouver un médecin près de chez eux, qu'il s'agisse d'un généraliste ou d'un spécialiste. La réalité, vous la connaissez : des patients parfois en détresse ; des médecins en souffrance, en mal-être – en particulier en période d'épidémie – car la charge de travail devient parfois inhumaine, ils nous le disent ; des élus inquiets, car il y va aussi de l'attractivité de leur territoire.

Entre 2007 et 2017, le nombre de médecins en France est resté globalement stable – autour de 216 000 au total. Mais durant la même période, le nombre de généralistes a baissé : de 97 000, il est passé à 88 000. Mais le plus dur est à venir : un médecin sur deux a ou aura plus de soixante ans dans les années à venir.

Par ailleurs, les inégalités sont criantes entre les territoires et donc entre les citoyens. Certains départements sont bien pourvus en présence médicale – vous savez aussi bien que moi : Paris, les Hautes-Alpes, les Hautes-Pyrénées, la Savoie, les Alpes-Maritimes, l'Hérault, pour citer les mieux dotés. À l'inverse, d'autres sont très mal lotis : ainsi la Seine-et-Marne, l'Eure, l'Eure-et-Loir, l'Aisne, le Cher.

Qui plus est, depuis 2013, les inégalités s'aggravent : certains territoires concentrent de plus en plus de médecins – la Savoie, le Morbihan, la Haute-Corse, les Hautes-Alpes ; d'autres, à l'inverse, en ont de moins en moins : l'Yonne, l'Essonne, le Cher, le Loir-et-Cher, la Mayenne. Autrement dit, le problème tient autant au nombre de médecins qu'à leur répartition.

Nous arrivons là au cœur du sujet et de notre proposition. Qu'avons-nous fait – droite et gauche confondues – depuis dix ou quinze ans ? Nous avons mis le paquet sur les politiques d'incitation à l'installation, et nous avons fait le maximum. Il nous fallait des maisons de santé pour l'exercice pluridisciplinaire et

le travail en équipe ; on a fait des maisons de santé. Il fallait repérer les zones sous-denses et allouer des moyens pour les médecins qui viendraient s'installer ; c'est ce qu'on a fait – le zonage a d'ailleurs été revu récemment et publié au *Journal officiel* début janvier et les aides financières peuvent aller jusqu'à 50 000 euros par installation. Partout en France, dans ces territoires sous-dotés, les collectivités locales ont pris le problème à bras-le-corps, tous les élus locaux présents peuvent en témoigner. J'ai été maire de Laval : nous avons mis à disposition des logements pour accueillir les stagiaires. Nous avons appelé les médecins généralistes à se mobiliser pour accueillir des internes dans leurs cabinets ; ils l'ont fait. Mais au total, tout cela a-t-il produit les résultats attendus ? Non. Force est de constater que ces politiques incitatives n'ont pas eu les effets escomptés. Dans mon département, on estime que 10 000 Mayennais n'ont pas accès à un médecin traitant.

Que faire dans cette situation ? Pour paraphraser un homme célèbre, contre la désertification médicale, nous n'avons pas tout essayé. En particulier, nous n'avons pas essayé la régulation : c'est l'objet de la proposition de loi que je vous présente ce matin. Et cette régulation peut se faire par le biais d'un conventionnement territorial, comme le propose l'article 1^{er} de notre proposition de loi.

L'idée n'est pas neuve : elle avait été avancée en 2016 par plusieurs députés, aujourd'hui membres de différents groupes. À l'époque, un amendement au projet de loi de financement de la Sécurité sociale avait été déposé par Mme Annie Le Houérou, députée des Côtes-d'Armor, et un grand nombre de députés socialistes, dont certains, comme vous-même, madame la présidente, sont depuis devenus d'éminents responsables gouvernementaux ou parlementaires.

L'idée de ce conventionnement territorial, également appelé conventionnement sélectif, a été reprise dans un rapport de la Cour des comptes parus à l'automne dernier et que vous avez sans doute lu, mais également dans un rapport du Conseil économique, social et environnemental (CESE).

Quel en est le principe ? Dans certains territoires bien pourvus, l'assurance-maladie ne conventionnerait plus avec un médecin libéral là où les besoins sont déjà satisfaits. Bien sûr, libre à lui de s'installer partout ailleurs, où il le souhaite, mais surtout là où on a besoin de lui.

La régulation, à travers le conventionnement territorial, doit surtout nous permettre de refonder le contrat entre la Nation et ses médecins. Un contrat suppose des engagements réciproques. La Nation forme les médecins, leur assure un revenu au travers de l'assurance maladie et de nos cotisations ; cela impose des contreparties. En tout cas, tout doit être mis sur la table. Des précisions pourront être apportées lors du débat parlementaire, mais également dans le cadre du débat national qui doit avoir lieu : quels sont, ou quels devraient être les termes de ce contrat s'agissant du système de formation, des conditions de stages en médecine

générale – évoquées lors des auditions –, ou encore de certains aspects très concrets de la protection sociale des médecins ? Il faut tout mettre sur la table.

Avec les médecins, nous devons poser la question de leur juste répartition sur le territoire national, afin de garantir à chaque Français un principe constitutionnel : l'accès à un médecin près de chez lui. Qu'y a-t-il de choquant de dire à un médecin que c'est là que les patients l'attendent, et non là où les besoins sont déjà largement pourvus ?

Du reste, cette régulation existe pour d'autres professions de santé : les pharmaciens, les infirmiers, les kinésithérapeutes. Pourquoi ne pas inventer un système non pas similaire, mais comparable, avec les médecins ?

Nous avons eu des heures et des heures d'auditions passionnantes, très riches, parfois vives. Des arguments ont été développés ; il est normal d'y répondre.

On nous dit que la régulation ne fonctionnerait que pour ce qu'on appelle les professions « démographiquement dynamiques », en augmentation, quand il faudrait gérer un trop grand nombre d'installations. J'ai du mal à comprendre cet argument : pourquoi la régulation ne fonctionnerait-elle qu'en cas de surnombre ? C'est un principe, qui s'applique à une situation. Du reste, d'une certaine façon, la régulation existe déjà à l'hôpital : lorsqu'un poste y est disponible, on ne va pas en créer un deuxième au motif qu'un autre médecin a envie de s'installer dans le même hôpital. Pourquoi une telle forme de régulation ne fonctionnerait-elle pas pour l'exercice libéral ?

On nous a également opposés que l'on ne sait pas ce que sont les zones sur-denses. Là encore, je ne comprends pas : nous savons identifier les zones sous-denses – on en a fait une cartographie, parue au *Journal officiel* début janvier, pour cibler les aides allouées aux médecins qui viendraient s'y installer –, mais pas les zones sur-denses... J'ai donc interrogé le ministère de la santé : la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère de la santé est parfaitement capable de définir une zone sur-dense, par rapport à une moyenne nationale. Le ministère dispose de données précises, qu'il m'a transmises : actuellement, on considère que plus de 4 millions de Français vivent en zones sur-denses. Au-delà, l'enjeu est de définir une véritable cartographie des besoins de santé et surtout de l'offre de santé, spécialité par spécialité. Les généralistes, mais également l'ensemble des spécialistes, doivent être inclus, afin que nous disposions d'une vision très objective des choses et que nous puissions répondre de la façon la plus fine possible aux attentes de nos concitoyens.

Troisième argument : la régulation va décourager l'installation en médecine générale. À l'heure actuelle, ce sont souvent les médecins installés en zones sous-denses qui sont découragés : ils ont une charge de travail extrêmement lourde, n'en peuvent plus et se demandent ce qu'ils vont devenir si l'on ne fait

rien. Le découragement pourrait aussi être celui des Français : la Cour des comptes a chiffré à près de 3 milliards d'euros le coût pour les finances publiques de ces inégalités entre les territoires et les citoyens.

Par ailleurs, le conventionnement territorial pour lequel nous plaidons ne s'appliquerait pas uniquement à la médecine générale, mais à l'ensemble des spécialités : ce serait un véritable nouveau principe pour notre système de santé. Il ne s'agit pas de coercition, mais bien de régulation : on n'oblige pas un médecin à s'installer à tel endroit, on lui indique simplement qu'il ne peut pas s'installer là où les besoins sont satisfaits.

Au final, ce principe de régulation donnerait pleine puissance aux mesures d'incitation. Tout ce que l'on a fait depuis dix à quinze ans ne l'a pas été en pure perte, heureusement – elles sont d'ailleurs toujours défendues par l'actuel gouvernement. Mais il faut mettre en œuvre la régulation si l'on veut que les mesures incitatives soient vraiment efficaces.

Les articles 2 et 3 de notre texte proposent par ailleurs la mise en place du tiers payant intégral dans les maisons et les centres de santé. Pourquoi ? Le Gouvernement a annoncé le report de la mise en œuvre du tiers payant intégral. Notre objectif est donc de garantir en priorité le bon fonctionnement du tiers payant intégral dans les maisons de santé et les centres de santé dans lesquels le tiers payant est déjà en vigueur pour la part obligatoire. Nous voulons garantir aux médecins que le tiers payant intégral sera techniquement valide dans ces structures collectives d'exercice de leur métier. Les médecins souhaitent exercer dans ces structures, pour échanger avec d'autres professionnels de santé – cela fait d'ailleurs partie des mesures d'incitation. Là encore, l'idée est de leur donner leur pleine puissance.

Si j'ai bien compris, le tiers payant intégral reste un objectif pour notre pays. Pour la pratique quotidienne de nos médecins, il est très important que le temps de travail soit d'abord du temps médical, et pas du temps administratif. C'est en effet la critique – que je peux parfaitement entendre – qui a été opposée au déploiement du tiers payant intégral. Nous proposons que l'État et les organismes d'assurance complémentaire valident ensemble un procédé technique qui garantira le bon fonctionnement de ce tiers payant intégral. Ce n'est pas au médecin d'en assurer la viabilité technique.

Au cours de toutes les auditions que nous avons menées, extrêmement riches, beaucoup de propositions ont été émises. Elles ne sont pas toutes d'ordre législatif, mais parfois d'ordre réglementaire ou conventionnel : la formation, les stages, le *numerus clausus*, le soutien aux sites multiples d'activité médicale, tous ces sujets ont été évoqués et doivent être mis sur la table, dans le cadre du contrat national qu'il faut refonder avec nos médecins. Mais ce que je retiens surtout de ces auditions, et de ce que les Français nous disent dans nos circonscriptions, c'est que l'attente est forte, l'inquiétude grandit ; si nous n'apportons pas de solutions, et la régulation en est une parmi d'autres, nous ne serons pas au rendez-vous de

notre responsabilité. Celle-ci est de garantir à chaque Français que, demain, il aura accès à un médecin près de chez lui.

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Nous allons passer aux interventions des parlementaires qui, comme en 2017, ne doivent pas excéder deux minutes.

M. Marc Delatte. Au nom du groupe La République en Marche, nous vous présentons nos meilleurs vœux, surtout de bonne santé ! Je soulignerai l'excellent climat qui a prévalu lors de nos auditions communes avec le rapporteur. Je salue également son initiative, qui met la lumière sur les déserts médicaux, sujets prégnants pour nos populations sous-dotées, dans sa Mayenne, mais également dans l'Aisne, dans la Creuse et partout en France. En qualité de député, mais aussi de médecin, je peux affirmer que la profession souffre beaucoup. Prendre soin, ce n'est pas seulement se préoccuper des patients : il faut aussi prendre soin des soignants... Le *burn-out* de la profession est préoccupant. Malheureusement, il conduit à un taux de suicide très élevé, notamment chez les médecins généralistes – j'en suis. On a relaté plus d'une cinquantaine de suicides dans cette profession au cours des deux dernières années.

Nous partageons donc, monsieur le rapporteur, comme l'ensemble des députés, votre souci d'améliorer l'accès et la qualité des soins pour l'ensemble de la population. Mais nous n'avons pas la même analyse que vous sur le conventionnement sélectif. Même dans la Côte d'Azur, dans l'arrière-pays niçois, il existe des zones sous-denses. C'est l'exemple typique de la fausse bonne solution, d'autant plus que la ministre Agnès Buzyn a engagé un plan pour l'égal accès aux soins dans les territoires, axé sur le dialogue avec l'ensemble des partenaires de santé – étudiants, professionnels de santé, syndicats et conseils de l'ordre. Nous sommes évidemment soucieux d'amener des réponses.

Enfin, le tiers payant est déjà généralisé pour les affections de longue durée (ALD) et le suivi des maternités. Mais le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) est défavorable à sa généralisation dans la mesure où il ne paraît pas techniquement possible de le mettre en route. Une commission doit rendre un rapport sur ce sujet d'ici au 31 mars.

M. Jean-Carles Grelier. Monsieur le rapporteur, si nous partageons pour l'essentiel votre constat – même si l'on peut apporter quelques nuances sur les chiffres communiqués –, nous ne pouvons partager votre solution. L'enfer est parfois pavé de bonnes intentions et certains remèdes sont parfois pires que le mal... Le message que vous allez envoyer aux étudiants en médecine est absolument catastrophique : la probabilité qu'un certain nombre d'entre eux s'orientent vers l'hôpital plutôt que vers la médecine de ville est une vraie difficulté.

Le problème de fond ne tient pas forcément au nombre de médecins ni à leur répartition sur le territoire. Il s'agit plutôt de comprendre pourquoi aussi peu de jeunes étudiants en médecine font aujourd'hui le choix de la médecine de ville.

Pourquoi sont-ils si nombreux à préférer l'hôpital – notamment l'hôpital public – et le salariat ? Pourquoi, en faculté de médecine, sont-ils si peu nombreux à choisir la médecine générale ?

Aux épreuves classantes nationales (ECN) de 2016, pour 8 000 étudiants diplômés, 3 500 places étaient proposées en médecine générale : 3 200 ont été pourvues, mais seulement 1 500 jeunes étudiants ont expressément fait le choix de la médecine générale. Les 1 700 autres se sont retrouvés dans cette spécialité par défaut de bon classement aux ECN... Tant qu'on n'aura pas posé et résolu ces questions, on aura beau imposer toutes les mesures de coercition et les contraintes imaginables, jamais on ne parviendra à ramener les médecins dans nos territoires.

S'il y a une régulation dont l'État devrait aussi se soucier, c'est celle des initiatives prises par les collectivités locales : certaines interviennent beaucoup, d'autres peu, ce qui crée d'importantes disparités sur le territoire. Enfin, vous avez parlé des zones sur-dotées en citant Paris : je voudrais juste appeler votre attention sur la répartition entre les médecins de secteur 1 et de secteur 2 à Paris. Vous constaterez que, là aussi, le problème se pose de manière accrue.

M. Brahim Hammouche. Nous examinons ce matin une proposition de loi instaurant deux dispositifs : le tiers payant dans les maisons et centres de santé et un conventionnement sélectif dans les zones sous-denses. Ces deux outils ont vocation à répondre partiellement au problème des déserts médicaux. Avant tout diagnostic positif, il convient de faire un état des lieux historique – comment en sommes-nous arrivés là ? – pour pouvoir proposer un traitement de fond.

Je ne crois pas que la France souffre d'un problème de déserts médicaux. Elle souffre plutôt d'une inégalité territoriale et sociale d'accès aux soins. L'expression « désert médical » est impropre pour qualifier des disparités géographiques importantes et persistantes, car les effectifs de médecins sont globalement importants par rapport à la moyenne des pays de l'OCDE – 3,3 médecins pour 1 000 habitants en France, contre 4,1 en Allemagne et 2,8 au Royaume-Uni. Si 99,9 % de la population accède à un médecin généraliste en moins de vingt minutes, 8,1 %, selon les statistiques de la DREES, fait face à une situation de faible accessibilité et vit sur un territoire où l'offre de soins, bien que présente, est insuffisante pour répondre à la demande de soins, ce qui allonge les délais d'attente pour la prise de rendez-vous et accroît la charge de travail des professionnels. Ces disparités sont plus complexes et plus fines qu'il n'y paraît à première vue : elles sont parfois infra-départementales et divergent selon les spécialités.

En 2007, la DREES relevait globalement au niveau d'égalité semblable à celui de 1983. Mais du fait du vieillissement de la population médicale, aggravée par les fortes variations du *numerus clausus* entre 1977 et 1993 et les départs à la retraite qui en résultent, la tension démographique atteint un niveau jugé critique jusqu'en 2027 : autrement dit, dans moins de dix ans, le nombre de praticiens devrait progresser.

Enfin, les nouvelles aspirations des professionnels, en phase avec les nouvelles organisations du monde du travail, privilégiant l'équilibre entre vie privée et professionnelle, le travail en équipe et la diversité des modes d'exercice, accentuent ce phénomène.

Notre groupe est favorable à une vision holistique, et non symptomatique, qui renforce l'organisation des soins, en particulier dans les territoires sous-denses, et pose la question des politiques d'aménagement du territoire, du logement et des transports et de leur lien avec la politique de santé. Compte tenu des aspirations des jeunes générations professionnelles et des besoins des patients, nous devons repenser les relations entre patients, professionnels de santé et puissance publique, en renforçant le dialogue.

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Je vous demanderai de bien vouloir conclure.

M. Brahim Hammouche. Soucieux d'une approche pratico-pratique, au plus près des besoins et des attentes, nous souhaitons inscrire notre action dans le registre de l'efficacité et de la pertinence. Nous ne soutiendrons donc pas votre proposition.

M. le rapporteur. J'entends toutes ces interventions. Elles ont un point commun : vous appelez à continuer comme aujourd'hui. Autrement dit, continuons à faire de l'incitatif en espérant que cela marche...

M. Hammouche, appelle à des politiques d'aménagement du territoire. Je suis d'accord. Il cite les transports parmi les facteurs déterminants pour l'installation des médecins. Mon département est traversé par une ligne à grande vitesse (LGV), Laval est à une heure dix de Paris-Montparnasse. Et pourtant, nous n'avons pas de médecins en nombre suffisant ; leur nombre a même, hélas ! diminué. Si le levier de l'aménagement du territoire ou les différentes mesures incitatives étaient suffisants, nous aurions déjà, depuis dix ou quinze ans que nous menons ces politiques, obtenu des résultats. Mais le constat que je peux dresser dans mon département – et je suis convaincu qu'il y a ici des collègues qui dresseront le même – est clair : les collectivités font le maximum pour attirer des médecins, mais cela ne fonctionne pas. Nous devons donc nous interroger : comment améliorer l'efficacité de ces politiques d'incitation ? C'est le cœur du sujet.

Je conteste l'analyse de M. Grelier sur plusieurs points, même si je le rejoins sur d'autres. À l'entendre, le problème n'est pas lié au nombre ou à la répartition des médecins. Il semble bien que si, tout de même ! Il y a bien en France des zones sous-denses, des zones bien pourvues et même des zones très denses. Regardons les chiffres, partons de données objectives : il y a même des territoires dans lesquels la situation s'aggrave. Ainsi, la région Centre Val-de-Loire est très affectée par la diminution du nombre de médecins, à tel point que le conseil régional a voté, à l'unanimité, une résolution implorant la mise en œuvre

de nouvelles règles ; et parmi leurs propositions figure l'idée du conventionnement sélectif. En fonction du territoire où l'on est élu, la conscience du problème est plus ou moins aiguë...

Vous estimez, mon cher collègue, que l'on va décourager la médecine générale et encourager le choix de l'hôpital. Mais c'est déjà le cas : le salariat est de plus en plus souvent choisi, hommes et femmes confondus. Ce n'est pas lié à la féminisation, c'est un choix de vie. Mais le salariat, en centres de santé ou dans la fonction publique hospitalière, n'est pas extensible à l'infini. Vous ne pouvez pas laisser penser que, demain, tout le monde ira s'installer à l'hôpital puisque les postes y sont en nombre limité – c'est d'ailleurs, je le disais, une forme de régulation.

Si vous ne changez pas de regard sur la situation, si nous ne sommes pas capables de mettre en œuvre de nouvelles solutions, nous n'arriverons à rien. Ne me parlez pas de coercition : nous n'obligeons personne à aller s'installer là où il ne le souhaiterait pas ; nous disons simplement que là où les besoins sont déjà pourvus, l'assurance maladie ne conventionnera plus.

Il est cependant un élément intéressant dans votre analyse, que je partage, s'agissant de la tarification médicale : il faudra effectivement veiller à ne pas privilégier uniquement le secteur 2 au risque de priver une partie de la population de l'accès à la médecine. C'est pourquoi j'ai déposé un amendement prévoyant que, dans le cadre de la régulation et du conventionnement territorial, une dérogation soit accordée aux médecins qui voudraient s'installer en secteur 1 dans une zone déjà bien dotée en médecins généralistes. Nous constatons en effet que dans ces zones bien dotées, les villes côtières en particulier, les installations se font en secteur 2, ce qui signifie qu'une partie de la population locale est privée d'accès à la tarification de base de la sécurité sociale. Un médecin pourrait alors, par dérogation, s'installer en secteur 1 dans une zone sur-dense, pour garantir l'accès aux soins à tous les habitants, quels que soient leurs moyens. Les inégalités d'accès sont géographiques mais elles sont aussi financières quand la personne retarde des soins parce que les médecins auxquels elle a affaire relèvent en grande majorité du secteur 2 et pratiquent des dépassements d'honoraires.

M. Régis Juanico. Le rapporteur a été très précis et complet dans sa présentation de la proposition de loi de notre groupe. Je voudrais apporter quelques compléments concernant le constat alarmant établi en octobre dernier par l'Ordre des médecins dans son Atlas 2017. Il apparaît que le nombre de médecins inscrits à l'Ordre ne cesse de croître, mais majoritairement au bénéfice des médecins retraités. Comme l'a relevé notre Guillaume Garot, un médecin sur deux aura soixante ans ou plus au cours de l'année 2018.

Tous les rapports et études dressent le même constat : les disparités territoriales s'aggravent. Le classement de l'Ordre des médecins met en évidence l'existence de deux France séparées par une diagonale qui va du nord-est au sud-ouest de l'hexagone et la région Provence-Alpes-Côte d'Azur : l'une marquée par

l'accroissement de la population médicale en activité par opposition à celle qui perd des médecins.

Un récent rapport de la Cour des comptes établit un diagnostic sans appel sur l'inégalité d'accès aux soins. Tous les instruments incitatifs – évoqués par notre rapporteur et qui sont à la disposition de l'assurance maladie et de l'État – n'ont pas permis de lutter suffisamment contre les disparités territoriales qui ne cessent de s'aggraver. De plus, ces disparités sont très coûteuses pour les patients et pour l'assurance maladie.

Le 13 octobre dernier, le Gouvernement a présenté un plan pour renforcer l'accès territorial aux soins, en reprenant des actions existantes auxquelles il a ajouté des mesures comme la télémedecine ou l'expérimentation. Nous savons que ces mesures incitatives ne sont pas de nature à répondre au problème de l'absence de médecins dans de très nombreux territoires en France.

Pour répondre à cette situation alarmante, la proposition de loi présentée par le groupe Nouvelle Gauche crée un dispositif de régulation de l'installation des médecins, appelé conventionnement territorial. Elle vise aussi à garantir la mise en œuvre par l'État du tiers payant dans les maisons et les centres de santé, en priorité, ce qui incitera les professionnels à choisir ce mode d'exercice libéral ou salarié dans des structures collectives. Cette mise en œuvre prioritaire constituera une première étape vers la généralisation du tiers payant.

La proposition de loi défendue par notre collègue Guillaume Garot s'inscrit dans un choix plus large en faveur d'un système de santé modernisé, fondé sur la double exigence d'égalité des moyens et de qualité des soins. C'est la raison pour laquelle notre groupe la soutiendra résolument.

M. Philippe Vigier. Ceux d'entre vous qui me connaissent savent que je prône ce genre de mesures depuis dix ans. Mes propositions ont été balayées sous les quinquennats de Nicolas Sarkozy et de François Hollande. Une fois planté ce décor, j'avoue que je suis ravi de voir Guillaume Garot reprendre certaines des dispositions de la proposition de loi que j'avais défendue dans cette même salle, il y a dix-huit mois. Dans la vie, il faut savoir attendre pour qu'émergent les points de convergence...

J'aimerais apporter quelques précisions à la présentation de Guillaume Garot.

Plus encore qu'à la diminution du nombre de médecins, il faut s'intéresser à celle du nombre d'heures travaillées. L'organisation du travail des médecins a profondément évolué et le nombre d'heures travaillées est en chute libre. En revanche, cher Guillaume Garot, la densité de médecin peut varier énormément dans un même département : à Nice, il y a une surdensification médicale ; mais vingt-huit kilomètres plus haut, il n'y a plus de médecins. Nous devons changer notre manière de dresser le tableau.

Pour ce qui est des maisons de santé, je vous donnerais l'exemple de mon département, l'Eure-et-Loir. C'est le département de la région Centre qui a le moins de médecins : 87 pour 1 000 habitants. Juste avant de quitter son ministère, Marisol Touraine avait d'ailleurs accordé une dérogation exceptionnelle et autorisé qu'un médecin puisse s'y installer avant d'avoir soutenu sa thèse. Or je me heurte à un blocage de la sécurité sociale depuis neuf mois : ce n'est toujours pas possible. On a créé des maisons de santé – j'en ai une dans ma commune –, adopté des mesures financières d'un montant de 50 000 euros, mis en place des dispositifs d'accompagnements au niveau des intercommunalités, fait tout ce que vous pouvez imaginer : or cela ne marche plus.

Nous savons tous quelle question nous poser, mes chers collègues, quelle que soit notre sensibilité politique. Laissons tomber les masques et faisons œuvre utile. Pour 2018, je souhaite que, par-delà nos clivages, nous trouvions un point de convergence. Sinon, il pourrait bientôt ne plus avoir de médecine de ville à côté de la médecine hospitalière qui, elle, va très mal. La France compte 30 000 médecins en situation irrégulière, sans diplôme validé par le Conseil national de l'Ordre. J'avais déposé un amendement sur le sujet, mais il m'a été refusé.

Monsieur le rapporteur, j'approuve la régulation que vous proposez. D'ailleurs, les dentistes, les sages-femmes, les infirmiers et les kinésithérapeutes ont accepté les régulations. Les pharmaciens ne s'installent pas où ils veulent. Comme cela a été dit et comme j'ai pu le constater lors de discussions avec les syndicats que j'ai rencontrés au moins dix fois, les jeunes ne veulent pas exercer dans les mêmes conditions que vos actuels médecins traitants. Il y a un problème d'attractivité, reconnaissons-le.

En revanche, cher collègue Guillaume Garot, je ne suis pas favorable au tiers payant généralisé qui ne règle rien parce qu'il ne s'attaque pas au reste à charge. Si vous donniez les moyens de résoudre le problème du reste à charge, je vous suivrais. Cependant, comme une disposition convient, je ne demanderai pas le renvoi en commission car ce serait un acte de déresponsabilisation.

Il y a quelques semaines, j'ai déposé une proposition de loi sur la cohésion territoriale qui comportait un volet sur la télémédecine. Tout le monde trouve cela formidable. Connaissez-vous la nomenclature des actes de télémédecine ? Connaissez-vous les modalités de remboursements ? Avec cette télémédecine sans nomenclature, nous créons une fantastique inégalité entre les territoires.

Cher collègue Guillaume Garot, je serai positif et je vous soutiendrai.

M. Adrien Quatennens. La Constitution garantit le droit à la protection de la santé de chaque individu. Malheureusement, ce droit fondamental est dévoyé à cause des inégalités territoriales et sociales. Dans les premières décisions du Gouvernement, rien n'indique que ces inégalités vont diminuer et que ce droit va être mieux respecté.

Sur le plan des inégalités sociales, le dernier rapport de la Cour des comptes est sans appel : les dépassements d'honoraires ne cessent d'augmenter, notamment chez les spécialistes. Des millions de Français sont dans l'incapacité d'accéder à la santé bucco-dentaire, par exemple. Pourtant, le Gouvernement a récemment décidé de repousser l'application d'un accord arbitral visant à encadrer ces dépassements d'honoraires. Pour bon nombre de nos concitoyens, il est de plus en plus difficile de consulter des spécialistes. La gynécologie et la dermatologie répondraient-elles à des besoins que des foyers populaires et de classe moyenne n'auraient pas ? La question mérite d'être posée.

Sur le plan des inégalités territoriales, qui nous occupent particulièrement ce matin, une médecine à deux vitesses semble s'être installée. De fortes disparités s'accroissent entre les métropoles et les périphéries, et plus encore en milieu rural. Pour répondre à cette problématique, il faut du courage politique. Je sais qu'une bonne partie des députés de cette commission exerçait auparavant une activité de médecine libérale et que certains d'entre vous l'exercent encore. Ils sont certainement attachés à la liberté d'installation des professionnels. Pourtant, en tant qu'élus de la République, nous avons à œuvrer dans l'intérêt général. La liberté d'installation ne doit donc pas primer sur le respect du droit fondamental à la santé.

Permettez-moi une comparaison un peu grossière : imagine-t-on un ordre des enseignants revendiquer la même liberté d'installation, sans mode d'affectation par une autorité étatique ? Nous serions tous choqués, et à juste raison. Il est donc urgent de remettre cette liberté en cause en conditionnant le conventionnement des médecins.

Cette proposition de loi doit être encouragée. La concertation avec les organisations représentatives de la profession permettra une transition en douceur. C'est donc une mesure de bon sens, un premier pas. Cependant, il faudra aller plus loin. Nous souhaitons ici briser le tabou de la liberté d'installation. Il faudra également en briser un autre : celui de la fixation des tarifs et des dépassements d'honoraires. Au groupe La France insoumise, nous voulons aller plus loin et nous envisageons de créer un corps de médecins fonctionnaires aux compétences égales aux médecins libéraux. Cela fait partie de notre projet politique.

M. le rapporteur. Je tiens à remercier les trois intervenants, et notamment Philippe Vigier pour sa hauteur de vue et son courage. Comme Brigitte Bourguignon en son temps, il est en effet l'un de ceux qui ont déjà posé le problème ici, dans cette enceinte. Je suis convaincu qu'il nous faut laisser les étiquettes au vestiaire. Nous devons nous rassembler sur un sujet comme celui-là. Nos concitoyens nous attendent, je le répète. Il faut du courage et de la volonté. Il faut en effet faire prévaloir cette logique d'intérêt général.

Je sais bien qu'il y a des résistances, des oppositions. Avec quelques-uns, et notamment Marc Delatte que je remercie de son assiduité à nos auditions, nous avons reçu l'ensemble des organisations syndicales et professionnelles des

médecins. À présent, nous devons trouver des solutions. Il y va de l'intérêt du pays et de la population.

Philippe Vigier appelle à ne pas raisonner uniquement par département ; il a parfaitement raison. Nous devons établir une cartographie précise de l'offre de santé sur les territoires, qui recense tous les médecins, généralistes et spécialistes, afin d'appréhender de manière objective les besoins réels de la population.

Je veux mettre en garde collectivement notre assemblée. Si vous repoussez toutes les solutions, y compris celle de la régulation, vous allez susciter de l'incompréhension et même de la colère. Sinon, je l'ai dit à certaines organisations, ce ne sera plus de la régulation, mais une véritable coercition, parce que les gens n'en peuvent plus. Il faut bien le comprendre. Il faut trouver des solutions nouvelles qui n'ont jamais été mises en œuvre pour les médecins alors qu'elles ont été mises en œuvre pour d'autres professions de santé. Pourquoi ne fonctionneraient-elles pas pour la médecine ?

Quant au tiers payant, je maintiens que c'est une avancée pour notre pays, un horizon de progrès social. Je ne nie pas les difficultés techniques qui sont apparues, qu'il faut traiter. Mais c'est à l'État et à l'assurance maladie qu'il revient de trouver des solutions avec les organismes complémentaires, de telle sorte que l'on puisse garantir aux professionnels que le système fonctionnera, en premier lieu dans les centres et les maisons de santé comme le prévoient les articles 2 et 3.

Ne soyons pas frileux. Ce n'est pas parce que c'est difficile que nous devons renoncer. Nous devons trouver des solutions, répondre aux besoins et à l'appel de nos concitoyens pour que chacun puisse avoir accès à un médecin près de chez lui dans notre pays.

Mme Mireille Robert. Comme vous le rappelez dans votre rapport, ce sont les communes rurales des grands pôles ou les communes hors influence des grands pôles qui se caractérisent par une sous-densité. Pour ces communes, l'accessibilité moyenne est deux fois moindre que pour l'ensemble des communes françaises du même champ. Cette situation me paraît d'autant plus alarmante qu'elle semble amenée à s'aggraver.

Le conventionnement sélectif, tel que vous le définissez, permettra de réduire l'installation des médecins dans les zones caractérisées par une surdensité. Mais comment ferez-vous en sorte que les médecins s'installent dans les zones caractérisées par une sous-densité et non pas, par exemple, en périphérie des zones sur-denses ? Comment le conventionnement proposé peut-il répondre au besoin de médecins en plus grand nombre dans les zones sous-denses ?

Mme Josiane Corneloup. La désertification médicale préoccupe en premier lieu les territoires ruraux. Il est donc nécessaire que nous nous saisissions de ce sujet afin de comprendre ce qui provoque l'inégal accès aux soins. Il est nécessaire également que nous soutenions les dispositions susceptibles d'y remédier.

La proposition de loi que nous examinons aujourd'hui comporte deux caractéristiques qui sont des écueils majeurs : elle est tout à la fois restrictive et normative.

Elle est restrictive parce qu'elle n'aborde la question de la baisse du nombre des installations de médecins dans les déserts médicaux que par son seul aspect administratif, c'est-à-dire l'ouverture ou non de cabinets. Ce faisant, elle occulte tous les paramètres qui fondent la répartition actuelle : le *numerus clausus*, le contexte socio-économique et l'attractivité d'un territoire, la couverture numérique, l'existence d'un projet professionnel collectif, les possibilités d'emploi du conjoint offertes sur le territoire et bien d'autres points qui n'apparaissent pas dans le texte proposé. Il me semble que nous devons considérer tous ces paramètres.

Cette proposition est également normative, ce qui marque une certaine continuité avec la politique de santé menée sous le dernier quinquennat, qui vise à imposer un lieu d'installation pour les médecins en menaçant de déconventionner ceux qui feraient un mauvais choix géographique, de même que la généralisation du tiers payant, quitte à décourager encore plus les vocations des jeunes par une surcharge administrative et à dissuader les médecins retraités de poursuivre leur activité. Il ne faut pas imposer ; il faut au contraire libérer.

Une politique de santé publique ne peut se faire contre les professionnels, elle doit se faire avec eux. Il faut inciter davantage en revoyant sans doute les zonages déterminés par les agences régionales de santé (ARS) pour leur préférer la notion de bassins de vie. Il faut également lever les verrous administratifs pour proposer des dispositifs fiscaux attractifs, comme le propose l'un de mes amendements. Il faut encourager les jeunes médecins à découvrir les territoires, ce que les stages en ambulatoire permettent en donnant des résultats prometteurs.

Pour terminer, je dirais qu'il est dommage de caricaturer des professionnels qui ne seraient attirés que par le soleil et les régions touristiques. Si les métropoles attirent, elles le font sur l'ensemble du territoire, qu'il s'agisse d'Amiens, de Caen, de Limoges, de Nice ou de Marseille. Enfin, pour ce qui est de l'attractivité des régions ensoleillées, j'y mettrais un bémol : j'ai eu la curiosité de rechercher la carte concernant la variation de densité des médecins généralistes en activité régulière pendant la période 2007-2017 ; or cette variation est négative dans quatre-vingt-sept départements.

Cette proposition de loi a le mérite d'ouvrir le débat, mais elle le ferme aussitôt. Si mes amendements de suppression n'étaient pas adoptés, je voterais contre ce texte.

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Vous aurez l'occasion de revenir sur vos arguments lors de la discussion sur les amendements. C'est pourquoi je vous demande de respecter votre temps de parole de deux minutes car nous avons encore dix interventions dans le cadre de la discussion générale.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Cette proposition de loi va nous permettre de réfléchir sur la baisse d'attractivité de la médecine libérale, et je remercie ses auteurs de nous offrir cette occasion.

La médecine repose sur deux piliers : la médecine libérale et l'hôpital. Si l'on écoute un peu tout le monde, la France serait devenue un désert médical. Je pense que le problème est beaucoup plus complexe et vaste. Certains territoires, notamment les zones rurales, peuvent rencontrer des difficultés à attirer nombre de professionnels, et pas seulement des médecins. Dans ma circonscription, située à dix minutes du centre de la métropole de Lyon, l'une des communes n'a plus de médecin généraliste alors qu'elle héberge le plus grand centre hospitalier de la région Rhône-Alpes.

Le problème de la désertification est un peu plus compliqué qu'on ne le croit. Nous avons affaire à une nouvelle génération de médecins qui veulent changer leur mode d'exercice pour des raisons de confort de vie et qui tendent à préférer l'hôpital. Plus nous augmenterons les contraintes pesant sur les médecins libéraux, moins la médecine libérale sera attractive et moins nos concitoyens auront accès à des médecins généralistes.

Cette proposition de loi est intéressante en ce qu'elle nous pousse à trouver des solutions. Comment soutenir la médecine libérale et amener de jeunes médecins à s'installer ? Seulement 12 % des jeunes s'installent en médecine libérale au sortir de leurs études. Le nombre d'installations diminue dans quatre-vingt-sept départements, ce qui montre que le problème est global. Nous devons donc réfléchir à la manière d'améliorer la pratique de la médecine générale, de libérer les médecins généralistes de la paperasse administrative, de revaloriser cette profession sachant qu'une consultation à 25 euros bruts rapporte 10 euros nets...

Cette proposition de loi n'apporte pas la solution, d'autant que le tiers payant ne fera qu'aggraver le phénomène en alourdissant la paperasse que devront gérer les médecins.

M. le rapporteur. Madame Robert, votre remarque est juste : la proposition de loi ne vise pas à imposer l'installation en zone sous-dense. Il me semble que ce n'est pas non plus ce que vous proposez. Vous reprochez à ce dispositif de ne pas garantir des installations dans les territoires sous-denses. Certes, mais où est sa valeur ajoutée ? La régulation prévue constitue précisément le levier qui fait actuellement défaut. Quand il sera mis en place, le médecin envisagera les possibilités d'installation en dehors des régions bien dotées et, à partir de là, les politiques d'incitation prendront tout leur sens et toute leur efficacité.

Mme Corneloup reproche à ce texte d'être tout à la fois restrictif et normatif. Pour ma part, j'assume la nécessité de fixer des règles. On a beau être dans un système libéral de l'exercice de la médecine, heureusement qu'on a des

règles ! Et nous avons besoin de règles nouvelles, qui apportent de l'efficacité. Il n'est tout de même pas scandaleux ou choquant que la Nation fixe des objectifs d'intérêt général face à la liberté des médecins de s'installer exactement là où ils veulent. En tant que parlementaires, nous sommes d'ailleurs là pour cela. C'est cela, une politique de santé. Nous devons avoir des objectifs pour répondre aux besoins de nos concitoyens. Il ne faut pas inverser les choses. Il ne s'agit pas de créer des contraintes supplémentaires ; d'ailleurs, au cours des auditions, il est apparu de façon très claire que les organisations syndicales de médecins avaient des demandes et je les ai entendues.

Vous reprochez à cette proposition de loi de ne pas faire l'inventaire de toutes les solutions possibles ou de toutes les contraintes à lever. Certes, elle ne le fait pas, et pour une raison d'ordre juridique : un tel inventaire n'a rien à faire dans une loi car il relève du domaine réglementaire ou conventionnel. Il faut refonder le contrat entre la Nation et ses médecins, vous ai-je dit. Les éléments que vous avez évoqués participent de ce contrat. Je partage votre avis concernant la formation, les stages et la paperasserie qui peut s'amonceler. Dans mon département, j'entends d'ailleurs d'autres professions, notamment les agriculteurs, se plaindre de la paperasse. Nous devons traiter ces sujets, mais ne refusons pas la régulation, c'est-à-dire l'outil qui va assurer l'efficacité des solutions que nous mettrons en œuvre.

Enfin, M. Isaac-Sibille estime que ces mesures représentent des contraintes supplémentaires. Je n'y vois pas de contraintes supplémentaires, mais des règles que nous devons collectivement adopter. Il fait observer que des zones sous-denses et sur-denses pouvaient coexister dans un même département, qu'une concentration et une absence cruelle de médecins pouvaient coexister dans une même ville, à quelques kilomètres de distance. En effet, et c'est bien pour cela que nous avons besoin d'une cartographie : nous devons avoir une vision beaucoup plus claire de la réalité médicale de nos territoires. Afin que nous puissions travailler de manière encore plus efficace, je demande au ministère de nous fournir une carte précise de l'offre de santé actuelle, de la répartition des généralistes et des spécialistes sur le territoire.

M. Julien Borowczyk. Monsieur Garot, c'est avec beaucoup d'intérêt que j'ai lu votre rapport et que je vous ai écouté en présenter les conclusions. Comme vous, je pense que nous devons nous rassembler autour de projets communs pour lutter contre la désertification médicale et je serais ravi de pouvoir travailler avec vous sur d'autres sujets.

Malheureusement, si l'auscultation a été de bonne qualité, le traitement est homéopathique... Cela étant, mieux vaut prescrire un traitement homéopathique lorsque le diagnostic est erroné ! Reste que, au final, vous envoyez un message de coercition alors que, répétons-le, la coercition tue l'attractivité.

Vous n'avez répondu que partiellement à ma collègue Mireille Robert. C'est comme si vous proposiez de diminuer l'arrosage à Marseille pour lutter

contre la sécheresse au Sahel. Vous dites vouloir lutter contre l'installation dans les zones sur-denses mais en aucun cas vous ne garantissez l'installation dans les zones sous-denses.

Il y a aussi un vrai problème de définition. Qu'est-ce qu'une zone sur-dense ? Comment est-elle calculée ? Est-ce un quartier ? Est-ce un cabinet de groupe ? Est-ce une ville ? Prenons une base 100. À partir de là, qu'allez-vous dire aux médecins installés sur place ? À ceux qui sont au-dessus du seuil, allez-vous annoncer que leur cabinet va être supprimé à bref délai ou lorsqu'ils cesseront leur activité ? Vous allez multiplier le nombre de remplaçants car certains médecins persisteront à aller dans des zones attractives. Vous allez peut-être créer, comme c'est le cas pour les pharmacies, un coût au rachat du cabinet.

La coercition est toujours contre l'attractivité : 1 000 médecins libéraux dévissent leur plaque chaque année ; 25 % des gens formés en médecine ne feront jamais de soins. Le tiers payant contribue encore à la baisse de l'attractivité qui est au cœur du problème. Le tiers payant généralisable, pourquoi pas ? Quant au tiers payant généralisé, compliqué à appliquer, présente-t-il un intérêt ? Essayons d'abord d'aider les gens éligibles au tiers payant, notamment *via* la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), à accéder aux soins.

« Il faut une âme forte et riche en générosité pour résister au découragement qui naît de la déception », disait George Sand... Mettons fin à la déception accumulée des médecins, car ils commencent à se décourager.

M. Gilles Lurton. Nous sommes tous d'accord pour convenir qu'il existe un problème de désertification médicale qui nuit aux patients et ne va faire que s'aggraver. Nous sommes tous confrontés à ce phénomène dans nos circonscriptions respectives. Vous avez cité la Mayenne, monsieur le rapporteur ; pour ma part, je suis élu d'une de ces circonscriptions touristiques du littoral dont j'entends dire qu'elles seraient bien dotées. En fait, cela n'est plus le cas.

Sous le précédent quinquennat, nous avons en effet discuté du dispositif que vous proposez. Il était alors présenté sous la forme d'un amendement dans le cadre du projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS). Si cet amendement m'avait, je l'avoue, séduit dans un premier temps, il m'apparaît désormais inopérant car je retiens le risque de découragement évoqué par mon collègue Jean-Carles Grelier. Nous risquons en effet de décourager encore plus de médecins de s'orienter vers la médecine libérale. En outre, je doute de l'efficacité du déconventionnement : pour s'installer là où ils le souhaitent, certains médecins vont accepter d'être déconventionnés, quitte à pratiquer des tarifs très largement supérieurs aux tarifs normaux de remboursement de la sécurité sociale, au détriment des patients. Nous risquons d'introduire une médecine à deux vitesses.

Enfin, monsieur le rapporteur, pourriez-vous nous préciser la position des organisations syndicales d'étudiants en médecine et de médecins que vous nous dites avoir reçues ?

Mme Monique Iborra. Cette proposition de loi porte sur un problème que nous connaissons depuis bien longtemps et que personne n'a réglé à ce jour : jusqu'à présent, nous avons davantage traité le symptôme que la maladie.

Les déserts médicaux sont souvent associés à des zones désertées par d'autres équipements et services – notamment les plateaux techniques auxquels peuvent recourir les médecins – et par les entreprises. Les mesures incitatives à l'égard des médecins sont-elles efficaces ? On peut se le demander. La politique de santé est largement tributaire de la politique de l'aménagement du territoire : on a peut-être beaucoup fait pour d'autres, mais pas assez pour les médecins. Quoi qu'il en soit, il faut arrêter d'empiler les mesures incitatives auxquelles plus personne ne comprend rien, qui coûtent très cher à la société et dont l'efficacité reste très limitée. Il faut vraiment passer à autre chose.

La revalorisation de la médecine générale, dont on parle depuis si longtemps, reste un vœu pieux. Or on doit commencer par là, car les jeunes médecins ne veulent pas faire de la médecine générale et ils s'installent très longtemps après avoir obtenu leur diplôme. Personne n'a eu le courage de réformer le *numerus clausus*, dont on parle aussi depuis longtemps, car les médecins sont opposés à une telle réforme. Ses effets ne seront pas immédiats, certes, mais ils seront à jamais inexistantes si elle n'est pas appliquée.

La régulation prévue dans cette proposition de loi avait été proposée mais jamais entreprise. C'est bien dommage parce que nous aurions pu en évaluer les effets. On peut imaginer les raisons pour lesquelles elle n'a pas été appliquée.

Le vrai problème reste celui de l'accès aux soins. Dans le département de la Haute-Garonne, qui n'est pourtant pas sous-doté en médecins, nous avons eu d'énormes problèmes pendant les fêtes. Les maisons médicales de garde avaient fermé à midi et il y avait très peu de généralistes d'astreinte. Il faut donc s'interroger sur l'organisation de la permanence des soins, et pas seulement sur le nombre de médecins. Il a fallu réquisitionner des médecins. Les services d'urgence du SAMU ont été complètement embolisés. Je me demande qui assurerait les urgences s'ils n'étaient pas là. Le fait d'avoir plus de médecins sur place ne garantit pas l'accès aux soins.

M. le rapporteur. Madame Iborra, il n'est pas tout à fait vrai que les déserts médicaux sont le calque des régions désertées par les entreprises. C'est parfois l'inverse, comme le signalait notre collègue Gilles Lurton : dans certains départements extrêmement dynamiques, il existe des poches où l'offre de santé n'est pas satisfaisante. C'est le cas en Ile-et-Vilaine et dans mon département de la Mayenne, pourtant très dynamique sur le plan économique et qui se situe à une heure dix de Paris en train. Il n'y a pas de problème d'aménagement du territoire ou d'activité économique ; or on y manque des médecins.

Vous avez raison, il faut travailler sur l'attractivité de la profession de médecin généraliste. C'était le but des mesures prises depuis une dizaine d'années

et qui sont prolongées aujourd'hui. La promotion des maisons de santé répond au besoin de travailler en équipe, avec d'autres professionnels de santé. Malheureusement, cela ne marche pas. Il y a encore plein de maisons de santé vides de médecins généralistes, alors que d'autres professionnels de santé y sont déjà présents et qu'il y a déjà un projet médical.

Cela signifie qu'on a bien perçu le problème de l'attractivité de la profession de médecin généraliste et qu'on y répond depuis de nombreuses années, mais que cela n'est pas suffisant. Comme le disait notre collègue Monique Iborra, la seule chose qu'on n'ait pas essayée, c'est la régulation. Les gouvernements précédents l'ont repoussée, comme semble le vouloir le faire le présent gouvernement : nous verrons cependant ce qu'il en sera le 18 janvier, au moment de l'examen de notre proposition en séance publique. Mais Monique Iborra a raison : il faut essayer la régulation.

Mme Monique Iborra. Ce n'est pas tout à fait ce que j'ai dit !

M. le rapporteur. Moi, c'est ce que j'avais compris, chère Monique...

M. Borowczyk soutient que la régulation ne fonctionnera pas. Est-ce à dire qu'il faudrait aller au bout de cette logique et passer à la coercition pour que les besoins de santé soient pourvus ? Car la preuve est faite de l'inefficacité de tous les dispositifs incitatifs mis en place depuis des années. Mon département de la Mayenne n'a cessé d'être à la pointe de toutes les solutions apportées à l'époque : en tant que conseiller départemental et ancien maire, je me souviens comment des équipes de Mayenne extrêmement énergiques ont mis en place des pôles de santé. Pourtant, dans le Nord de la Mayenne, aujourd'hui, à Villaines-la-Juhel, je vois des médecins qui n'en peuvent plus. Il reste quatre médecins généralistes, dont deux s'en vont, l'un pour partir à la retraite, l'autre pour des raisons personnelles. Or aucun médecin ne vient s'installer à leur place, malgré toutes les mesures incitatives, les aides à l'installation et la promesse du travail en équipe.

Que fait-on alors ? Les mesures incitatives ne produisent pas le résultat attendu. Voilà, fondamentalement, le sujet. Tel est aussi le cœur de la proposition, qui veut faire de la régulation un nouveau levier pour donner plus d'efficacité à l'incitation.

À vous entendre, mon cher collègue, on ne sait pas ce qu'est une zone sur-dense.

Au-delà des éléments de langage que vous a distribués le ministère, la DREES, que j'ai reçue en audition ce lundi, m'a expliqué, chiffres à l'appui, ce qu'étaient les zones sous-denses et les zones sur-denses. Dans mon propos liminaire, je soulignais que près de quatre millions de personnes se trouvent en zone sur-denses, soit 752 communes.

Enfin, un problème de santé publique se pose. Des médecins qui ne sont pas accessibles engendrent des retards de soins, l'aggravation de certaines pathologies et de certaines épidémies ; il faut donc répondre à tout cela. Le tiers

payant est d'ailleurs aussi un levier supplémentaire pour qu'on puisse garantir aujourd'hui que, en matière de santé publique, on se donne tous les moyens de répondre aux besoins, qu'il s'agisse des pathologies ou des épidémies.

Enfin, M. Gilles Lurton a évoqué la question de la patientèle, dont il craint que le coût ne se trouve renchéri dans les zones sur-denses par le fait que, en application de l'article 1^{er}, un médecin ne pourra venir s'installer que lorsqu'un autre s'en ira ; et du coup, la place disponible donnerait lieu à un marché, pour ne pas dire à des enchères.

Cela étant, il ne faut pas inverser les choses. D'où vient le coût, très élevé, de ces patientèles ? Précisément de la concentration de médecins existants. C'est cela qui fait monter le coût des patientèles, et non la régulation. C'est la situation de fait qui crée le coût de l'installation et du rachat d'une patientèle.

Quant aux jeunes médecins, qui ont d'ailleurs fait un communiqué ce matin, je reconnais qu'ils ne sont pas les plus fervents défenseurs de la régulation : ils y voient une atteinte à la liberté d'installation. Pour ma part, j'y vois seulement un encadrement de la liberté d'installation, et une invitation à s'installer là où sont les besoins, là où les patients attendent les médecins.

M. Bernard Perrut. Nous sommes attachés au principe d'égalité. Mais comment faire en sorte que cette égalité ne soit pas qu'un vœu de début d'année, mais une réalité, même si elle est difficile à atteindre ?

Si l'égalité, en ce qui concerne la santé, n'est pas possible, pas atteignable, quelles que soient les évolutions considérables de la médecine et de la science, l'égalité pour le dépistage de la maladie, la prise en charge de la maladie, l'accès aux soins et au traitement doit rester une priorité. Comme on l'a rappelé, des millions de Français éprouvent des difficultés à trouver un médecin généraliste ou spécialiste en milieu rural, à cause des déserts médicaux. Mais, je voudrais y insister, c'est aussi le cas dans les villes, grandes ou petites. Dans certains quartiers, peu ou pas de médecins s'installent, alors que des populations comptant un nombre important d'enfants ou de personnes âgées en auraient besoin. La réalité n'est pas simplement rurale, elle est aussi urbaine.

Lors des deux précédents quinquennats, des mesures ont été prises afin de développer l'accès à la santé, notamment sur les territoires. Or nous voyons que l'incitation à l'installation ne suffit pas, tandis que la mise en place de maisons de santé ne règle pas tout. Quant à la coercition, ce n'est pas une bonne méthode : encadrer la liberté d'installation n'est pas forcément souhaitable sous la forme proposée.

Comment faciliter alors, dans chaque territoire, les initiatives permettant l'accès de tous à une médecine et à des soins de qualité ? Sur le terrain, en zone rurale, j'ai pu mesurer combien les relations entre hôpitaux de proximité, établissements sociaux et médecins libéraux pouvaient favoriser le partage

d'activité pour les médecins, présents à la fois, sur une même journée, dans un établissement et sur le territoire qui l'entoure.

Il faut donc repenser le maillage pour chaque territoire. Pourquoi pas dans le cadre des groupements hospitaliers de territoires (GHT), lorsqu'ils fonctionnent bien ? Dans ce cadre, un certain nombre de complémentarités peuvent en effet se mettre en place. J'en veux pour preuve l'organisation qui permet, dans ma région, à des médecins spécialistes de proposer des consultations à plus de trente kilomètres de leur centre hospitalier, pour se rapprocher de leurs patients, avant de les accueillir sur les plateaux techniques de leur hôpital.

On pourrait imaginer une organisation de notre système de santé dans ce cadre-là, en lien avec toutes celles et tous ceux qui assurent la protection de nos concitoyens.

Mme Martine Wonner. En ce début de nouvelle année, j'ai pris de bonnes résolutions : tenir les deux minutes ! Je m'y engage, d'autant que beaucoup de choses ont déjà été dites. Pour ma part, je vais essayer de quitter un petit peu le territoire et le sol pour reprendre un peu de hauteur, si vous me le permettez et sans tomber dans la flagornerie.

J'aimerais reprendre la question de la confiance. Nous vivons en effet un moment charnière. Pas plus tard qu'à la fin de l'année dernière, nous avons adopté l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, qui va nous permettre de financer l'innovation. J'ai pris le temps de la trêve des fêtes pour faire le tour de mes confrères et discuter avec eux. Cela fait longtemps qu'ils n'ont plus eu à ce point confiance en notre ministre, qui est elle-même médecin et sait de quoi elle parle.

Nous nous trouvons donc dans une période de confiance. Si nous articulons cette confiance avec le dialogue souhaité aujourd'hui et la possibilité de l'innovation et du financement des projets innovants par le biais de cet article 51, force est d'admettre, monsieur le rapporteur, que votre proposition de loi n'arrive pas au bon moment.

M. Joaquim Pueyo. Cela n'arrive jamais au bon moment, mais la population attend des pouvoirs publics et du Parlement des mesures fortes. Quand vous rencontrez des habitants, comme je le fais en territoire rural et semi-rural, qui vous disent ne plus avoir de médecin parce que le leur est parti en retraite, que pouvez-vous répondre à ces appels à l'aide ? Il ne vous reste plus qu'à écrire à la Caisse régionale d'assurance-maladie (CRAM), qui vous répond que cela ne relève pas de son rôle... C'est un réel défi qu'il faut relever et je suis persuadé que cette proposition de loi peut y aider.

Au groupe majoritaire, je répondrai que les dispositions prises par le Gouvernement actuel vont dans le bon sens : si l'on peut renforcer les pratiques professionnelles pluridisciplinaires à travers des pôles de santé, en aidant les

collectivités à investir dans ces pôles, cela va évidemment dans le bon sens. Mais on sait très bien que ce n'est pas suffisant.

On sait également que les pratiques de la médecine libérale d'après-guerre sont révolues et que nous sommes en pleine évolution. Mais si l'on informait déjà les étudiants en médecine, dès la première ou la deuxième année, des difficultés que la France rencontre pour que la population ait un accès égalitaire aux soins, je pense que ce serait un point de départ.

Je viens de faire une réunion avec des élus et des médecins. Ils sont assez favorables, d'une manière générale, au discours tendant à ce qu'on ne puisse pas s'installer là où on veut, suggérant qu'il faut peut-être réguler et organiser en liaison avec les professionnels.

J'indique enfin au groupe majoritaire, qu'un amendement allant dans le même sens avait déjà été étudié lors de la dernière législature et que des députés éminents, tel M. Richard Ferrand, avaient voté en sa faveur. Je peux en citer d'autres...

M. Jean-Pierre Vigier. Je l'avais signé moi aussi !

M. Joaquim Pueyo. Le sujet avait donc été soulevé, et c'était un sujet important. Je veux bien qu'on le laisse en l'état, mais je maintiens que la mesure que nous discutons serait une mesure complémentaire et incitative. Bon nombre de nos concitoyens vous disent qu'il faut être beaucoup plus dur, sinon coercitif. Pour ma part, je ne suis pas favorable à la coercition ; cette proposition de loi correspond donc bien à mon état d'esprit.

M. le rapporteur. S'agissant de l'organisation spatiale, monsieur Perrut, vous avez raison de dire qu'il faut être innovant et étudier comment développer la télémédecine. Mais, pour développer la télémédecine, il vaut mieux avoir la fibre et les équipements techniques qui permettent de travailler dans de bonnes conditions.

Vous avez aussi évoqué les consultations avancées, menées par des « *cabinets avancés* ». Oui, faisons-le ! Mais, pour cela, il faut toujours des médecins... On revient toujours au même problème : il faut du temps médical disponible. On ne peut attendre d'un médecin installé une ville où il a une importante charge de travail qu'il accepte en plus une consultation avancée, car les journées ne font que vingt-quatre heures. Toutes les mesures que vous citez, qui ont toutes leur légitimité et leur justification, ne sont pas, à elles seules, de nature à répondre à l'ampleur et à l'urgence du problème.

M. Joaquim Pueyo l'a dit avec beaucoup de force et de justesse : que répondez-vous, chers collègues, aux Français qui n'ont plus de médecins ? J'ai entendu notre collègue, madame Wonner, dire qu'elle avait vu ses collègues médecins et qu'ils étaient très contents du travail de Mme Buzyn... Soit. Mais

venez avec moi, allons voir ensemble les patients, les citoyens et les élus locaux : ils attendent des réponses.

Je ne suis pas certain de l'efficacité des réponses proposées par le Gouvernement. Nous les avons éprouvées depuis dix ans, nous les connaissons. Depuis dix ans, on nous répète qu'il faut faire des maisons de santé. Depuis dix ans ou presque, nous entendons que les médecins doivent accueillir des stagiaires dans leur cabinet. Dans mon département, on a fait tout cela, mais cela ne produit toujours pas les résultats escomptés.

Quant à l'innovation, je veux bien... La télémédecine, c'est très bien, faisons-le. Mais, face à la gravité du sujet, nous ne pouvons nous contenter de solutions qui n'ont pas encore totalement fait leurs preuves. Si l'on veut donner de l'efficacité à ces mesures, il suffit d'un levier et il ne faut que le courage de l'actionner, quelles que soient les difficultés, quelles que soient les résistances. Ce levier, c'est la régulation – je n'ai pas dit la coercition, mais la régulation.

Je vous le redis : si vous ne le faites pas, si nous n'avons pas le courage de le faire, il ne faudra pas s'étonner que, dans peu de temps, viennent des territoires des demandes de politiques beaucoup plus radicales, tendant à la coercition. Car les gens n'en pourront plus. Il faut que vous preniez conscience de ce qu'il se passe sur le terrain.

Il ne s'agit pas de défendre des intérêts particuliers : nous sommes en charge de l'intérêt général. Nous voulons seulement ne nous interdire aucune solution. Voilà le message que je veux vous faire passer ce matin.

Puisque vous parlez d'innovation, ne devons-nous pas reconnaître que la régulation est une forme d'innovation ? Car c'en est une, en tout cas dans le domaine de la médecine... Soyez donc innovants, allez au bout de votre logique et suivez-nous là-dessus ! Et quand je parle de logique, chers collègues du groupe de la République en Marche, souvenez-vous que bon nombre de votre groupe, lorsqu'ils étaient encore socialistes, ont signé il y a dix-huit mois un amendement en faveur de la régulation...

M. Thibault Bazin. C'est de la délation !

M. le rapporteur. Non, seulement de l'archéologie parlementaire ! Ce n'est pas hors sujet : cela veut dire simplement qu'aujourd'hui, il faut adopter une approche pragmatique, ne s'interdire aucune solution et pouvoir dire aux Français que l'on a pris la mesure du problème et qu'on veut mettre en œuvre toutes les solutions, surtout celles qu'on n'a jamais essayées jusqu'à présent.

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Pourrions-nous passer à d'autres arguments que ceux que vous évoquez constamment ? Je rappellerais simplement que, lorsqu'on a été signataire d'un amendement qui a été rejeté, en général on acquiesce et on accepte. C'est ce qui s'est produit, et ce que j'ai fait à l'époque.

M. Sylvain Maillard. Merci de ce rappel, madame la présidente... Le débat était jusqu'à présent très intéressant, et je regrette que notre collègue Garot commence à partir dans des arguments plus politiques.

De la même façon, mon collègue Pueyo fait allusion à des députés éminents ; est-ce à dire qu'il y en ait de moins importants ? Pour ma part, j'estime que nous sommes tous des députés ; je trouve donc ce propos étonnant. Nos concitoyens attendent des mesures fortes, assure-t-il. Des mesures fortes ? Non, ils attendent plutôt des mesures efficaces, des mesures qui fonctionnent.

Je voudrais seulement vous faire réfléchir sur une idée : quel élu local est capable, ici, d'admettre qu'il a trop de médecins dans sa circonscription et qu'il souhaite voter ici l'interdiction de l'installation sur ce territoire ? Personne évidemment ne s'y résoudra...

J'en viens à la situation de Paris, zone très dense. Les problèmes y sont les mêmes que partout ailleurs : j'ai commencé comme élu local parisien et j'ai pu constater le manque de gynécologues et de pédiatres, ainsi que les difficultés à voir s'implanter des généralistes. Nous avons donc les mêmes difficultés qu'ailleurs.

Mon collègue Vigier l'a très bien dit et, sur ce point, je suis d'accord avec lui : nos médecins ne veulent plus travailler quatre-vingts heures par semaine. Il nous faut donc inventer la médecine de demain. Ma collègue Wonner, tout aussi justement, a dit tout à l'heure, à propos de l'article 51 du PLFSS, qu'il nous faut inventer, avec les professionnels, la médecine de demain : la télémédecine, la *big data*, le regroupement, etc. Et il faut aussi, bien sûr, mieux payer les actes : si les médecins ne veulent pas travailler ou travaillent moins, c'est évidemment parce qu'ils ne sont pas suffisamment payés.

Mme Marie-Noëlle Battistel. Je voudrais d'abord saluer le travail du rapporteur, Guillaume Garot, sur un sujet important pour l'ensemble des Français. Je voudrais pointer les difficultés particulières et plus grandes encore dans les territoires ruraux et dans les territoires de montagne. Car le constat est là : les disparités territoriales s'aggravent, nombre de rapports en attestent. Un certain nombre de dispositifs sont régulièrement mis en place, mais force est de constater que cela ne fonctionne pas.

L'article 93 de la loi relative à la montagne de 2016 évoque le décret fixant les conditions et des modalités selon lesquelles les personnes ayant validé, en France, la formation pratique et théorique du résidanat de médecine et n'ayant pas soutenu, dans les délais prévus par la réglementation, la thèse, peuvent être autorisées à prendre une inscription universitaire en vue de soutenir cette thèse, après avis d'une commission placée auprès des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé. L'autorisation est conditionnée à l'engagement d'exercer en zone sous-dotée.

Malheureusement, le décret n'est pas encore sorti : un arbitrage interministériel est en cours. Je ne saurais qu'inciter les ministres concernées à plus de rapidité pour faire paraître ce décret, car je pense que cela pourrait résoudre un certain nombre de problèmes, puisque cette situation concerne environ mille étudiants.

Deuxième point que je voulais soulever, et qu'il faudrait peut-être raccrocher également à cette proposition de loi : l'autorisation d'ouverture de maisons de santé ne comptant qu'un seul médecin. C'est une demande qui remonte à déjà longtemps. Peut-être faut-il lui une valeur législative ; pour l'heure, cette possibilité n'existe que dans un certain nombre de départements, mais pas partout.

Je pense qu'ouvrir une maison de santé avec un seul médecin et des paramédicaux vaut mieux que pas de maison médicale du tout. Cela incite le deuxième à arriver dans des délais très rapides.

M. Thibault Bazin. Je vous présente à tous, ainsi qu'à nos compatriotes, mes meilleurs vœux de bonne santé pour la nouvelle année.

Comme cela a été dit, la désertification médicale touche non seulement des territoires, mais aussi des spécialités, y compris en ville, y compris au sein de centres hospitaliers régionaux universitaires (CHRU) : je pense aux anesthésistes, ce qui pose parfois de vrais soucis, notamment dans les maternités. Le mal est plus profond, alors que la santé est une préoccupation majeure. Nous devons tous y travailler.

Les propositions que vous énoncez ici, cher collègue, à savoir le conventionnement territorial et le tiers payant généralisé, sont-elles de nature à résoudre le problème et inciter les médecins à s'installer dans les zones carencées ? Je ne pense pas. J'ai essayé de poser cette question à de jeunes médecins, en leur demandant si cela les attirerait dans les territoires que je connais et qui sont carencés ; leur réponse était clairement négative.

Je crois au contraire qu'il faut identifier les freins à l'installation. Écoutons les jeunes médecins, travaillons avec eux, car ils sont l'avenir et nous avons besoin d'eux. Rendons le territoire attractif avec une autre politique d'aménagement du territoire. J'appelle de mes vœux un véritable plan Marshall, pour la ruralité notamment. Si les territoires sont connectés, s'ils sont accessibles, pourvoyeurs d'emplois pour les conjoints et facilitateurs en mode de garde pour les enfants, les médecins viendront.

Si vous allégez la charge administrative, si vous imaginez des modes d'organisation mieux adaptés aux modes de vie recherchés, aux projets, personnels et familial, du médecin, alors l'installation pourra être durable. Sinon, vous ne ferez que repousser le problème.

Oui, il faut réguler : réguler l'administration, qui ne cesse d'augmenter la paperasse. Redonnons au médecin le temps de soigner. Mettre les moyens financiers pour valoriser les sacrifices réalisés est aussi nécessaire afin d'assurer la permanence des soins que nous souhaitons tous.

M. Pierre Dharréville. Les constats sont connus : neuf mille généralistes en moins en dix ans ; 5,3 millions de personnes, à en croire les chiffres, qui vivent dans des déserts médicaux. Face à cette carence et à ces déserts médicaux qui s'étendent, il faut agir. Il y a urgence. C'est une question de santé publique, mais également d'égalité devant le droit à la santé. Se donner les moyens d'agir, c'est peut-être emprunter des voies qui jusqu'ici ne l'ont pas été. Si nous avons voulu prendre des mesures efficaces, il eût fallu, il y a dix ans ou quinze ans, prendre des mesures fortes, notamment au sujet du *numerus clausus*. Cette question reste sans doute posée.

Cela étant dit, nous sommes aujourd'hui dans la situation où il faut agir. La Sécurité sociale rembourse les soins. Nous avons quant à nous la responsabilité de garantir l'intérêt général et de le défendre le plus fort possible.

Je crois qu'on peut reprocher à cette mesure tout et son contraire. On peut lui reprocher d'être trop coercitive, d'un côté, comme de ne l'être pas assez, de l'autre. Cela ne vous surprendra pas que je sois attaché, y compris dans ce domaine, à des formes de régulation. La coercition, nous savons la mettre en œuvre lorsqu'il s'agit de fermer des hôpitaux de proximité.

Il me semble que la proposition qui nous est faite aujourd'hui va dans la bonne direction. Elle permet d'agir. Elle ne réglera pas tous les problèmes qui se posent, mais elle donnera des inflexions qui sont nécessaires ; elle ouvrira des voies. Elle permettra sans doute de mieux répartir les médecins sur notre territoire.

Le groupe de la Gauche démocrate et républicaine est donc favorable à ce que cette proposition aboutisse.

M. Jean-Marie Sermier. L'aménagement du territoire est le ciment d'un pays et la cohésion d'une nation. Du reste, il n'y a qu'à regarder le thermomètre de ce pays lors des différents scrutins : on peut constater, notamment dans les derniers scrutins nationaux, de vraies différences dans les territoires. Elles sont probablement issues des différences de perception des Français, par rapport aux attentes qu'ils peuvent avoir.

Pour l'heure, 80 % de la population se concentre dans les métropoles. Ce mouvement de concentration va-t-il encore continuer longtemps, sachant que 70 % de ces habitants des métropoles souhaiteraient finalement habiter, s'ils en avaient les moyens, à la campagne ? À chaque fois, un certain nombre de problématiques nous reviennent, telles que le numérique, déjà évoqué, et, évidemment, l'offre de soins.

Guillaume Garot a eu le mérite de pose la question de l'offre de soins dans les territoires. Il est vrai que tout n'est pas forcément résolu avec sa proposition et qu'il est plutôt intéressant de regarder ce qu'il se passe ailleurs et comment les choses y marchent.

Quand Bernard Perrut nous dit que la médecine numérique peut faire faire des avancées significatives sur un territoire, il a raison. Quand Josiane Corneloup nous rappelle que les stagiaires qui sont sur un territoire finissent par y rester, parce qu'ils les connaissent mieux, elle a raison. Il faut développer toutes ces expérimentations.

Je regrette finalement une chose, madame la présidente. En cette période où la conférence nationale des territoires joue un rôle important, et alors que le Président de la République souhaite lui donner davantage de force, nous n'avons aucune proposition de la part du Gouvernement ni du parti majoritaire sur les moyens de traiter le problème de la présence de l'offre de soins sur les territoires ruraux.

M. le rapporteur. M. Maillard s'inquiète de l'évolution à Paris, mais je tiens tout de même à le rassurer : entre 2013 et 2017, le nombre de médecins généralistes y a augmenté de 0,86 %, selon les chiffres de la DREES. Quant à la densité moyenne à Paris, elle s'établit à 245 médecins pour 100 000 habitants, contre 151 en moyenne nationale. Cela relativise les choses.

Il faut viser l'efficacité plutôt que d'employer la force : c'est bien l'objet précis de la proposition. Toutes les politiques incitatives menées jusqu'à présent ont été passées en revue par la Cour des comptes qui, dans son rapport, a réalisé un travail extraordinairement précis sur l'efficacité des dépenses de santé. Elle a chiffré le coût de l'inégalité de la répartition territoriale des médecins entre un peu moins d'un milliard et 3,2 milliards d'euros. Voilà, pour l'assurance maladie, le coût de l'inégalité territoriale. Ne parlons donc pas d'efficacité dans ce contexte... Cela ne marche pas : les inégalités sont toujours là. Pire encore, elles s'aggravent.

Mme Battistel appelle à innover et notamment à autoriser que les maisons de santé à n'accueillir qu'un seul médecin. Cette idée mériterait de faire l'objet d'une étude d'impact et d'examiner les possibilités juridiques. Mais est-ce vraiment de l'ordre de la loi ? Cela me paraît plutôt relever du niveau réglementaire – j'en suis même convaincu. Mais cela fait partie de la batterie de mesures que nous devons regarder de très près.

M. Bazin m'a interrogé sur les politiques d'aménagement du territoire. Je ne reviens pas sur ce que je disais tout à l'heure : les politiques existent. Les collectivités font un immense travail pour attirer les praticiens. Même les départements qui semblent le mieux dotés du point de vue de l'activité ne peuvent, pour ce qui est de l'activité médicale, offrir la possibilité que tous les patients soient soignés. C'est bien le problème que nous devons traiter aujourd'hui.

S'agissant du temps médical disponible, la proposition de loi vise précisément à ce que le tiers payant intégral soit mis en place dans ces structures collectives, pour dégager du temps médical et éviter d'alourdir la charge administrative des médecins.

Je remercie M. Dharréville de son soutien et du soutien de son groupe ; cela montre que, au-delà des étiquettes politiques, de M. Vigier à M. Dharréville, il peut y avoir des consensus larges. Je m'en réjouis : c'est de cette manière aussi que l'on fait avancer un pays.

M. Sermier enfin s'est inquiété de l'offre de soins sur un territoire. Il nous faut bien déterminer ce que nous souhaitons, à l'échelle d'un territoire, comme offre de soins, de telle sorte que nous soyons ensuite capables d'y répondre, parce que cela permettra d'objectiver les perceptions des citoyens, comme d'avoir des éléments factuels permettant de savoir de quoi on parle.

Je voudrais remercier l'ensemble des collègues de la qualité du débat que nous venons d'avoir. Les sujets abordés n'ont rien de mineur : ce sont des sujets fondamentaux pour notre pays et pour la cohésion sociale de notre pays. Essayons d'avoir le regard large et d'innover en adoptant des solutions qui, jusqu'à présent, n'ont encore jamais été mises en œuvre.

II. EXAMEN DES ARTICLES

Article 1^{er}

Mise en place d'un conventionnement territorial

Constatant la diminution préoccupante de la population médicale, de son vieillissement et des difficultés manifestes d'accès aux soins, cet article prévoit la mise en place de conventionnements territoriaux dans les zones caractérisées par une surdensité de médecins.

Cette disposition ne remet pas en cause le principe de la libre installation, mais encadre les modalités de prise en charge, à travers le conventionnement à l'assurance-maladie du praticien.

I. LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE NE RÉPOND PAS AUX BESOINS EN SANTÉ

L'organisation des soins ne peut être isolée des caractéristiques générales de la population de notre pays. Première porte d'entrée du système de santé, le médecin est celui autour duquel la prise en charge se définit.

Le modèle du « *médecin de campagne* » ou du « *médecin de famille* », mobilisable sur simple appel jour et nuit et assurant le suivi des patients depuis la naissance jusqu'au décès n'est plus d'actualité. La mobilité géographique des patients correspondant notamment aux évolutions économiques a fait éclater cette réalité. Ces bouleversements n'ont cependant pas remis en question le pilier du système de santé : avant d'être le point d'entrée de la prise en charge par l'assurance maladie, le médecin traitant demeure par construction le pivot de l'ordonnancement des soins. L'article L. 4130-1 du code de la santé publique rappelle ainsi les missions du médecin généraliste de premier recours et partant, du médecin traitant : orientation du patient, coordination des soins, synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé. Ce rôle est essentiel.

Ce pivot est aujourd'hui sérieusement remis en question lorsque l'on tente une comparaison entre l'évolution des besoins de santé de la population et la démographie médicale. Les disparités constatées ne concernent d'ailleurs pas que les médecins généralistes. Le constat est également posé pour les spécialités médicales.

A. UNE AUGMENTATION DE LA PART DES PERSONNES ÂGÉES DANS LA POPULATION

L'allongement de l'espérance de vie associée à la structure démographique de notre population constitue un enjeu capital auquel notre système est confronté.

S'il faut se réjouir de l'augmentation de la durée de vie, il convient toutefois d'en mesurer toutes les implications.

1. L'allongement de l'espérance de vie

L'amélioration des conditions de vie matérielles et les progrès de la médecine et en santé publique permettent à nos concitoyens de vivre de plus en plus longtemps. Tant mieux !

Selon les chiffres de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), l'espérance de vie à la naissance est ainsi passée dans notre pays d'environ 60 ans pour les hommes et 65 ans pour les femmes en 1946 à respectivement 78,9 ans et 85 ans en 2015.

Sur la même période, l'espérance de vie à 60 ans a également progressé de 50 % pour les hommes (de 15,4 années à 23,2 années) et de 53 % pour les femmes (de 18 à 27,7 années). Les plus récentes projections permettent d'envisager une progression de 12 % pour les hommes (26,2 années) et de 9,7 % pour les femmes (30,4 années) à l'horizon 2050 ⁽¹⁾.

2. Une évolution notable de la structure démographique

Cet allongement de l'espérance de vie s'ajoute à un effet de génération, celui du « baby-boom » entraînant aujourd'hui le « papy-boom »

L'effet cumulé de ces deux phénomènes modifie la structure de la population française de manière substantielle.

Selon les projections réalisées par l'Insee, les plus de 60 ans pourraient représenter 23,6 millions de personnes, soit un tiers de la population, en 2060, contre un quart aujourd'hui (16 millions de personnes). Le nombre des plus de 75 ans pourrait doubler – passant de 5,7 à 12 millions –, tandis que le nombre des plus de 85 ans quadruplerait (de 1,4 à 5,4 millions).

3. Les implications sanitaires de ce bouleversement démographique

L'évolution à laquelle nous assistons est majeure. Elle emporte de nombreuses conséquences sur notre modèle sanitaire, social et économique.

Les discussions portant sur la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement ont montré l'enjeu de la prise en charge de la perte d'autonomie. La prise en compte de ces besoins spécifiques est un impératif pour notre pays.

(1) *Rapport de MM. Gérard ROCHE et Georges LABAZÉE, fait au nom de la commission des affaires sociales, sur le projet de loi adopté par l'Assemblée nationale relatif à l'adaptation de la société au vieillissement, Sénat, session ordinaire de 2014-2015, n° 322, enregistré à la Présidence du Sénat le 4 mars 2015.*

Parallèlement, l'amélioration des traitements – il faut s'en féliciter – a fait évoluer la prise en charge des pathologies. Le caractère chronique des maladies signifie une meilleure prise en charge et un meilleur suivi. Il n'en reste pas moins un défi important et un enjeu d'avenir.

Selon les dernières données de l'assurance maladie, il faut s'attendre à une augmentation du nombre de personnes touchées par les principales pathologies plus rapide que l'évolution démographique. D'ici à 2020, il y aurait 604 000 cas de maladies cardiovasculaires de plus, 455 000 diabètes supplémentaires, une augmentation de nouveaux cas de maladies respiratoires chroniques dans des proportions voisines de 150 000.

LES 5 PATHOLOGIES CLÉS EN TERMES D'EFFECTIFS – EXTRAPOLATION TOUS RÉGIMES

| | Effectifs en 2015 | Effectifs en 2020 | Evol 2015 - 2020 (%) | Evol 2015 - 2020 (nb) | Dont effet démo. | Dont effet épidémiologique |
|--|-------------------|-------------------|----------------------|-----------------------|------------------|----------------------------|
| Maladies cardiovasculaires | 4 510 000 | 5 114 000 | 13 % | 604 400 | 400 000 | 204 400 |
| Diabète | 3 695 000 | 4 151 000 | 12 % | 455 300 | 285 800 | 169 500 |
| Maladies respiratoires chroniques (hors mucoviscidose) | 3 563 000 | 3 904 000 | 10 % | 340 500 | 153 300 | 187 200 |
| Maladies psychiatriques | 2 188 000 | 2 434 000 | 11 % | 246 100 | 63 400 | 182 600 |
| Maladies inflammatoires ou rares ou VIH ou SIDA | 1 148 000 | 1 383 000 | 20 % | 234 800 | 44 500 | 190 300 |

Source : Ameli.fr

Il est donc nécessaire d'apporter une réponse à ces problématiques. Autant d'enjeux qui nécessitent, au-delà de la formation du personnel médical, une homogénéité dans la répartition géographique des professions médicales. Or, ce dernier point ne constitue pas un acquis. Au contraire, la démographie médicale et sa répartition territoriale ne permettent pas de relever ces défis.

B. PLUS QU'UN RESSENTI, LE DÉSERT MÉDICAL EST UNE RÉALITÉ MESURABLE

1. Une évolution préoccupante de la démographie médicale

Au 1^{er} janvier 2017, l'ordre des médecins recense 290 974 médecins inscrits au tableau soit une progression de 15 % en l'espace de 10 ans ⁽¹⁾. Plus précisément, 215 941 médecins sont recensés comme étant en activité contre 213 995 en 2007 (hausse de près de 1 %). Le différentiel couvre les médecins retraités : actuellement de 75 033 personnes contre 38 751 en 2007, leur nombre accuse une progression de près de 100 %.

(1) Conseil national de l'ordre des médecins, « Atlas de la démographie médicale, profils comparés : 2007/2017- les territoires au cœur de la réflexion », situation au 1^{er} janvier 2017.

EFFECTIF DES MÉDECINS INSCRITS AU TABLEAU DE L'ORDRE (2007-2017)

| | 2007 | 2017 | Évolution |
|--------------------|---------|---------|-----------|
| médecins actifs | 213 995 | 215 941 | 0,91 % |
| médecins retraités | 38 751 | 75 033 | 93,63 % |
| Total | 254 753 | 292 991 | 15,01 % |

Source : Conseil national de l'ordre des médecins, *Atlas de la démographie médicale en France, 2017*

● L'évolution de la pyramide des âges confirme le vieillissement de la population des médecins. Selon les dernières statistiques publiées par le CNOM, la part des médecins âgés de plus de 65 ans représente près de 32 % des effectifs contre moitié moins il y a 10 ans. Si l'on étend la comparaison aux plus de 60 ans, la part culmine actuellement à près de 47 % des effectifs contre 26,6 % en 2007.

Il faut donc s'attendre à un déclin de la population à court terme. Les dernières projections de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) font état d'une poursuite de la diminution des médecins jusque 2020 en raison de la cessation d'activité des générations de médecins à *numerus clausus* élevé. La courbe démographique s'inverserait aux environs de 2025, les départs en retraite étant relativement moins nombreux que les entrées dans la vie active ⁽¹⁾.

● Cette situation concerne aussi bien les médecins généralistes que les médecins spécialistes.

S'agissant des médecins généralistes, l'évolution est différente selon le statut concerné. La diminution du nombre des médecins libéraux devrait ainsi se poursuivre jusqu'en 2025 alors qu'inversement le nombre de médecins salariés devrait rester en hausse. Toutefois, cette dernière évolution est notamment insuffisante pour compenser l'offre de soins de premier recours, le bataillon des médecins en structures d'exercice regroupé étant relativement modeste ⁽²⁾.

S'agissant des spécialistes, le constat est identique. Le nombre des ophtalmologues, gynécologues et de psychiatres libéraux devrait accuser une baisse jusqu'en 2025, de 18 % à 21 % par rapport aux effectifs constatés en 2012.

Par l'entremise de l'indice de densité médicale, la note de la Drees indique également que les effectifs de médecins augmenteraient moins vite que les besoins de la population. La densité diminuerait de 3,27 à 3,18 médecins pour 1 000 habitants entre 2015 et 2021. Le niveau de 2015 ne serait retrouvé qu'en 2028. En 2040, la densité médicale serait supérieure de 18 % à celle de 2015. Cette évolution positive doit cependant être corrigée au regard des besoins en soins occasionnés par le vieillissement de la population. La densité standardisée,

(1) Drees, *Études et résultats*, « Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée », mai 2017, n°1011.

(2) cf. note précédente.

qui prend en compte ce facteur, fait état d'un taux de 3,21 médecins pour 1 000 habitants en 2015 qui s'affaîsserait à 3,06 en 2023, le niveau de 2015 étant retrouvé en 2032.

• Il faut enfin tenir compte de la part croissante des médecins retraités dans l'offre de soins. Le dernier Atlas publié par l'ordre des médecins souligne que « *le nombre de médecins inscrits à l'ordre ne cesse de croître mais majoritairement au bénéfice des médecins retraités* ». Le document relève que la part des médecins en activité régulière a diminué de 10 points entre 2007 et 2017. Inversement, celle des médecins retraités est passée de 1 % à 6 % : l'ordre recense ainsi un peu plus de 19 000 médecins concernés par le cumul emploi-retraite. En 2025, le CNOM évalue leur nombre à près de 36 000.

Le cumul emploi-retraite

L'article L. 161-22 du code de la sécurité sociale autorise l'exercice d'une activité professionnelle sans limitation de revenus si l'intéressé remplit deux conditions : disposer de la durée d'assurance nécessaire pour bénéficier d'une retraite de base à taux plein ou avoir l'âge de la retraite à taux plein, et avoir fait liquider l'ensemble des pensions de retraite personnelles.

Si ces conditions ne sont pas remplies, l'activité est toujours permise mais le versement des pensions de retraite est réduit à due concurrence de la différence entre les revenus perçus et à un plafond.

En résumé, il importe de tenir compte de ces paramètres dans la définition des objectifs de notre politique publique de santé.

2. Des disparités territoriales manifestes

Quelles que soit les sources documentaires, le même constat peut être formulé : les disparités territoriales sont manifestes et s'aggravent.

a. Le constat pessimiste de l'ordre des médecins

L'Atlas de l'ordre des médecins met ainsi en évidence « *deux France* » : celle marquée par l'accroissement de la population médicale en activité ⁽¹⁾ par opposition à celle « *qui perd ses médecins, représentée largement par une diagonale de l'intérieur du territoire, du Nord-Est au Sud-Ouest de l'hexagone, et par la région PACA* ».

Les disparités sont encore plus flagrantes à une échelle plus grande. La région Auvergne-Rhône-Alpes, qui couvre douze départements, est globalement marquée par une augmentation des effectifs de médecins en activité sur la période 2010-2017. En réalité, huit départements connaissent une telle hausse, deux départements enregistrent une baisse tandis que pour les deux derniers, la

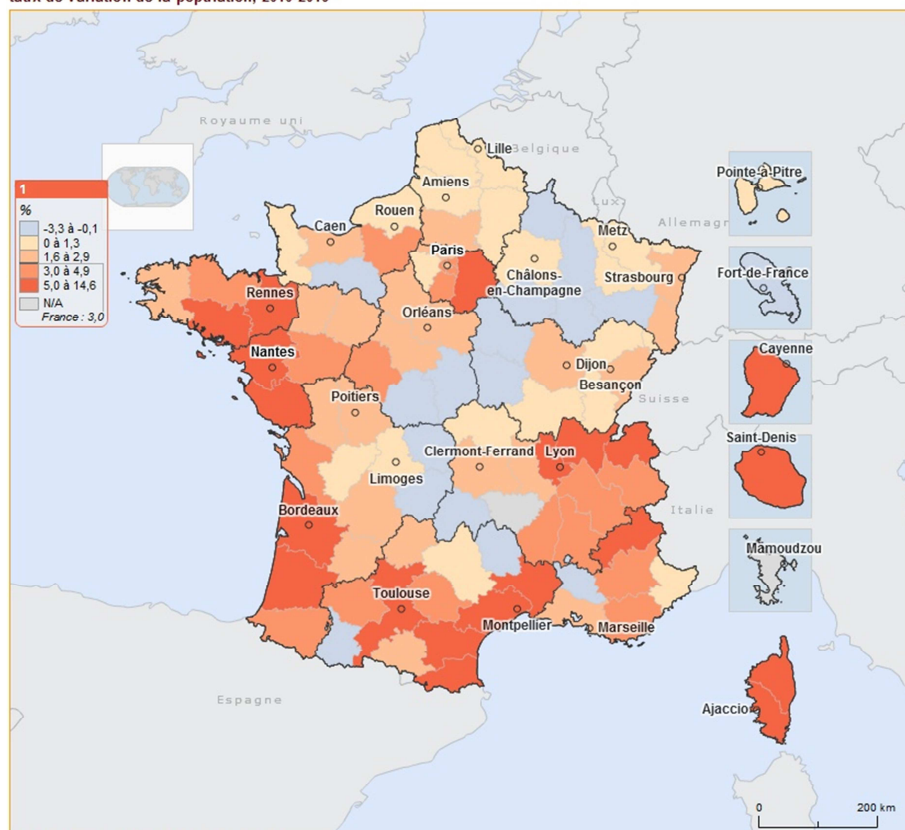
(1) Auvergne-Rhône-Alpes, départements du Nord, de la Somme, de la Haute-Garonne, du Doubs de l'Hérault, d'Indre-et-Loire, du Maine-et-Loire et de la Vienne.

situation des effectifs stagne. La région des Pays de la Loire « *souvent prise en exemple pour son attractivité* » comprend deux départements pour lesquelles une diminution de la population médicale est constatée sur la période 2010-2017 : la Mayenne et la Sarthe.

Croisée avec les statistiques de l'Insee portant sur l'évolution démographique globale, la diminution du nombre de médecins actifs fait apparaître un certain décrochage. L'ordre des médecins illustre cette réalité au travers de deux exemples. Entre 2007 et 2017, le département de la Creuse accuse une baisse de 4 % de sa population contre 20 % s'agissant des médecins.

ÉVOLUTION DE LA POPULATION FRANÇAISE ENTRE 2010 ET 2016

taux de variation de la population, 2010-2016

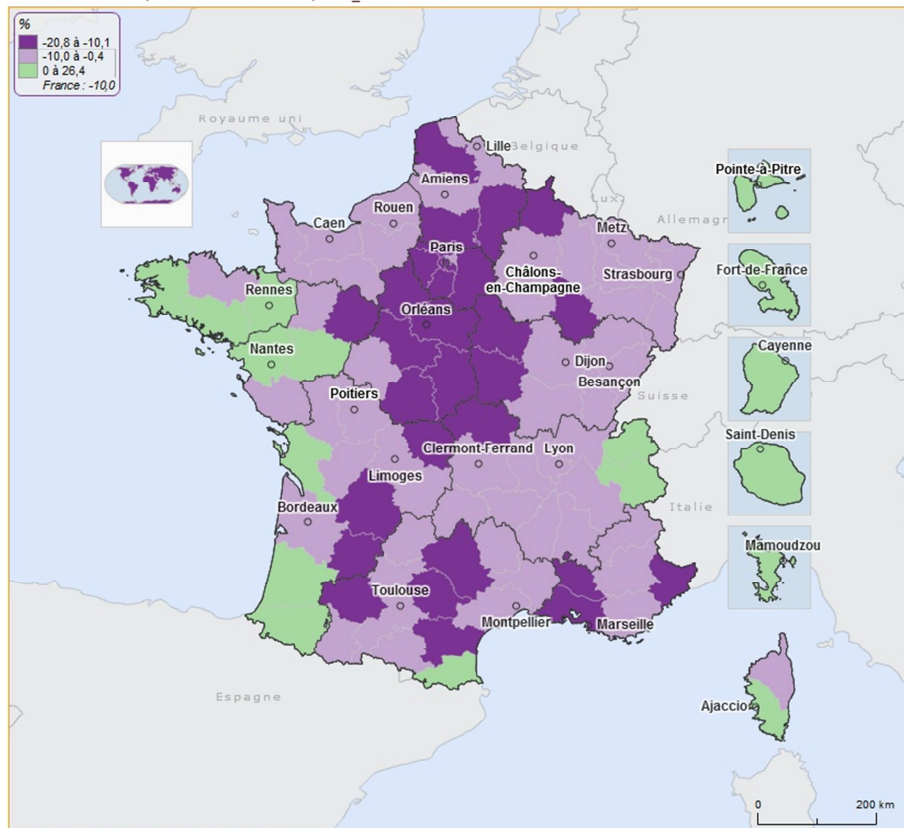


© IGN GéoFla 2015 - France par département

Source : Conseil national de l'ordre des médecins, Atlas de la démographie médicale en France, 2017

ÉVOLUTION DE LA POPULATION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES ENTRE 2010 ET 2017

nouvel indicateur 0, MEDECINE GENERALE, 2010_2017 - source : cnom



Ce constat général mérite ensuite d'être distingué selon la population médicale concernée.

S'agissant des médecins généralistes, l'ordre des médecins relève une diminution régulière de ses effectifs sur la période 2010-2017 (-9,1 %). La Bretagne, l'Occitanie et l'Île-de-France sont les régions les plus touchées. À l'échelle départementale, on retrouve plusieurs départements situés dans la diagonale précitée. Il faut y ajouter la ville de Paris ainsi que certains départements de la grande couronne (Val-de-Marne, Yvelines), territoires pour lesquels la population stagne ou enregistre une hausse.

S'agissant des médecins spécialistes, la population est en croissance de 7,2 % entre 2007 et 2017 et se caractérise par des disparités régionales et infra-régionales. Les régions Corse et PACA accusent ainsi une diminution des effectifs, contrairement aux autres régions. À l'échelle départementale, la Haute-Marne, la Creuse, la Meuse, l'Ariège, le Cher, l'Aveyron, la Dordogne se

caractérisent par une variation négative des effectifs, au mieux plus importante que la diminution de la population, au pire à rebours de la croissance du nombre d'habitants.

b. La dégradation sensible de l'accessibilité aux soins

L'accès aux soins revêt une double acception financière (couverture des dépenses de santé, reste à charge et dépassements d'honoraires) et spatiale (accès effectif à un professionnel de santé, particulièrement le médecin) qu'il importe d'aborder à travers la répartition territoriale des médecins.

• D'autres études statistiques, cette fois-ci menées par la Drees, confortent le constat d'évidentes disparités territoriales ⁽¹⁾ et permettent de se faire une idée plus précise de la réalité.

S'agissant des médecins généralistes, la répartition territoriale des médecins « *est relativement égalitaire en comparaison de ce qui est observé pour les autres professions de santé* ». En 2015, 84 % de la population réside dans une commune où exerce un médecin généraliste et 98 % d'entre elle accède à un médecin en moins de 10 minutes. Selon l'étude, les disparités sont relativement limitées par rapport aux autres professions : « *les 10 % des habitants des communes les mieux équipées ont une accessibilité trois fois plus forte que les 10 % des habitants des communes les moins bien dotées* », est-il ainsi noté. Par ailleurs, cette répartition ne s'écarte pas de ce qui est observable pour les pharmacies.

La même étude avertit néanmoins de la dégradation à venir de cette accessibilité, corroborant ainsi les constats formulés par l'ordre des médecins. Alors que ce dernier fait état d'évolutions contrastées entre population médicale et population générale, la Drees met en lumière deux facteurs structurants susceptibles d'influer négativement sur l'accessibilité :

– le développement de l'exercice regroupé conduirait à réduire le nombre de points d'accès. 43 % des généralistes libéraux exerçaient en groupe en 2001 contre 56 % en 2016. Cette tendance se vérifierait dans les années à venir ;

– l'augmentation du nombre de médecins remplaçants affecterait aussi l'offre médicale. Ce constat est corroboré par les projections effectuées par l'ordre des médecins. Il est ainsi attendu un peu plus de 14 000 médecins remplaçants en 2025 contre 12 000 à ce jour.

La répartition spatiale des « *spécialistes en accès direct* » est plus inégalitaire que celle des généralistes. Les 10 % des communes les mieux dotées en ophtalmologues ont une accessibilité plus de 6 fois supérieure à celles les

(1) Drees, *Les dossiers de la Drees*, « Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ? », mai 2017, n° 1, page 11.

moins bien dotées. Le rapport est de 8 pour les gynécologues, 14 pour les pédiatres et 20 pour les psychiatres.

- Auditionnées par le rapporteur, les associations formulent un constat similaire. UFC-que Choisir a ainsi mené deux études en 2012 et 2016 confirmant elles aussi la dégradation à laquelle assistent nos concitoyens impuissants. L'association révèle ainsi que l'accès géographique aux médecins généralistes s'est dégradé pour plus du quart de la population⁽¹⁾. Pire, l'accès aux médecins spécialistes⁽²⁾ a diminué pour 38 % des Français en ce qui concerne les ophtalmologistes, 40 % pour les pédiatres et même 59 % de la population pour l'accès aux gynécologues. La situation est difficilement tenable.

- Forte de ces constats, la Drees a développé un indicateur susceptible d'évaluer l'accès aux médecins à travers la définition de l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée. Cet indicateur est plus fin que l'indicateur de proximité d'accès, mesurable *via* le temps d'accès, ou que celui de disponibilité, à travers la densité médicale. Il permet également de prendre en compte d'autres variables telles que le niveau d'activité et les besoins de la population en fonction de ses caractéristiques démographiques. Avec l'aide de ces paramètres, La Drees établit à 4,11 consultations par habitant et par an en 2015 l'accessibilité moyenne aux médecins généralistes libéraux.

Le constat opéré par la Drees corrobore les éléments soulignés par l'ordre des médecins et permet surtout d'objectiver les enjeux par des indicateurs fiables. Quel que soit le seuil de consultation retenu, les régions les plus touchées sont toujours les mêmes : Antilles-Guyane, Corse, Centre-Val-de-Loire, Auvergne Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté et Île-de-France. À une échelle plus grande, ce sont les communes rurales des grands pôles ou les communes hors influence des grands pôles qui se caractérisent par une sous-densité. Au seuil de 2,5 consultations, plus d'un habitant sur cinq d'une commune isolée ou d'une couronne rurale de grand pôle réside dans une commune sous-dense.

Pour les communes en zone sous-dense, l'accessibilité moyenne est deux fois moindre que l'ensemble des communes française du même champ. Si la Drees ne note pas d'aggravation de l'accessibilité moyenne des communes en zone sous-dense entre 2012 et 2015, elle observe néanmoins une extension de ces situations à de nouveaux territoires sur la même période. Elle relève en outre que cette situation est amenée à s'aggraver compte tenu des projections de la démographie médicale. Les communes sous-denses sont susceptibles de connaître davantage de départs de médecins généralistes que les autres zones : elles se caractérisent en effet par une moyenne d'âge des praticiens plus élevée que la moyenne nationale (54,7 ans contre 53,4 en 2015).

(1) Pour les médecins situés à moins de 30 minutes du domicile.

(2) Pour les médecins spécialistes situés à moins de 45 minutes du domicile.

Les développements précédents insistent beaucoup sur les zones sous-denses. En creux, il faut aussi comprendre qu'existent aussi, par contraste, des zones où la densité et l'accessibilité sont supérieures à la moyenne nationale. Le principal argument avancé par la majorité actuelle est l'absence de zones sur-denses. Dans leur réponse commune à la Cour des comptes, la ministre des solidarités et de la santé et le ministre de l'action et des comptes publics avancent cet argument laconique : une efficacité non démontrée « *compte tenu de l'absence de zones sur-denses* ». Ce constat mériterait toutefois d'être davantage objectivé. L'étude menée par la Drees souligne ainsi qu'« *un quart de la population à accès à plus de 4,9 consultations par an et par habitant* » représentant une accessibilité 1,5 fois supérieure au quart des habitants les moins bien dotés. Auditionnée par le rapporteur, la Drees a indiqué que 752 communes, représentant environ 4 millions d'habitants, relevaient des zones sur-denses ⁽¹⁾.

Ce seul constat justifie la mise en place de mesures ciblées sur des territoires présentant une taille critique. Si l'échelle communale est importante pour appréhender la réalité du désert médical, il importe néanmoins de penser l'installation des médecins dans un environnement leur autorisant l'accès aux services (école, crèches, commerces) et leur garantissant une patientèle suffisante. Sur cette base, la Drees évalue à 6,6 % la part de la population française ⁽²⁾ habitant sur un territoire considéré comme fragile, c'est-à-dire une zone pour laquelle l'accessibilité à un médecin de moins de 65 ans est inférieure au seuil de 2,5 consultations par an et par habitant. Si l'on relève le seuil pour tenir compte des territoires dont le taux reste inférieur à la moyenne nationale, la part de la population s'élève à près de 56 % ⁽³⁾.

Le rapporteur estime quant à lui nécessaire d'évaluer la surdensité médicale au travers de l'indicateur développé par la Drees, ou à tout le moins d'appréhender la surdensité au regard des objectifs d'offres de soins. Force est de constater, qu'à l'heure actuelle, aucune cible d'offre de soins articulée avec les besoins en santé n'est fixée, faute d'indicateurs. Réfuter le principe du conventionnement territorial au motif qu'il n'existerait pas de zones sur-denses et alors même que rien ne vient démontrer cette assertion est un non-sens. Si désaccord il doit y avoir sur les solutions, qu'il soit *a minima* fondé sur des faits établis et objectivés. C'est bien le compas qui doit guider le pilote et non pas les ceillères.

(1) La surdensité étant caractérisée par un indice d'accessibilité potentielle localisée supérieur de plus d'un tiers à la moyenne nationale constatée.

(2) hors Mayotte.

(3) hors Mayotte.

II. L'ORGANISATION DES SOINS, UN ENJEU D'IMPORTANCE QUI NÉCESSITE LA MISE EN PLACE D'UNE RÉGULATION

L'organisation des soins constitue l'une des clefs permettant l'adéquation des ressources aux besoins. Constatant que les mesures incitatives n'ont pas produit les effets escomptés, cet article propose une mesure de régulation par le biais du conventionnement territorial.

A. DES MESURES INCITATIVES QUI MARQUENT LE PAS

Le Conseil économique, social et environnemental (CESE) ⁽¹⁾ comme la Cour des comptes ⁽²⁾ se sont récemment intéressés à la question des déserts médicaux et des mesures entreprises pour remédier aux difficultés d'accès aux soins. Les conclusions convergent et confortent ainsi la mesure proposée par cette proposition de loi.

Différentes aides incitatives ont été mises en place ces dernières années. Elles combinent des mesures mises en place à l'initiative des pouvoirs publics et des dispositifs conventionnels.

1. Les dispositifs contractuels mis en place par les pouvoirs publics

Le « *Pacte territoire Santé* » mis en place par l'ancienne majorité et renouvelé en juin 2017 comporte une dizaine d'engagements destinés à soutenir et accompagner les médecins. Il propose notamment des aides contractuelles à l'installation des jeunes médecins dans les territoires fragiles :

– les contrats d'engagements de service public attribuent ainsi une allocation à des étudiants en médecine qui s'engagent à s'installer dans une zone où la continuité des soins est menacée ;

– les contrats de « *praticien territorial de médecine générale* » (PTMG), instaurés par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 et codifiés à l'article L. 1435-4-2 du code de la santé publique, incitent à l'installation de jeunes médecins généralistes en zones sous-denses en leur garantissant un niveau de revenus lors de la constitution de leur patientèle (6 900 euros brut). Ils prévoient une garantie de revenus et une protection sociale améliorée en échange d'un nombre minimum d'actes de soins et de l'absence de dépassements d'honoraires (objectif de 1 000 contrats à la fin 2017) ;

– le PTMG a ensuite été étendu à d'autres situations. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 a ainsi institué le contrat de praticien territorial de médecine ambulatoire (PTMA) qui prévoit des garanties similaires en

(1) Sylvie Castaigne et Yann Lasnier, « Les déserts médicaux », *Conseil économique, social et environnemental, Les avis du CESE, CESE 27, décembre 2017.*

(2) *Cour des comptes*, « L'avenir de l'assurance maladie : assurer l'efficacité des dépenses, responsabiliser les acteurs », *rapport publique thématique, novembre 2017.*

cas d'interruption de l'activité pour maladie ou maternité à l'ensemble des médecins libéraux et au cas de congé pour cause de paternité.

– La loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 a institué le contrat de praticien territorial médical de remplacement (PTMR), dont l'objectif est de faciliter l'intervention des médecins remplaçants dans les zones sous-dotées.

Aussi intéressants soient-ils, ces dispositifs restent toutefois modestes et ne permettent qu'à la marge de réduire les difficultés d'accès dues à l'hémorragie de la population des médecins ainsi que l'a récemment souligné un rapport sénatorial ⁽¹⁾.

2. Les aides conventionnelles

Des mécanismes en faveur d'un rééquilibrage de l'offre de soins sur le territoire sont aussi prévus dans le cadre de la dernière convention médicale d'août 2016 :

– le contrat d'aide à l'installation des médecins (CAIM) apporte une aide financière significative aux médecins dès leur installation en zone fragile pour les aider à faire face aux frais d'investissement générés par le début d'activité (locaux, équipements, charges diverses...). Le montant forfaitaire peut s'élever à 50 000 euros par an ;

– le contrat de stabilisation et de coordination pour les médecins (COSCOM). Ce contrat encourage les médecins qui s'impliquent dans la prise en charge coordonnée ainsi la réalisation d'une activité libérale au sein de santé de proximité. Il apporte notamment une aide forfaitaire de 5 000 euros par an ;

– le contrat de solidarité territoriale médecin (CSTM) soutient l'exercice ponctuel de médecins dans les zones fragiles. Il se traduit par une aide annuelle équivalente à 10 % des honoraires de l'activité conventionnée clinique et technique du médecin réalisée en zones « fragiles » dans la limite de 20 000 euros par an ;

– enfin, le contrat de transition (COTRAM) a pour objet d'accompagner la cessation d'activité des médecins avec l'accueil d'un médecin nouvellement installé dans leur cabinet. Il se traduit aussi par une aide annuelle équivalente à 10 % des honoraires de l'activité conventionnée clinique et technique du médecin réalisée en zones « fragiles » dans la limite de 20 000 euros par an.

(1) MM. Jean-Noël CARDOUX et Yves DAUDIGNY, rapport d'information fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale de la commission des affaires sociales sur les mesures incitatives au développement de l'offre de soins primaires dans les zones sous dotées, n° 686, session extraordinaire de 2016-2017, 26 juillet 2017.

L'impact financier de ces mesures est évalué par l'assurance maladie à 10 millions d'euros selon le rapport sénatorial précité. Il est trop tôt à ce stade pour proposer un premier bilan de ces mesures. En effet, ces outils ne pourront être pleinement utilisés qu'à compter du nouveau zonage défini par le ministère de la santé.

Il faut également y ajouter des aides de nature fiscale perçues au titre de la permanence des soins ou des exonérations de cotisation sociales en cas d'embauche d'un salarié dans les zones de revitalisation rurale. Ce dernier dispositif, qui ne s'adresse d'ailleurs qu'aux médecins, est cependant inopérant. L'annexe 5 de la loi de financement de sécurité sociale pour 2018 indique que « *le dispositif a été jugé inefficace par le Comité d'évaluation des dépenses fiscales et des niches sociales* » d'une part, et que « *l'exonération a fait l'objet de travaux d'évaluation économétrique concluant à un caractère inefficace du dispositif en termes de créations d'emplois* » d'autre part. Il est donc permis de s'interroger sur l'efficacité d'un tel dispositif pour les médecins.

B. UN ENJEU DE SANTÉ PUBLIQUE

1. L'égalité d'accès aux soins conditionne l'efficacité des soins

L'égalité d'accès aux soins constitue l'un des principes d'organisation de notre système de santé. L'existence de disparités entre les territoires justifie d'instaurer un mécanisme de régulation plus efficace.

Au-delà de la répartition territoriale, l'égalité des soins concerne la répartition des points d'accès entre la médecine de ville et l'hôpital. Nombreux sont les professionnels de santé à regretter une politique trop souvent complaisante à l'égard de l'hospitalo-centrisme au détriment de la prise en charge en ville.

Le rapporteur partage le constat d'une organisation trop souvent déterminée à partir de l'hôpital. Bien souvent, il reste le dernier filet d'accueil des patients lorsque plus aucune autre possibilité ne s'offre à eux, au mieux dans le cadre des horaires de la permanence des soins ambulatoires, au pire aux heures « normales » d'ouverture des cabinets médicaux. L'exemple le plus flagrant tient à l'impressionnante file active des patients en urgence comme l'a relevé la dernière enquête nationale réalisée par la Drees (18,5 millions en 2011). Parmi les raisons invoquées, la décision est motivée « *par l'accessibilité aux soins, la facilité d'accès des urgences, en termes de proximité géographique, de disponibilité de plateau technique, d'horaires ou encore de gratuité* ». La même étude souligne aussi que le « *recours aux urgences en deuxième choix (ou par défaut) décrit les situations où le patient a du mal à trouver une réponse au sein de l'offre libérale de soins, voire ne la trouve pas* »⁽¹⁾.

(1) Drees, *Le panorama des établissements de santé, dossier « Structures des urgences hospitalières : premiers résultats de l'enquête nationale réalisée par la DREES », juin 2014.*

Or, il est aussi nécessaire de souligner que la discordance entre offre et demande de soins emporte aussi un coût pour la collectivité ainsi que le souligne fort justement le dernier rapport de la Cour des comptes.

Le rapporteur s'en tiendra aux conclusions menées par la Cour et renvoie le lecteur à son rapport pour les explications méthodologiques. La Cour évalue le coût induit par l'inégale répartition territoriale dans une fourchette allant de 920 millions d'euros à 3,2 milliards d'euros. Ces montants concernent, il est vrai, l'ensemble des professions de santé, mais ne remettent pas fondamentalement en question la nécessité de parvenir à un meilleur équilibre entre ville et hôpital. La question de la coordination pour une meilleure prise en charge des parcours de soins ou des épisodes de soins est importante. Mais elle ne doit pas masquer une première réalité, malheureusement trop souvent ignorée : l'absence de point d'accès aux soins en mode libéral.

2. L'inégalité d'accès aux soins, une réalité autant sociale que géographique

L'insuffisance de l'offre de soins exerce une influence sur les comportements des patients. Ce constat intuitif a récemment été corroboré et objectivé par une étude menée par l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) ⁽¹⁾.

L'étude s'intéressait notamment à la distance parcourue par les patients pour accéder à un médecin généraliste ou un médecin spécialiste.

Elle révèle, que lorsque le patient est mobile, le professionnel de santé le plus proche est souvent contourné. Ce constat met tout d'abord en lumière la dimension des préférences individuelles dans les pratiques spatiales d'accès aux soins. *A contrario*, les patients appartenant aux catégories socioprofessionnelles moins mobiles (par exemple, les bénéficiaires de la CMU-C) sont plus souvent amenés à consulter les praticiens situés dans leur environnement immédiat. En ce cas, la dimension de préférence individuelle apparaîtrait moins pertinente.

Par ailleurs, les travaux démontrent que le contexte influence le choix du patient. En effet, la faible accessibilité de l'offre de soins conditionnerait les déplacements des patients et aboutirait à accentuer les inégalités sociales d'accès aux soins. Un faible niveau d'APL diminuerait la probabilité de consulter le médecin généraliste le plus proche et engendrerait les trajets supplémentaires. Cette disparité serait encore plus criante pour le recours aux médecins spécialistes : un temps de trajet supérieur à 30 mn dissuaderait même d'y recourir lorsque le patient réside dans une zone caractérisée par une faible accessibilité. En définitive, les patients les moins mobiles sont les plus pénalisés dans l'accès aux soins.

(1) Véronique Lucas-Gabrielli, Aurélie Pierre, Laure Com-Ruelle, Magali Coldefy, « Pratiques spatiales d'accès aux soins », *Les rapports de l'IRDES*, n° 564, octobre 2016.

Dernière conclusion relevée par l'étude : le type de territoire appréhendé influe aussi sur l'accessibilité. L'étude relève ainsi que *« le fait de ne pas résider dans un grand pôle diminue la probabilité de recourir au praticien le plus proche ou augmente les distances supplémentaires parcourues »*.

En résumé, l'accessibilité aux soins revêt, au-delà d'une dimension géographique, une évidente dimension sociale. Cette caractéristique est aujourd'hui objectivée par des études documentées, telles que les rapports de la Cour des comptes. Cette conclusion ne fait malheureusement que conforter les conclusions des enquêtes d'UFC-Que Choisir précitées. Les données comparatives entre 2012 et 2016 font apparaître une situation alarmante pour les médecins spécialistes rémunérés au tarif opposable : leur l'offre a reculé pour plus de la moitié des usagers, quelle que soit la spécialité étudiée. Ce seul constat justifie le dépôt, par le rapporteur, d'un amendement tendant à privilégier le conventionnement des médecins spécialistes proposant des tarifs opposables.

3. Le conventionnement territorial, un outil qui réconcilie la liberté d'installation avec le bon emploi des fonds publics.

Partant du constat de l'efficacité limitée des dispositions incitatives, l'article premier envisage d'instaurer un conventionnement territorial, c'est-à-dire la subordination du conventionnement d'un médecin libéral avec l'assurance maladie au départ en retraite d'un autre médecin dans les zones caractérisées par une surdensité médicale. Pour ce faire, il prévoit l'insertion d'un article L. 4131-6-1 au sein du code de la santé publique.

Ce mécanisme laisse toute la place à la négociation avec les professionnels de santé. Il ne s'agit donc pas d'une mesure coercitive mais d'une mesure de régulation. Le dispositif s'inspire par ailleurs des mécanismes existants pour les autres professions de santé.

Tout d'abord, cette solution ne remet pas en question les dispositions conventionnelles d'aide à l'installation prévues, s'agissant des médecins par le 20 de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, et s'agissant des chirurgiens-dentistes par le 4° de l'article L. 162-14-1 du même code.

Par ailleurs, le choix a été fait d'organiser la mesure dans un cadre contractuel. Des dispositions similaires existent notamment pour les infirmiers et sont en cours de négociation pour les masseurs-kinésithérapeutes mais relèvent du cadre conventionnel entre l'assurance-maladie et les professionnels concernés. Tel n'est pas le cas de l'article proposé : la négociation se déroulerait en effet entre l'agence régionale de santé et les représentants des syndicats de médecins représentatifs au niveau national et associerait les représentants des usagers. Ce choix se justifie notamment par la volonté d'organiser les modalités de concertation au plus près des caractéristiques territoriales : la proximité est aussi synonyme d'efficacité. Bien que s'écartant du strict domaine conventionnel, le texte laisse toute latitude pour définir en commun les zones pour lesquelles le

non-conventionnement sera décidé. Bien évidemment, il importera d'assurer une réelle égalité entre territoires. C'est la raison pour laquelle il importe, au-delà de la méthodologie commune, de disposer d'indicateurs et d'objectifs nationaux.

Cette disposition ne remet pas non plus en cause le principe de la libre installation. Elle n'empêche pas la liberté d'établissement mais encadre les modalités de prise en charge, à travers le conventionnement pour mieux répondre aux besoins de santé des Français. En pratique, rien n'empêcherait donc un médecin de s'installer dans une zone sur-dotée.

Enfin, comme le souligne le rapport du CESE, « *l'assurance maladie vient solvabiliser la demande de soins* » et financer indirectement l'activité des professionnels de santé. Ce financement public, qui fait d'ailleurs l'objet d'une autorisation par le Parlement *via* l'approbation de l'ONDAM et de l'objectif d'équilibre de la branche maladie, peut nécessiter un certain contrôle de l'emploi des fonds dédiés à la sécurité sociale d'autant que, comme le souligne justement le rapport de la Cour des comptes, l'inégale répartition territoriale des professions de santé entraîne des coûts à la charge de la collectivité.

Pour toutes ces raisons, il ne semble donc pas disproportionné de fixer des objectifs d'intérêt général à notre système de santé et à l'installation des médecins en particulier, pour garantir l'accès de tous à une santé de qualité.

Face aux limites évidentes du laissez-faire, la régulation est aujourd'hui nécessaire pour répondre aux besoins de santé de nos concitoyens.

*

La commission est saisie de trois amendements identiques AS1 de M. Thibault Bazin, AS7 de Mme Josiane Corneloup et AS9 de Mme Isabelle Valentin.

M. Thibault Bazin. De nombreux dispositifs incitatifs ont été créés, avec le résultat mitigé que l'on connaît. Je ne serai pas aussi catégorique que notre collègue Garot : il y a aussi des réussites et j'en connais des exemples dans le territoire lorrain.

L'article 1^{er} crée un dispositif de régulation de l'installation, appelé « *conventionnement territorial* ». Cela n'est pas, semble-t-il, la bonne réponse à un vrai problème, qu'on ne nie pas.

Il comporte en effet plusieurs inconvénients graves : il renie le principe de la liberté d'installation qui est la base de notre système ; il pénalise les jeunes médecins qui ne sont nullement responsables de la situation créée par leurs prédécesseurs. Ce faisant, il risque de dissuader les étudiants de choisir la médecine libérale, mais plus encore, la médecine générale, alors qu'il faut au contraire favoriser ces choix.

Comme l'a dit mon collègue Lurton, les jeunes médecins risquent de choisir le secteur 3 et de pratiquer les honoraires sans pourtant s'installer dans les zones en crise ; d'autres auront encore moins envie de s'installer.

Si l'on réfléchit bien, vous allez peut-être faire un beau cadeau aux médecins qui partent à la retraite dans les zones attractives en leur permettant de mieux valoriser leur clientèle.

La médecine libérale et la coercition sont assez antinomiques, à moins de changer totalement de système avec la création de postes de généralistes fonctionnaires, très bien payés, qui seraient envoyés les déserts médicaux. Mais cela répondrait-il vraiment au problème ? Des postes de gendarmes, par exemple, ne sont pas pourvus lorsque l'attractivité du territoire n'est pas au rendez-vous.

Nous vous proposons donc, par l'amendement AS1, de supprimer cet article.

Mme Josiane Corneloup. La désertification médicale dans certains territoires, dépourvus de généralistes et de spécialistes mais aussi de structures hospitalières, est manifeste. Elle pose la question de l'égal accès aux soins.

Le dispositif de déconventionnement sélectif des médecins, tel qu'il est proposé à l'article 1^{er}, s'apparente à une mesure de coercition à l'installation : il s'agit ni plus ni moins de contraindre les médecins libéraux en réduisant, voire en supprimant, leur liberté d'installation.

Attenter à la mobilité des jeunes médecins par cette forme baroque d'étatisation ne serait pas sans conséquences : cela risque de décourager davantage les vocations, qui s'amenuisent d'année en année, puisque moins de 9 % des jeunes médecins choisissent la médecine générale et qu'entre 200 et 300 médecins partent exercer à l'étranger chaque année.

Il convient de tenir compte de la réalité et de ne pas imposer dogmatiquement des choix. Un jeune médecin ne s'installe jamais avant trente-cinq ans, au minimum, et il le fait selon un projet familial. Un médecin n'ayant pas choisi de son plein gré sa zone d'installation partira, comme on le voit en Allemagne et au Québec dans des situations analogues.

Les jeunes veulent avoir le choix pour leur installation. L'État doit les y aider en leur proposant davantage de mesures incitatives – elles ont déjà été évoquées à plusieurs reprises depuis le début de cette réunion. La médecine libérale doit être libérée et accompagnée. Ne prenons pas le risque d'introduire dans notre législation un déconventionnement arbitraire. Tel est l'objet de mon amendement AS7 qui vise à supprimer l'article 1^{er}.

Mme Isabelle Valentin. La désertification médicale est une véritable préoccupation dans certains secteurs : les disparités sont flagrantes selon les bassins d'emploi.

Les conditions de travail souhaitées par les jeunes médecins ont beaucoup évolué : de nombreuses jeunes femmes exercent à mi-temps, beaucoup de médecins préfèrent le salariat à l'hôpital, et peu sont prêts à travailler en tant que médecins généralistes dans les zones rurales – les horaires peuvent parfois les décourager. Le nombre d'heures travaillées, on l'a dit, a fortement baissé en médecine générale.

Dans ces conditions, l'augmentation du *numerus clausus* paraît essentielle, même si les maisons de santé et les regroupements offrent aussi des solutions, comme les stages, pour attirer de nouveaux médecins. Nous devons travailler avec les professionnels de santé et non contre eux. La médecine générale étant le parent pauvre, le renforcement de son attractivité et sa revalorisation font partie des solutions. Si nous ne respectons pas la liberté d'installation et le choix de vie des jeunes médecins, le nombre d'étudiants en médecine générale baissera dans les années à venir et nous irons à l'inverse de l'effet souhaité.

C'est pourquoi l'amendement AS9 tend également à supprimer cet article.

M. le rapporteur. Avis défavorable à ces trois amendements de suppression. Je serai très bref après le débat que nous venons d'avoir.

Il ne faut surtout pas opposer la régulation et l'incitation, ni les politiques d'encadrement et celles d'aménagement du territoire – ce n'est pas le sens de cette proposition de loi. C'est tout au contraire la régulation qui donnera de la force et de l'efficacité à l'incitation.

Allons-nous décourager et pénaliser les jeunes médecins ? Ce ne sera pas du tout l'effet produit. La proposition de loi ne s'applique pas uniquement à eux, mais à tous les médecins, ni aux seuls généralistes – les spécialistes sont aussi concernés. Ce que nous vous proposons est un principe général : celui de la régulation.

Il faut bien sûr traiter la question du *numerus clausus*. Cela fait trente ans que l'on passe à côté en prétendant que l'on répondra aux besoins. À chaque fois, on est passé à côté... Le problème est que le *numerus clausus* a un effet retard de dix ans. Que fait-on pendant ce temps ? Un médecin sur deux a soixante ans ou plus : c'est maintenant que la question se pose. C'est pourquoi il faut agir dès aujourd'hui en proposant des solutions nouvelles. Tel est le sens de la proposition de loi, et en particulier de son article 1^{er}.

M. Thomas Mesnier. Vous vous êtes montré un peu taquin tout à l'heure, monsieur le rapporteur, en pratiquant ce que vous avez appelé « l'archéologie parlementaire », puisque vous avez rappelé la position de certains députés de la majorité sur un dispositif identique, il y a quelques mois. Je commencerai donc l'année en étant taquin à mon tour : l'idée que vous défendez aujourd'hui n'avait pas été retenue par le Gouvernement auquel vous apparteniez à l'époque.

M. le rapporteur. C'était un peu avant !

M. Thomas Mesnier. Si le diagnostic nous paraît en partie exact, au groupe La République en Marche, ce n'est pas le cas du traitement prescrit. Je crois qu'il constitue même une fausse bonne idée. Se pose notamment la question de la définition des zones sur-denses : je ne connais personne qui dira avoir trop de médecins sur son territoire. Il y a aussi la question des conséquences sur les choix des jeunes médecins dans le cadre de l'exercice libéral. À cela s'ajoute le renforcement des inégalités financières pour l'accès aux soins dans les fameuses zones sur-denses, avec l'augmentation du déconventionnement. Les mécanismes de conventionnement sélectif dans d'autres professions de santé, que vous évoquiez, ne sont pas comparables et les expériences étrangères sont peu concluantes, notamment en Allemagne. Par ailleurs, le principe est très décrié par les médecins. Tous les syndicats et toutes les associations de jeunes médecins se sont exprimés clairement ce matin.

Avec le plan d'accès aux soins, nous proposons une autre solution. Comme la démographie médicale ne va pas cesser de diminuer jusqu'en 2025 – vous l'avez souligné –, il faut réinventer les pratiques, en faisant confiance aux professionnels de santé. Leur confiance en la ministre et la majorité est de retour. Les priorités de ce plan sont le renforcement de l'offre de soins dans les territoires, au service des patients, grâce à une présence médicale et soignante accrue *via* des aides incitatives renforcées, la généralisation des contrats de médecin adjoint, le développement de la télémédecine, dont les négociations conventionnelles vont débiter en 2018, monsieur Vigier, et une meilleure organisation de santé afin d'assurer une présence soignante pérenne et continue, avec la construction de mille maisons de santé supplémentaires en cinq ans, selon des projets défendus par des professionnels et non par les collectivités locales, car c'est probablement le secret de la réussite. C'est ainsi que nous restaurerons la confiance avec les acteurs des territoires : il faut construire des projets depuis le terrain et innover.

Pour ces différentes raisons, je voterai pour la suppression de l'article.

Mme Christine Pires Beaune. Au nom du groupe Nouvelle Gauche, je voudrais souligner l'initiative du rapporteur.

Comme j'ai entendu tout à l'heure une contrevérité, je précise que le nombre de médecins est de 798 pour 100 000 habitants à Paris, contre 180 dans le département de l'Eure : ce sont des chiffres de 2017. La carte des déserts médicaux est plutôt rurale et périurbaine.

Les initiatives prises ces dernières années – et je ne me limite pas au dernier quinquennat – ont malheureusement montré leurs limites, voire leur inefficacité, comme la Cour des comptes l'a relevé. Il faut donc tout essayer. La proposition de Guillaume Garot n'est certes pas nouvelle, puisqu'elle figurait déjà dans un rapport d'Hervé Maurey en 2013, mais elle doit être retenue : c'est une solution, parmi d'autres, qui mérite d'être essayée.

Il y a urgence, car nous connaissons bien les conséquences des déserts médicaux, à savoir des services d'urgence surchargés dans les hôpitaux, ce qui entraîne des surcoûts pour la sécurité sociale, mais aussi parfois des drames évités de justesse. J'en arrive à me dire que les citoyens échappant de justesse à de tels drames devraient peut-être engager une action contre l'État et l'Ordre des médecins – j'ai en mémoire le cas d'un nourrisson dans ma circonscription. Une telle situation ne peut plus durer. La santé n'est pas un bien comme les autres ; nous avons une responsabilité en la matière.

M. Adrien Quatennens. Comme le rapporteur l'a souligné, les solutions incitatives ont totalement échoué dans la lutte contre la diversification médicale. Le Premier président de la Cour des comptes a insisté en novembre dernier sur le fait que « *les mesures incitatives mises en place pour une meilleure répartition des professionnels de santé présentent une efficacité qui apparaît quelque peu dérisoire pour des coûts très élevés* ». Ceux-ci sont estimés à 20,4 millions d'euros pour l'État et à 46,5 millions pour l'assurance maladie en 2015.

Ce que certains qualifient de solution coercitive est plutôt une mesure de bon sens, à la fois d'un point de vue budgétaire et pour l'organisation du territoire. On invoque la sacro-sainte liberté d'installation, mais au nom de quoi ce principe devrait-il être érigé en tabou ? Il s'apparente fort à un privilège corporatiste. Les infirmiers et les sages-femmes font déjà l'objet d'un conventionnement sélectif : certaines professions relevant d'un service public, y compris lorsqu'elles sont libérales, doivent avoir un minimum de contraintes, et les médecins libéraux ne sont pas les plus à plaindre par les temps qui courent. Quand on voit à quel point l'urgence est criante en matière de santé, il ne serait pas scandaleux de demander quelques efforts dans les pratiques.

M. le rapporteur. Effectivement, monsieur Mesnier, aucun élu ne dira jamais qu'il se trouve en situation de surdensité médicale... sauf les chiffres ! mais les chiffres montrent qu'il existe de telles zones, de même que des zones sous-denses. C'est ce qui ressort de l'audition de responsables de la DREES, lundi après-midi : 752 communes, représentant plus de quatre millions d'habitants, peuvent être considérées comme des zones sur-denses par rapport à la moyenne nationale ; symétriquement, 5,2 millions de Français vivent dans des zones sous-denses. C'est une réalité objective. Vous pouvez la nier, mais elle existe et il faut partir de là : c'est bien un problème de répartition.

En ce qui concerne le coût des mesures incitatives, évoquées par Adrien Quatennens, on est sans doute plus près de 100 millions d'euros, à croire un rapport du Sénat, car il faut ajouter les dispositions fiscales, qui ont elles aussi une incidence pour l'État. Et tout cela s'entend hors interventions des collectivités locales...

Quant au coût des inégalités d'accès aux soins, que soulignait Christine Pires Beaune, il a été chiffré entre 900 millions et 3,2 milliards d'euros par la Cour des comptes. Que l'on ne me dise pas que le système fonctionne !

Enfin, j'aimerais comprendre pourquoi la régulation ne marcherait pas pour les médecins, mais pour les kinésithérapeutes, les infirmiers ou les pharmaciens.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Mais cela ne marche pas !

M. le rapporteur. Bien sûr que si !

M. Thibault Bazin. Pas pour les pharmaciens !

M. Cyrille Isaac-Sibille. Vous avez mentionné l'hôpital lorsque vous avez affirmé que la régulation peut fonctionner et vous avez aussi évoqué la réalisation d'une cartographie : il serait intéressant de voir s'il n'y a pas une superposition entre le manque de médecins libéraux, notamment des généralistes, et le fait que des postes ne sont pas pourvus dans les hôpitaux, ou qu'ils le sont par des médecins étrangers, par exemple dans la région Centre-Val de Loire chère à Philippe Vigier. Je pense que ces deux cartes se superposent. Par ailleurs, vous croyez que la régulation fonctionne à l'hôpital, mais ce n'est pas le cas. Le groupe MODEM est donc défavorable à l'article 1^{er}.

M. le rapporteur. Entendons-nous bien : personne ne prétend que la régulation constitue une baguette magique. C'est un outil pour donner de l'efficacité à l'incitation. L'un ne va pas sans l'autre. Nous avons besoin de politiques d'incitation et d'autres de régulation, car elles se confortent mutuellement. Sinon, nous n'arriverons à rien.

Mme Monique Iborra. Dans d'autres pays européens, tels que l'Allemagne, l'Espagne et le Royaume-Uni, les démarches de régulation n'ont pas permis d'augmenter le nombre de médecins dans les territoires désertés. On peut donc se demander pourquoi nous pourrions faire mieux.

M. le rapporteur. C'est précisément parce que les mesures de régulation, voire de coercition dans certains cas, ne suffisent pas que ces pays en viennent à des mesures d'incitation. Je le répète : il faut les deux en même temps.

La commission adopte les amendements.

En conséquence, l'article 1^{er} est supprimé et l'amendement AS20 du rapporteur devient ainsi sans objet.

*

* *

Après l'article 1^{er}

La commission examine l'amendement AS14 de M. Julien Dive.

M. Julien Dive. La problématique de la répartition des médecins généralistes et du déséquilibre entre les territoires concerne aussi les hôpitaux. La concurrence s'intensifie entre les régions et peut même devenir féroce, principalement en ce qui concerne les hôpitaux secondaires, mais aussi parfois au sein des groupements hospitaliers de territoire (GHT). Dans certains territoires, comme la Picardie, la politique menée par les Agences régionales de santé (ARS) conduit la plupart des étudiants en médecine à faire leurs années d'internat dans les centres hospitaliers universitaires (CHU), au grand dam des hôpitaux secondaires – je pourrais citer un certain nombre d'exemples.

Par cet amendement, je vous propose d'élargir les options qui s'offrent aux étudiants en médecine, en les amenant à passer leur dernière année d'internat dans un hôpital secondaire. Certains y restent parfois, parce qu'ils privilégient l'expérience au confort. Il s'agit d'un amendement de bon sens.

M. le rapporteur. J'entends bien votre proposition, qui vise à orienter les jeunes internes vers des réalités qu'ils ne connaissent pas nécessairement. Néanmoins, je ne suis pas absolument convaincu qu'une telle mesure soit d'ordre législatif. Par ailleurs, elle ne pourra fonctionner que s'il existe une régulation : cet amendement aurait du sens si l'ensemble du dispositif avait été adopté – ces deux mesures se consolideraient. Dans la mesure où l'article 1^{er} a été supprimé, je donne un avis défavorable à l'amendement.

M. Julien Borowczyk. Cet amendement a du sens – il arrive que l'on s'installe dans un territoire où l'on a fait un stage –, mais son application poserait effectivement un véritable problème, en particulier pour la maquette des stages hospitaliers : la plupart du temps, elle ne pourrait pas être respectée. Enfin, comme le rapporteur, je ne suis pas certain que cela relève de la loi.

La commission rejette l'amendement.

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS12 de Mme Josiane Corneloup.

Mme Josiane Corneloup. Cet amendement est consécutif à une situation que j'ai rencontrée dans ma circonscription et qui pose un problème.

La loi du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux a permis des mesures fiscales visant à inciter les médecins à s'installer dans des zones de revitalisation rurales (ZRR), souvent déficitaires, où la population se trouve bien souvent démunie sur le plan de l'offre médicale.

L'article 44 *quindecies* du code général des impôts prévoit ainsi que les entreprises créées ou reprises dans les ZRR sont exonérées d'impôt sur le revenu ou d'impôt sur les sociétés à raison des bénéfices réalisés. Toutefois, cette

exonération n'est permise que pour l'installation de cabinets médicaux principaux, les cabinets secondaires étant assimilés à une extension d'une activité préexistante. Cette condition pénalise de nombreux praticiens : un médecin ayant un cabinet hors ZRR ne pourra bénéficier de l'exonération fiscale s'il souhaite en créer un autre, secondaire, dans une ZRR, son activité ne pouvant alors être considérée comme présentant un caractère nouveau.

Pour renforcer cette bonne mesure d'incitation à l'égard des médecins libéraux qui souhaitent prendre leur responsabilité vis-à-vis de la collectivité en s'installant dans une zone rurale désertifiée, il conviendrait de retirer la clause d'extension d'activités préexistantes des conditions d'éligibilité au dispositif d'exonération.

M. le rapporteur. Avis défavorable. On l'a dit tout à l'heure : l'installation n'est pas une question d'argent. Les médecins s'installant dans des zones sous-denses croulent sous le travail ; ils n'ont donc pas de problème de revenus. Par ailleurs, alors que la Cour des comptes a montré qu'il existe déjà un coût très important pour la puissance publique, votre amendement viendrait l'alourdir, sans garantie de résultat.

M. Marc Delatte. Le groupe La République en Marche rejoint l'avis du rapporteur : nous sommes défavorables à cet amendement. De nouvelles aides destinées à favoriser l'installation de médecins dans les zones sous-denses ont été introduites dans la dernière convention médicale, entrée en vigueur en 2017. Il est notamment prévu un montant de 50 000 euros sur trois ans.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle en vient à l'amendement ASI3 de M. Julien Dive.

M. Julien Dive. Nous ne devons pas seulement discuter d'une régulation : il faut aussi obliger les généralistes à s'installer au bout de quelques années : près de 8 500 d'entre eux – et bientôt 10 000 – font perpétuellement des remplacements. Si l'obligation de s'installer porte sur les zones sous-dotées, alors les médecins feront encore plus massivement des remplacements dans les villes et les zones sur-dotées, de sorte que l'on n'aura rien régulé du tout : on aura au contraire aggravé la pénurie dans les campagnes. Plutôt que d'imposer dans quelles zones les nouveaux médecins devraient s'installer, je propose de limiter plutôt la durée pendant laquelle il est possible d'être remplaçant – en l'occurrence à cinq ans après la soutenance de la thèse.

M. le rapporteur. Quelle insupportable coercition ce serait de vouloir limiter la possibilité des jeunes médecins à exercer comme remplaçants ! Je plaisante un peu, mais je suis en désaccord avec vous : l'interdiction prévue par votre amendement n'est pas circonscrite à l'installation ; elle pourrait valoir dans d'autres situations. Et surtout, il faudrait une étude d'impact préalable. Nous avons besoin d'un volant de remplaçants à l'hôpital et pour l'exercice libéral de la médecine.

M. Thomas Mesnier. Un large pool de remplaçants est en effet nécessaire. Cela présente deux vertus : d'une part, permettre aux jeunes médecins d'aller ici et là, dans différents territoires et selon différents modes d'exercice, pour faire leur choix et élaborer leur projet professionnel en connaissance de cause ; d'autre part, permettre aux médecins actifs de prendre des vacances de temps en temps et de se reposer – ils ont bien besoin.

M. Marc Delatte. J'abonde dans le même sens. Le plan d'accès aux soins prévoit au contraire de faciliter les remplacements et l'exercice mixte, salarié et libéral, conformément à la démarche qui est celle des jeunes médecins. Les remplacements sont aussi une solution pour conduire ponctuellement des médecins vers des territoires moins attractifs.

M. Julien Dive. Soit je me suis mal exprimé, soit vous avez mal compris... À aucun moment, je n'ai proposé d'interdire les remplacements. Il s'agit d'une mesure intermédiaire, qui ne va pas jusqu'au déconventionnement que vous proposez dans les zones sur-dotées : le principe est de réguler le remplacement en le limitant à une certaine durée. Certains médecins généralistes choisissent de ne faire que des remplacements pour des raisons d'ordre administratif et financier. Pour les amener à s'installer, je propose de limiter à cinq ans la période de remplacement, ce qui n'est pas rien. Il y a quand même un monde entre limiter le remplacement et le supprimer !

M. le rapporteur. Je comprends bien votre logique, mais on ne peut pas procéder au doigt mouillé. Pourquoi cinq ans ? Nous ne pouvons pas écrire la loi comme ça. Nous avons besoin d'une étude d'impact : il faut voir ce dont nous avons besoin, en volume d'heures de remplacement, à l'échelle nationale puis sur le plan régional, avant d'envisager une mesure législative. Avançons dans l'ordre.

La commission rejette l'amendement.

*

* *

Article 2

Mise en place du tiers payant intégral dans les maisons de santé

Cet article vise à garantir la mise en œuvre du tiers payant intégral dans les maisons de santé. Le tiers payant est un levier majeur pour faire évoluer l'offre de santé et faire progresser la justice sociale.

I. SURMONTER LES OBSTACLES TECHNIQUES, UN PRÉALABLE NÉCESSAIRE À LA GÉNÉRALISATION DU TIERS PAYANT

Constatant que le tiers payant était déjà pratiqué dans de nombreux cas au titre de l'assurance maladie obligatoire, la loi de modernisation de notre système de santé a posé le principe du tiers payant dans le cadre des consultations de ville.

A. LE PRINCIPE DU TIERS PAYANT GÉNÉRALISÉ

Des obligations de tiers payant sont déjà légalement applicables. Celles-ci concernent soit la seule part obligatoire, soit la part obligatoire et la part complémentaire (tiers payant intégral). Citons ainsi les dispenses d'avance de frais pour les soins en rapport avec un accident du travail ou une maladie professionnelle et les soins dispensés à un bénéficiaire de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ou pour les honoraires perçus pendant une hospitalisation dans un établissement sous convention avec l'assurance maladie. Le tiers payant s'applique aussi pour certains actes (actes de prévention dans le cadre de dépistage organisé, prescription de contraceptifs ou d'examens biologiques à une mineure de moins de 15 ans, examens de prévention bucco-dentaire). Depuis le 1^{er} juillet 2015, le tiers payant est proposé aux patients disposant de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé (ACS).

Dans ce contexte, l'article 83 de la loi de modernisation de notre système de santé a proposé la généralisation du tiers payant. Cette généralisation se voulait progressive mais n'était toutefois opposable qu'à l'égard l'assurance maladie obligatoire.

La loi prévoyait tout d'abord la garantie du tiers payant « *aux bénéficiaires de l'assurance maladie atteints d'une affection de longue durée mentionnée aux 3^o et 4^o de l'article L. 160-14 du code de la sécurité sociale, pour les soins en relation avec l'affection concernée, ainsi qu'aux bénéficiaires de l'assurance maternité, sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire* ». Simple faculté à compter du 1^{er} janvier 2016, la disposition est devenue obligatoire au 31 décembre 2016.

Pour les autres professions de santé exerçant en ville, le tiers payant pouvait être pratiqué à compter du 1^{er} janvier 2017 pour une généralisation au 30 novembre de la même année.

Enfin, le cadre législatif ne s'imposait qu'à l'égard de la part obligatoire prise en charge par l'assurance maladie. Le texte initialement déposé prévoyait la mise en place du tiers payant intégral, c'est-à-dire part complémentaire comprise. Or, la rédaction, qui ne présentait pas suffisamment de garanties au pour les organismes complémentaires d'assurance maladie, a été censurée par le Conseil constitutionnel ⁽¹⁾.

Dans son commentaire, le Conseil constitutionnel rappelle que « *les règles applicables aux organismes complémentaires se rattachent aux principes fondamentaux des obligations civiles et commerciales* ». Le texte méconnaissait en quelque sorte ces principes en ne prévoyant aucune disposition encadrant l'application du tiers payant s'agissant des dépenses prises en charge par les organismes d'assurance maladie complémentaire. Par ailleurs, il ne prévoyait pas non plus de garanties pour les professionnels de santé.

Cette censure n'a toutefois pas mis fin à la mise en place d'un mécanisme de tiers payant intégral. L'obligation perdurait s'agissant de la part obligatoire et la mise en place d'un mécanisme similaire pour la part complémentaire pouvait être lancée dans le cadre contractuel.

Néanmoins, la généralisation se heurtant à des difficultés techniques, la nouvelle majorité a procédé à un report de l'application de l'article 83 précité.

B. DES DIFFICULTÉS MANIFESTES QUI ONT OCCASIONNÉ LE REPORT DU TIERS PAYANT GÉNÉRALISÉ

1. Des obstacles concrets mais non dirimants

Le dernier rapport de l'IGAS ⁽²⁾ met l'accent sur les difficultés concrètes pouvant faire obstacle à la généralisation du tiers payant.

Si le processus de facturation « *repose à 95 % sur la télétransmission* » en part obligatoire, la part complémentaire se caractérise par la coexistence de plusieurs processus de facturation : ainsi, les pratiques font intervenir un acteur unique à la fois payeur et gestionnaire unique des deux parts, le « *routage des flux AMC* ⁽³⁾ via l'*AMO* ⁽⁴⁾ » ou encore « *la gestion séparée avec éclatement des flux entre AMO et AMC* ». Dans ce contexte, tout l'enjeu consiste à proposer des solutions automatisées, fiables et rapides pour les professions de santé.

S'agissant de l'AMO, le paiement est rapide – inférieur à 5-6 jours – et fiables (moins de 1 % des rejets) mais le processus suscite encore une certaine défiance chez les professionnels de santé. Ces derniers estiment encore fastidieuse

(1) Décision n° 2015-727 DC du 21 janvier 2016.

(2) IGAS, « Évaluation de la généralisation du tiers payant », n° 2014-111R, octobre 2017.

(3) Assurance maladie complémentaire.

(4) Assurance maladie obligatoire.

« *la gestion administrative des paiements* » qui inclut le suivi des rejets ainsi que le contrôle des paiements effectués. S’agissant enfin de l’accompagnement des professionnels de santé, la mise en place du centre de services inter-régimes (CESI) n’est pas encore identifiée faute, notamment, « *d’une communication organisée* ».

S’agissant du tiers payant complémentaire, les progrès enregistrés ne semblent pas suffisants pour emporter l’adhésion des professionnels de santé. Le principal paramètre de la gestion du tiers payant complémentaire tient en la volonté des organismes complémentaires de « *préserver leur autonomie par rapport à l’assurance maladie* » : ce positionnement explique l’absence de gestion du tiers payant coordonnée par l’AMO. Les organismes complémentaires ont souhaité se regrouper au sein de « *l’association inter-AMC* » afin de simplifier le point d’entrée des professionnels de santé ainsi que le rapprochement des flux de facturation : une trentaine de systèmes d’information généreraient l’intégralité des demandes de remboursement électronique issues des organismes complémentaires aujourd’hui recensés ⁽¹⁾.

Le rapport de l’IGAS relève néanmoins que le dispositif ne fait toujours pas l’unanimité parmi les professionnels de santé. Par ailleurs, les délais de paiement semblent moins performants que ceux constatés pour l’AMO : l’engagement de l’AMC porte sur sept jours ouvrés mais en pratique des délais d’une dizaine de jours sont relevés. L’attestation papier d’affiliation à une complémentaire, qui conditionne la garantie de paiement, n’offre aucune assurance sur la mise à jour des droits ouverts aux patients. De nombreux rejets sont aujourd’hui constatés : pour les médecins et auxiliaires médicaux, ils s’échelonnent entre 3,6 % et 5,2 % à comparer au taux de 1 % pour l’AMO. Enfin, l’accompagnement des professionnels de santé souffre encore d’une mise en place poussive. L’association inter-AMC a institué le point de contact centralisé (PCC), sur le modèle du CESI pour l’AMO, mais ce centre de services n’offre pour le moment qu’un appui partiel et n’est pas encore pleinement identifié par les professionnels de santé.

2. Le cadre juridique du report opéré par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018

Les difficultés rencontrées sur la mise en place du tiers payant intégral ont abouti au report de sa généralisation. Le Gouvernement a ainsi présenté un amendement au projet de loi de financement de la sécurité sociale visant à reporter l’application du tiers payant.

L’article 63 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 maintient ainsi le principe du tiers payant pour certains publics bénéficiaires (assurance maternité, patients atteints d’une affection longue durée, bénéficiaires de l’ACS).

(1) Un peu plus de 500 selon le rapport de l’IGAS.

Pour les autres patients, l'objectif du tiers payant aurait vocation à être généralisable à défaut d'être généralisé. La disposition est donc en retrait au regard de la loi de modernisation de notre système de santé. L'article prévoit enfin la remise d'un rapport du Gouvernement au Parlement avant le 31 mars 2018 afin d'évaluer « *la mise en œuvre opérationnelle du tiers payant intégral et les prérequis techniques à cette mise en œuvre tant sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire que sur celle prise en charge par les organismes complémentaires* ».

II. LE TIERS PAYANT, UNE NÉCESSITÉ SOCIALE

Pour le rapporteur, le tiers payant permettrait de juguler le renoncement aux soins. En effet, l'avance des frais peut un frein significatif. Si le non-recours peut aussi s'expliquer par d'autres déterminants, il n'en reste pas moins que le tiers payant pourrait permettre de faciliter l'accès aux soins. L'avance des frais constitue un décaissement qu'il importe d'assumer.

Du reste, la France se caractérise encore par une certaine singularité. L'étude d'impact jointe au projet de loi relatif à la santé ⁽¹⁾ rappelle que « *les systèmes de santé étrangers ont développé soit une dispense des frais pour la part couverte par l'assurance maladie financée par des cotisations (Allemagne, Autriche, Pays-Bas, Israël, Canada, Japon), soit une couverture des soins « prépayée » par des contributions assises sur les revenus de l'ensemble de la population (Royaume-Uni, Suède, Finlande, Italie)* ».

A. UNE MODALITÉ DE L'ORGANISATION DES SOINS

Le tiers payant généralisé constitue, à n'en pas douter, un paramètre de l'organisation des soins. Il peut constituer un atout important pour l'attractivité des soins de ville alors que nombre d'études et de rapports regrettent une polarisation des soins non programmés dans les hôpitaux *via* l'accueil aux urgences.

Le tiers payant est en effet pratiqué par de nombreux professionnels de santé. Il est ainsi de droit à l'hôpital, l'article L. 162-21-1 prévoyant, pour la part garantie par les régimes obligatoires d'assurance maladie la « *dispense de l'avance des frais d'hospitalisation* » pour les établissements de santé publics ou privés sous convention avec l'assurance maladie.

Rappelons ainsi la dernière enquête nationale réalisée par la Drees sur les urgences. Parmi les raisons invoquées par les patients concernés figure « *l'accessibilité aux soins, la facilité d'accès des urgences, en termes de proximité géographique, de disponibilité de plateau technique, d'horaires ou encore de gratuité* » ⁽²⁾. La possibilité d'offrir le tiers payant en ville pourrait sans aucun

(1) devenu la loi de modernisation de notre système de santé au terme de son adoption par le Parlement.

(2) Drees, *Le panorama des établissements de santé, dossier « Structures des urgences hospitalières : premiers résultats de l'enquête nationale réalisée par la DREES », juin 2014.*

doute permettre de réorienter les patients, d'éviter les thromboses dans les établissements de santé et favoriser un rééquilibrage.

B. UNE PRATIQUE EN PROGRESSION MAIS ENCORE DISPARATE.

Le tiers payant s'est peu à peu développé notamment au profit des personnes ayant les revenus les plus faibles ou pour les actes les plus coûteux. Mais la pratique n'en reste pas moins disparate comme le rappellent fort opportunément les statistiques du programme de qualité et d'efficience « *maladie* » annexé au projet de loi financement de la sécurité sociale pour 2018.

Cette situation résulte tout à la fois de la diversité des textes qui encadrent cette pratique lorsque le tiers payant est obligatoire, et, en dehors de ces obligations, de la volonté des praticiens de proposer ce service à leurs patients.

Le document précité souligne ainsi qu' « *au premier semestre 2017, sur l'ensemble des soins médicaux, le taux de tiers payant des montants remboursés par l'assurance maladie est de 46,2 %, en hausse de 3,8 points par rapport au premier semestre 2016* ».

S'agissant du tiers payant rendu obligatoire avant la loi de modernisation de notre système de santé, les taux observés sont proches de 100 %.

En ce qui concerne les cas sans obligation, le taux de tiers payant sur le premier semestre 2017 s'élève à 27,1 %.

C. VERS LE TIERS PAYANT INTÉGRAL

Le présent article propose de prévoir la mise en place du tiers payant intégral dans le cadre des exercices regroupés que constituent les maisons de santé. L'objectif est de rendre simple la gestion du tiers payant intégral par les médecins, pour ne pas alourdir une charge administrative déjà pesante.

La généralisation du tiers payant présentant des enjeux techniques majeurs, la mise en œuvre en priorité dans les maisons de santé devrait favoriser la réorganisation des soins autour des modes d'exercice regroupés. Du reste, toutes les études attestent de la volonté des nouvelles générations de s'orienter vers un exercice en commun voire d'opter pour le salariat plutôt que l'exercice médical. Le rapporteur vous renvoie à la lecture du commentaire de l'article 1^{er} de la présente proposition de loi s'agissant des évolutions statistiques en la matière.

Cette mise en œuvre constituerait la première étape vers une généralisation du tiers payant intégral.

Le texte prévoit en outre le principe du tiers payant intégral. Pour ce faire, il s'inscrit dans un double cadre :

– s’agissant du tiers payant portant sur la part obligatoire des dépenses d’assurance maladie, le texte s’inscrit dans le cadre de l’article L. 161-36-3 du code de la sécurité sociale qui offre toutes les garanties de paiement pour les professionnels de santé dès lors qu’il est recouru à la carte électronique de l’assuré (carte vitale) : paiement dans un délai fixé par décret, versement de pénalité en cas de non-respect du délai.

– s’agissant du tiers payant portant sur la part complémentaire, le texte renvoie les modalités d’application à un accord entre les maisons de santé et les représentants des organismes complémentaires d’assurance maladie. Le caractère conventionnel permet de respecter les travaux engagés par les organismes complémentaires qui se sont regroupés au sein de l’association Inter-AMC tout en offrant des garanties constitutionnelles : le contrat permet de ne pas attenter à la liberté du commerce et de l’industrie. Par ailleurs, la formulation permet aussi de prévoir les garanties de paiement pour les médecins équivalentes à celles prévues pour l’AMO : délai, pénalités applicables en cas de non-respect du délai.

Le dispositif renvoie enfin à un décret en conseil d’État les modalités de mise en œuvre concrète de la mesure. Ce texte permettra de préciser les garanties apportées par l’État pour la réussite de cette mesure, s’agissant plus particulièrement du tiers payant portant sur la part complémentaire. S’il importe que des garanties soient d’abord apportées par les organismes complémentaires dans le cadre conventionnel, l’État pourrait être toutefois amené à définir un panier de dispositions permettant de ne pas réduire le temps médical (temps de secrétariat, temps d’assistance sociale, flux de paiement, etc...).

La rédaction de l’article combine à la fois responsabilisation des acteurs et garantie de l’efficacité de la mesure par la puissance publique.

*

La commission examine les amendements identiques AS2 de M. Thibault Bazin, AS8 de Mme Josiane Corneloup et AS10 de Mme Isabelle Valentin.

M. Thibault Bazin. L’article 2 vise à garantir l’application du tiers payant par l’État dans les maisons de santé. Or les professionnels s’opposent à la généralisation de cette mesure, comme beaucoup d’économistes, et l’actuelle majorité vient de revenir en arrière – ou du moins de repousser le dispositif à plus tard.

C’est en effet une mesure contre-productive. La suppression de tout paiement risque de favoriser les consultations inutiles ; cela constituerait aussi un pas de plus vers l’étatisation de la profession médicale, de plus en plus dépendante des organismes payeurs. Je partage le souhait de la ministre de rechercher une plus grande pertinence des soins et je ne pense pas que l’on y contribuera avec la généralisation du tiers payant.

C'est pourquoi je propose, par mon amendement AS2, de supprimer cet article.

Mme Josiane Corneloup. La généralisation du tiers payant faisait partie des mesures inscrites dans la loi « santé » du 26 janvier 2016, qui prévoyait l'application du nouveau système au 30 novembre 2017. Un amendement adopté lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2018 a supprimé la généralisation du tiers payant, les débats s'orientant vers un tiers payant généralisable mais pas obligatoire.

L'article 2 de la proposition de loi vise à rétablir dans son format initial un dispositif qui ne ferait qu'imposer des contraintes administratives supplémentaires aux professionnels de santé, en particulier dans les zones rurales où les médecins doivent déjà faire face à un déficit de moyens et d'infrastructures.

Par ailleurs, cette mesure ne tient pas compte de la présentation au Parlement, dans les mois à venir, d'un rapport sur les nouvelles orientations du Gouvernement dans ce domaine, ni des conclusions que nous pourrions en tirer aux côtés des acteurs concernés.

Pour toutes ces raisons, mon amendement AS8 tend à supprimer l'article 2.

Mme Isabelle Valentin. L'article 2, qui tend à généraliser le tiers payant dans les maisons et les centres de santé, constitue une contrainte supplémentaire pour les professionnels concernés.

La désertification des territoires ruraux est un problème majeur auquel doit faire face notre pays. En adoptant cet article, nous ne ferions qu'ajouter une surcharge administrative dans des zones où l'exercice de la médecine est déjà difficile du fait de carences en moyens et en infrastructures.

Par ailleurs, un amendement contraire a été adopté lors de l'examen du PLFSS pour 2018, qui a mis un point d'arrêt à la généralisation du tiers payant. Revenir au format initialement prévu serait néfaste et totalement déconnecté du terrain.

Par l'amendement de suppression AS10, nous prendrons en compte cette réalité, en particulier la situation complexe des territoires ruraux.

M. le rapporteur. Avis défavorable. L'article 2 vise avant tout à garantir la fluidité technique du tiers payant intégral pour les praticiens. Tout le monde reconnaît qu'il y a un déficit de temps médical. Faisons donc en sorte que le temps de travail des médecins soit d'abord médical, et non administratif. Que prévoit l'article 2 ? L'application du tiers payant intégral aura d'abord lieu dans les structures d'exercice collectif, à savoir les maisons de santé. Cela correspond à une attente très forte des médecins, qui veulent pouvoir travailler en groupe, en équipe. Ils pourront d'autant mieux le faire s'ils sont déchargés des aspects les

plus rébarbatifs de leur travail, ce qui leur permettra de se consacrer aux aspects médicaux. Voilà l'objet de l'article et la raison pour laquelle je m'oppose à ces amendements de suppression.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Je suis heureux de vous entendre dire que le tiers payant est rébarbatif...

M. le rapporteur. C'est rébarbatif pour le médecin, qui a sans doute autre chose à faire. Mais le rôle de la puissance publique – l'État et l'assurance maladie –, et surtout des organismes complémentaires, c'est de garantir le bon fonctionnement, la fluidité technique du dispositif.

Pour ce qui est de l'aspect politique et social du tiers payant, il va de soi que cela constitue une avancée.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Une avancée rébarbative ?

M. le rapporteur. Et alors ? Quand on apprend à lire, cela peut être vécu comme rébarbatif, cela n'en est pas moins utile... c'est souvent comme ça, dans la vie !

Le tiers payant peut avoir des aspects un peu pénibles sur le plan technique, mais il constitue indéniablement une avancée en termes d'intérêt général. C'est une avancée sociale en ce qu'il permet d'éviter les retards de soins, voire le renoncement aux soins, et c'est ce qui fait tout son intérêt – en particulier le tiers payant intégral.

M. Julien Borowczyk. Apprendre à lire peut être rébarbatif, mais ça l'est toujours moins que de résoudre des équations à plusieurs inconnues sans calculatrice !

Pour ce qui est du tiers payant généralisé, il me semble que l'on se fourvoie en se focalisant sur le fait que c'est rébarbatif pour les médecins – c'est une évidence. Nous devons plutôt nous efforcer de réduire le temps administratif des médecins, comme M. le rapporteur l'a lui-même souligné. Cela dit, je ne crois pas que les médecins soient arc-boutés sur un problème de nature pécuniaire. Les médecins ont souvent tiré la sonnette d'alarme sur le fait que le tiers payant généralisé risquait de se traduire par une dévalorisation de l'acte, ainsi que par une augmentation du nombre d'actes.

Enfin, j'aimerais vous demander, en toute sympathie et en toute franchise, si vous pensez que le tiers payant généralisé constitue un apport majeur en termes de santé publique pour les Français : en d'autres termes, l'absence de tiers payant généralisé constitue-t-elle vraiment un frein à la consultation pour la majorité de nos concitoyens ? Je rappelle que le tiers payant est déjà pratiqué dans le cadre des affections de longue durée (ALD), de la couverture maladie universelle (CMU) et de l'aide à la complémentaire santé (ACS). Il est important que toutes les personnes disposant de ces droits les fassent valoir ; on parle de l'élargir aux

étudiants. En revanche, je ne suis pas persuadé que le tiers payant représente une préoccupation majeure pour l'ensemble de la population, et il ne me semble donc pas opportun de présenter le tiers payant généralisé comme la solution à tous les maux en matière d'accès aux soins.

M. Adrien Quatennens. Je veux réaffirmer que la mise en place du tiers payant est une mesure d'intérêt général. Notre groupe est donc favorable aux articles 2 et 3, qui instaurent le tiers payant dans l'ensemble des maisons de santé et des centres de santé ; à défaut d'être suffisante, cette mesure va dans le bon sens.

En novembre 2017, un rapport de la Cour des comptes portant sur l'avenir de l'assurance maladie nous apprenait que, si les médecins généralistes sont moins nombreux à pratiquer le dépassement d'honoraires – de 16 % en 1985, ils sont passés à 8,7 % en 2015 –, il en va tout autrement pour les spécialistes, qui sont désormais 45 % à pratiquer le dépassement d'honoraires, alors qu'ils n'étaient que 30 % à le faire en 1985.

Le taux moyen du dépassement d'honoraires est de 56 %, un chiffre énorme que rien ne justifie – et la tendance n'est pas à l'amélioration. Le renoncement aux soins devrait donc continuer de s'accroître et dans certains secteurs, notamment celui de la santé bucco-dentaire, l'accès aux soins devient tout simplement impossible pour des millions de patients, faute de régulation des dépassements d'honoraires.

Lors de l'examen du PLFSS pour 2018, nous avons eu raison de nous opposer au report par le Gouvernement de l'application de l'accord arbitral visant à encadrer ces dépassements – et une majorité moins bornée aurait pu réfléchir aux conséquences de son vote pour celles et ceux qui vont devoir renoncer aux soins. Alors que le précédent gouvernement a voulu entamer une régulation des tarifs au moment de généraliser le tiers payant, l'actuel gouvernement, lui, cède devant la colère corporatiste des médecins, en considérant que l'encadrement des dépassements n'est plus d'actualité.

En revenant partiellement sur ce renoncement, l'article 2 va dans le bon sens. Les patients attendent des mesures plus ambitieuses pour mettre fin à la scandaleuse envolée des tarifs : brisons donc le tabou en posant la question du conventionnement des professionnels qui pratiquent des dépassements manifestement excessifs. La sécurité sociale, ce bien commun, ce génie de solidarité, n'a pas vocation à financer des dépassements d'honoraires exorbitants.

Mme Martine Wonner. En réponse à M. Quatennens, je dirai que si le principe de solidarité de la sécurité sociale doit être préservé, le tiers payant généralisé n'est pas du tout le bon moyen pour le faire : il ne faut pas confondre l'accès aux soins d'une part, la qualité et la pertinence des soins d'autre part – notion dont il a très peu été question ce matin. La lutte contre les dépassements d'honoraires peut et doit passer par d'autres voies.

Pour en revenir à la notion de confiance, que j'ai déjà évoquée, nous ne devons pas perdre de vue qu'un praticien qui connaît ses patients et, le cas échéant, leur situation précaire, applique de lui-même le tiers payant quand il l'estime nécessaire.

M. le rapporteur. En réponse à M. Borowczyk, je veux dire que si des études ont effectivement mis en évidence un effet de rattrapage, celui-ci se trouve ensuite lissé sur la durée. Mais surtout, il ne faut pas penser qu'à la médecine générale : quand le prix élevé de la consultation auprès d'un spécialiste vient s'ajouter au fait que les médecins ne sont pas en nombre suffisant, cela se traduit chez certains patients par un renoncement aux soins, qui peut avoir pour conséquence une aggravation des pathologies. Sur ce point, la mise en place du tiers payant intégral constituerait une avancée, non seulement sur le plan social, mais en termes de santé publique.

La commission adopte les amendements identiques AS2, AS8 et AS10.

En conséquence, l'article 2 est supprimé.

*

* *

Article 3

Mise en place du tiers payant intégral dans les centres de santé

À l'instar de l'article 2 pour les maisons de santé, cet article vise à garantir la mise en œuvre, par l'État, du tiers payant intégral dans les centres de santé.

Structures sanitaires de proximité dispensant principalement des soins de premier recours, les centres de santé sont institués et gérés par des organismes à but non lucratif, des collectivités territoriales ou des établissements de santé.

Les médecins, qui exercent en centre de santé sont salariés, sont aujourd'hui amenés à pratiquer le tiers payant sur la partie obligatoire au terme du troisième alinéa de l'article L. L. 162-32 du code de la sécurité sociale, depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 ⁽¹⁾.

Les centres sont aussi amenés à proposer le tiers payant sur la part complémentaire de manière volontaire. Selon les dernières données, 45 % des centres de santé pratiqueraient le tiers payant intégral au deuxième trimestre 2017, en augmentation de 11 points par rapport à l'année 2015 ⁽²⁾.

*

(1) Article 23 de la loi n° 99-1140 du 29 décembre 1999 de financement de la sécurité sociale pour 2000.

(2) IGAS, « Evaluation de la généralisation du tiers payant », Octobre 2017, n°2017-111R.

La commission examine les amendements identiques AS3 de M. Thibault Bazin et AS11 de Mme Isabelle Valentin.

M. Thibault Bazin. L'amendement AS3 est similaire à l'amendement AS2, si ce n'est qu'il porte sur les centres de santé. Pour les mêmes raisons que celles que j'ai évoquées précédemment, je vous invite à supprimer l'article 3.

Mme Isabelle Valentin. L'amendement AS11 a exactement le même objet.

M. le rapporteur. Je suis évidemment défavorable à ces amendements de suppression. En effet, le tiers payant intégral sera une avancée pour notre pays, et peut constituer un facteur d'attractivité supplémentaire pour favoriser l'installation de médecins au sein des structures collectives que sont les maisons de santé et les centres de santé. Supprimer l'article 3 reviendrait donc à se priver d'un levier essentiel pour la mise en œuvre de politiques d'incitation à exercer au sein de structures collectives.

M. Marc Delatte. Le groupe La République en Marche est favorable à la suppression de l'article 3, puisque la lutte contre le renoncement aux soins pour des raisons financières est une priorité de la majorité et du Gouvernement et qu'à ce titre, le tiers payant obligatoire pour les patients en affection longue durée et pour les femmes prises en charge au titre de l'assurance maternité figure déjà dans le PLFSS pour 2018.

Si nous avons renoncé à la généralisation du tiers payant, initialement prévue pour le 30 novembre 2017, c'est sur la base du rapport de l'IGAS, qui a mis en avant que cela nécessitait de mettre préalablement en place des outils permettant de faciliter et de fiabiliser le tiers payant. Les professionnels de santé ne sont pas contre le principe du tiers payant, et je ne connais aucun professionnel qui refuse de prodiguer ses soins, mais il convient d'abord de lever tous les freins financiers à l'accès aux soins.

Une concertation va être menée avec l'ensemble des partenaires – assurance maladie, organismes de prise en charge complémentaire, professionnels de santé, assurés, éditeurs de logiciels – afin de définir un calendrier opérationnel et d'identifier les publics prioritaires, et nous devons rendre un rapport sur ce point avant le 31 mars 2018. En l'état actuel des choses, nous sommes favorables à la suppression de l'article 3.

*La commission **adopte** les amendements identiques AS3 et AS11.*

*En conséquence, l'article 3 est **supprimé**.*

*

* *

Article 4
Gage financier

Cet article prévoit un gage pour les éventuelles dépenses supplémentaires entraînées par la proposition de loi, s'agissant plus particulièrement des garanties apportées à la mise en place du tiers payant intégral.

*

La commission est saisie de l'amendement AS4 de M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin. L'article 4 prévoit un gage de l'application du tiers payant. C'est là un argument supplémentaire en défaveur du système du tiers payant, qui représente un coût supplémentaire non seulement pour les professionnels médicaux, mais aussi pour l'État. Il convient donc de mettre fin à une mesure inadaptée, qui ne résout en rien les problèmes auxquels elle est censée remédier : tel est l'objet de l'amendement AS4. Nous aurons l'occasion, au cours des semaines qui viennent, d'étudier d'autres propositions visant à améliorer la qualité de notre système de santé, ainsi que la pertinence et la qualité des soins.

M. le rapporteur. En cohérence avec les arguments que j'ai exposés précédemment, je suis défavorable à cet amendement.

M. Marc Delatte. Le groupe La République en Marche est défavorable à l'article 4. Je rappelle que, dans le cadre du plan pour l'égal accès aux soins dans les territoires, lancé en octobre 2017 par le Gouvernement, il a été nommé trois délégués à l'accès aux soins, parmi lesquels notre collègue Thomas Mesnier : ils ont pour mission de rencontrer l'ensemble des acteurs concernés en région, en lien avec les agences régionales de santé (ARS), de faire remonter les expériences réussies en matière de santé au sein de chaque territoire, et d'identifier les difficultés et les freins dans ce domaine.

La commission adopte l'amendement.

En conséquence, l'article 4 est supprimé.

Après l'article 4

La commission examine l'amendement AS5 de M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin. Afin de montrer que nous sommes constructifs et mobilisés pour répondre aux enjeux de santé, il serait intéressant de connaître l'effet des mécanismes incitatifs mis en place au cours des dernières années.

Les études semblent montrer que leur diversité et leur amoncellement nuisent à leur efficacité. En effet, ces mesures trop nombreuses et trop diverses sont, de ce fait, méconnues des personnes qui pourraient être concernées. Une

évaluation permettrait de mieux les cibler et de leur donner plus d'efficacité : à cet effet, nous proposons que le Gouvernement remette au Parlement, avant le 31 décembre 2018, un rapport sur l'évaluation des mécanismes incitatifs en vigueur à ce jour, ce qui permettra de les améliorer dès 2019.

M. le rapporteur. Je suis défavorable à cet amendement, car nous disposons déjà de données précises en la matière : le rapport de la Cour des comptes de novembre 2017, mais aussi un rapport du Sénat qui analyse de façon détaillée l'efficacité, mais aussi le coût des mesures incitatives.

M. Thomas Mesnier. Je suis également défavorable à cet amendement, car celui-ci est déjà satisfait. J'ai eu l'honneur d'être nommé, avec la sénatrice Élisabeth Doineau et le médecin généraliste Sophie Augros, délégué aux soins dans le cadre du plan pour l'égal accès aux soins dans les territoires, avec la mission de rendre un rapport avant le 31 décembre 2018 – que je ne manquerai pas de communiquer à M. Bazin.

M. Thibault Bazin. Dans la mesure où je vais le recevoir en avant-première – avant Noël, j'espère –, je retire mon amendement...

L'amendement AS5 est retiré.

M. le rapporteur. Je regrette le vote de la commission sur notre proposition de loi, mais je me félicite que son examen ait donné lieu à des échanges de qualité. Je souhaite que cette proposition permette d'ouvrir le débat en France, et que chacun présente des solutions visant à répondre à la problématique de l'accès aux soins. Les Français jugeront du vote intervenu ce matin et je précise que, si le texte n'a pas été adopté en commission, il sera néanmoins présenté en séance publique le 18 janvier prochain, afin que le débat se poursuive et que, plus nombreux encore, nous puissions échanger nos analyses, croiser nos regards et présenter nos solutions pour que chaque Français ait accès à un médecin généraliste ou spécialiste près de chez lui.

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. L'ensemble des articles de la proposition de loi ayant été supprimés, le texte est considéré comme rejeté par la commission.

En conséquence, aux termes de l'article 42 de la Constitution, la discussion en séance publique aura lieu sur le texte initial de cette proposition de loi.

*

* *

ANNEXES

ANNEXE N° 1 : LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES PAR LE RAPPORTEUR

- *Audition commune de syndicats de médecins :*
 - **Confédération des syndicats médicaux de France (CSMF) – Dr Jean-Paul Ortiz**, président
 - **LE BLOC – Union AAL - SYNGOF – UCDF – Dr Philippe Cuq**, co-président
- *Table ronde « syndicats de jeunes médecins » :*
 - **Association nationale des étudiants en médecine de France (ANEMF) – M. Yanis Merad**, président, et **M. Samuel Valero**, vice-président chargé des perspectives professionnelles
 - **Inter syndicat national des chefs de clinique assistants des hôpitaux de ville de faculté – Dr Emanuel Loeb**
 - **Intersyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale (ISNAR-IMG) – M. Maxence Pithon**, président, et **Mme Morgane Pailliard Turenne**, vice-présidente
 - **Intersyndicat national des internes (ISNI) – M. Jean-Baptiste Bonnet**, président, **M. Jérémy Do Cao**, premier vice-président, **M. Abdellah Hedjoudje**, vice-président en charge de l'insertion professionnelle
 - **Syndicat national des jeunes médecins généralistes – Mme Emilie Frelat**, et **Mme Sayaka Oguchi**, présidentes
 - **Regroupement autonome des généralistes jeunes installés et remplaçants (ReAGJIR) – M. Yannick Schmitt**, président, et **M. Vincent Jedat**, trésorier
- **Académie nationale de Médecine – M. Claude Jaffiol**, président, **M. Jean Dubousset**, **M. Pierre-François Plouin**, membres de l'Académie
- **Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM) (*) – Dr François Arnault**, délégué général aux relations internes

- *Audition commune « centres de santé et maisons de santé » :*
 - **Fédération nationale des centres de Santé (FNCS) – Dr Hélène Colombani**, présidente, et **Dr Karine Royer**, membre du bureau
 - **Fédération française des maisons et pôles de santé (FFMPS) – Dr Pascal Gendry**, président, et **Dr Didier Ménard**, secrétaire
- **Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) – M. Nicolas Revel**, directeur général
- **Conseil économique, social et environnemental – Mme Sylvie Castaigne**, rapporteure sur le projet d'avis « *les déserts médicaux* »
- *Audition commune des associations d'usagers du système de santé*
 - **France assos santé – M. Gérard Raymond**, premier vice-président, président de la Fédération française des diabétiques, **M. Alain Laforêt**, membre du bureau, et **Mme Féreuze Aziza**, chargée de mission « assurance maladie »
 - **Association des citoyens contre les déserts médicaux (ACCDM) – M. Maxime Lebigot**, président, **Mme Élodie Lebigot**, vice-présidente, **Mme Anne-Françoise Guillet**, administratrice, et **Dr Marc Maine**
 - **Union fédérale des consommateurs – Que Choisir (UFC-Que Choisir)^(*) – M. Daniel Bideau**, vice-président de l'UFC–Que Choisir et animateur de la commission santé de l'association, et **M. Mathieu Escot**, responsable des études
- *Table ronde « collectivités territoriales » :*
 - **Régions de France – M. François Bonneau**, président délégué, et **Mme Claire Bernard**, conseillère santé
 - **Assemblée des départements de France (ADF) – Mme Véronique Cantin**, vice-présidente du conseil départemental de la Sarthe, maire de Neuville-sur-Sarthe, présidente de la communauté de communes des Rives de Sarthe, **M. Philippe Herscu**, directeur délégué aux territoires, **Mme Anne-Florence Bourat**, conseillère départementale de la Vienne, déléguée auprès du Président, chargée des politiques de santé et **Mme Ann-Gaëlle Werner-Bernard**, conseillère chargée des relations avec le Parlement

– **Association des maires de France (AMF)** – **Mme Isabelle Maincion**, maire de la Ville-aux-clercs, rapporteure de la commission santé, **M. Bastien Morvan**, conseiller technique et **Mme Charlotte de Fontaines**, chargée des relations avec le Parlement

➤ *Audition commune de syndicats de médecins*

– **Les Généralistes-CSMF** – **Dr Luc Duquesnel**, président

– **Syndicat des médecins généralistes (MG France)** – **Dr Jean-Claude Souлары** et **Dr Jean-Louis Bensoussan**

➤ **Fédération nationale de la mutualité française (FNMF)** – **Dr Jean-Martin Cohen Solal**, délégué général, et **Mme Séverine Salgado**, directrice santé

➤ **Ministère des Solidarités et de la Santé, Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS)** – **Mme Cécile Courrèges**, directrice générale de l'offre de soins, **M. Michel Varroud-Vial**, conseiller médical soins primaires et professionnels libéraux, **Mme Marie-Anne Jacquet**, sous-directrice du pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins, et **Mme Clémence Charras**, cheffe du bureau premier recours

➤ **Ministère des Solidarités et de la Santé – Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES)** – **M. Jean-Marc Aubert**, directeur, **M. Renaud Legal**, adjoint de la sous-directrice à la sous-direction « Observation de la santé et de l'assurance maladie », et **Mme Hélène Chaput**, adjointe à la cheffe du bureau des professions de santé

^(*) *Ces représentants d'intérêts ont procédé à leur inscription sur le répertoire de la Haute Autorité de transparence pour la vie publique s'engageant ainsi dans une démarche de transparence et de respect du code de conduite établi par le Bureau de l'Assemblée nationale*

ANNEXE N° 2 :
LISTE DES TEXTES SUSCEPTIBLES D'ÊTRE ABROGÉS OU MODIFIÉS
À L'OCCASION DE L'EXAMEN DE LA PROPOSITION DE LOI

| Proposition de loi | Dispositions en vigueur modifiées | |
|---------------------------|--|-------------------------|
| <i>Article</i> | <i>Codes et lois</i> | <i>Numéro d'article</i> |
| Premier | Code de la santé publique | L. 4131-6-1 [nouveau] |
| 2 | Code de la santé publique | L. 6323-3 |
| 3 | Code de la santé publique | L. 6323-1 |