



N° 4589

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

QUINZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 19 octobre 2021.

PROPOSITION DE LOI

pour une santé accessible à tous et contre la désertification médicale,

(Renvoyée à la commission des affaires sociales, à défaut de constitution d'une commission spéciale dans les délais prévus par les articles 30 et 31 du Règlement.)

présentée par Mesdames et Messieurs

Sébastien JUMEL, Moetai BROTHERRSON, Alain BRUNEEL, Marie-George BUFFET, André CHASSAIGNE, Pierre DHARRÉVILLE, Jean-Paul DUFRÈGNE, Elsa FAUCILLON, Manuëla KÉCLARD-MONDÉSIR, Karine LEBON, Jean-Paul LECOQ, Jean-Philippe NILOR, Stéphane PEU, Fabien ROUSSEL, Hubert WULFRANC,

député-e-s.

EXPOSÉ DES MOTIFS

MESDAMES, MESSIEURS,

À l'occasion de la crise sanitaire, la France a pris conscience brutalement de l'état de son système de soins et de la dégradation de sa souveraineté sanitaire : rapidement au fil de la crise de la Covid-19, s'est agrégé au manque de masques, de blouses, de tests, le constat que notre territoire ne disposait plus d'un maillage sanitaire aussi performant qu'on pouvait le penser. Si cette observation – le creusement des inégalités territoriales – avait déjà été un point fort de revendications du mouvement des Gilets Jaunes à l'automne 2018, force est de constater qu'un peu plus de dix ans après l'adoption de la loi « Bachelot » portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, six ans après l'adoption de la loi Touraine et deux ans après l'adoption de la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, les inégalités territoriales d'accès aux soins se sont accentuées.

Conscient de ces enjeux et de cette détresse depuis plusieurs années, les parlementaires communistes ont décidé de réaliser un « Tour de France des hôpitaux et des EHPAD » dès 2018. Cette initiative a donné lieu à la visite de 150 établissements aux quatre coins de l'hexagone et dans les territoires d'Outre-mer, et permis de rencontrer des milliers de personnes : agents hospitaliers, chefs de service, syndicalistes, usagers, membres des directions. Elle a permis de mettre en lumière le fait que les réformes successives de notre système de santé et de sa gouvernance, de l'instauration de la Tarification à l'activité à la régionalisation des ARS, n'ont pas été en mesure de mieux coordonner l'offre de soins sur le territoire et de garantir à tous un accès aux soins, indépendamment de sa condition matérielle et de son lieu de résidence. Au contraire, toutes ces réformes ont participé à la désorganisation de nos hôpitaux et n'ont apporté aucune réponse à la dégradation des soins de ville.

Alors que le droit à la santé est considéré comme un droit constitutionnel – le préambule de la Constitution de 1946 proclame que la nation « *garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère, aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs* » – il semble qu'il ne soit pas appliqué de la même manière partout sur le territoire. Aujourd'hui, le constat est bien fait que l'accès à la santé n'est plus garanti comme le rappelle un rapport d'information au Sénat s'appuyant sur un sondage réalisé par l'institut BVA publié en avril 2018 qui souligne que « *plus de 7 Français sur 10 auraient renoncé au moins une fois à se*

soigner »⁽¹⁾. Un tel constat doit nous alerter sur la capacité à déployer une politique publique qui rende véritablement effective la santé publique.

Depuis trente ans désormais, l'expression « déserts médicaux », dont la première occurrence remonte à 1991, s'est imposée dans le débat public pour qualifier les difficultés d'accès aux soins que rencontrent nos concitoyens sur un grand nombre de territoires. Une étude d'octobre 2020 de l'Observatoire de la Santé de la Mutualité Française dresse un triste bilan sur le sujet et considère que « *les déserts médicaux se sont multipliés ces dernières années : en 2018, 7,4 millions de personnes soit plus d'un dixième de la population (11,1 %), vivent dans une commune où l'accès à un médecin généraliste est limité. Cette proportion n'a cessé de croître puisqu'elle était de « seulement » de 7,6 % en 2012.* » Les déserts médicaux sont une réalité qui traduit et recouvre plusieurs manques : un rapport défavorable entre le nombre de professionnels de santé et la taille de la population d'un territoire donné, une accessibilité limitée à un professionnel de santé, des caractéristiques aggravantes pour la population considérée (âge, taux d'affection longue durée, nombre de bénéficiaires de la CMU, etc.). Pourtant, si cette définition s'appuie davantage sur une addition de constats et un ressenti des populations, la question des déserts médicaux n'en demeure pas moins un véritable enjeu public.

La désertification médicale et la difficulté d'accès aux soins sont des indicateurs essentiels pour comprendre la fracture sociale grandissante qui gagne notre territoire. L'accès à la santé est ainsi devenu en quelques années, un véritable enjeu d'égalité territoriale, renforcé par la crise de la Covid-19. Ce phénomène ne touche pas tout le monde de la même manière. En témoigne notamment le renoncement aux soins, qui s'avère être un autre indicateur pertinent pour mesurer à quel point désertification médicale et inégalités sociales coïncident. En 2017, 3,1 % des personnes de 16 ans ou plus vivant en France métropolitaine, soit 1,6 million de personnes, ont renoncé à des soins médicaux, d'après l'enquête Statistiques sur les ressources et conditions de vie (SRCV) de l'Insee : la DRESS considère que ce renoncement frappe davantage les personnes pauvres et aux conditions de vie précaires : « *les personnes pauvres en conditions de vie ont jusqu'à 8 fois*

(1) Rapport d'information n° 282 (2019-2020) de MM. Hervé Maurey et Jean-François Longeot, « *Déserts médicaux : L'État doit enfin prendre des mesures courageuses !* », fait au nom de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable, déposé le 29 janvier 2020.

plus de risques de renoncer à des soins dans les zones très sous-dotées en médecins généralistes ». ⁽²⁾

Une autre étude récente de la DRESS, publiée le 22 septembre 2021 rappelle également que les difficultés d'accès aux soins frappent tous les territoires : « environ 3 % de la population, soit 1,7 million de personnes, font partie des moins bien lotis en termes d'accessibilité à la fois aux médecins généralistes, aux infirmiers et aux masseurs-kinésithérapeutes. Les trois quarts de ces personnes vivent dans des territoires ruraux »³. Là encore, le « désert médical » s'il reste très largement associé à l'espace rural ne peut pas entièrement exclure des territoires urbains et périurbains, parfois même très denses. En effet, un autre rapport de la DRESS publié en mars 2021 confirme que même si « la région Île-de-France bénéficie d'une couverture importante avec 354 médecins pour 100 000 habitants [...] la densité en médecins généralistes y est inférieure de plus de 11 % à la moyenne nationale » ⁽⁴⁾.

Quelles sont les causes d'une telle situation et comment redonner des marges de manœuvre à notre système de formation ? La pratique d'une gestion « rationalisée » de la formation et du recrutement des médecins a été illustrée par l'application du *numerus clausus* entre 1971 et 2020, qui a largement contribué à instaurer une pénurie structurelle de médecins sur l'ensemble de notre territoire. Le recrutement faisant défaut, le vieillissement de la population médicale a ainsi largement augmenté ces dernières années, et ce phénomène fait craindre pour l'avenir de la couverture médicale du territoire. S'ajoutent à ces éléments, les évolutions de la pratique médicale de ville notamment, conjuguées à des évolutions sociales quant au rapport au travail, qui ont contribué à dépasser le modèle traditionnel du « médecin de famille ».

En conséquence, il est prévu une stagnation des effectifs jusqu'à l'horizon 2030, avant une hausse assez importante jusqu'en 2050. Toutefois, compte tenu de l'augmentation de la population et de son vieillissement, il est à craindre, et ce en dépit des projections initiales, une diminution de la densité médicale après 2030. La pénurie ne pourra se résorber qu'à mesure

-
- (2) Aude Lapinte et Blandine Legendre, « *Renoncement aux soins : la faible densité médicale est un facteur aggravant pour les personnes pauvres* », Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Études et résultats, n° 1 200, juillet 2020.
 - (3) Blandine Legendre « *Les trois quarts des personnes les plus éloignées des professionnels de premier recours vivent dans des territoires ruraux* », Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Études et résultats, n° 1 206, septembre 2021.
 - (4) « *Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? Constat et projections démographiques* », Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Études et résultats, Les dossiers de la DRESS, n° 76, mars 2021.

que les nouvelles générations médicales se forment et s'installent. Il reste donc à trouver des leviers pour limiter les effets de la pénurie actuelle et à travailler à ne pas reproduire des schémas qui viendraient laminer encore une fois les efforts consentis.

Ainsi, pour limiter les effets d'une pénurie de formation sur le temps long, il est plus que nécessaire de redonner aux universités des moyens pour former des étudiants en première année de médecine : le « faux *numéris clausus* » qui continue de perdurer à travers le conditionnement des places d'accueil en faculté de médecine aux mains des établissements ne peut plus tenir lieu de règle face à cette pénurie. La règle des besoins doit remplacer la règle financière : les universités doivent pouvoir former et accueillir chaque année des étudiants en fonction des besoins des territoires, avec pour l'État une obligation de moyens.

En attendant, dans le temps qui nous sépare de la résorption de cette pénurie, il semble incontournable de réorienter notre politique de santé territoriale vers des mesures plus contraignantes. Il est nécessaire d'abord de rappeler, que si beaucoup de choses ont été proposées et discutées, les résultats ne sont pas au rendez-vous sur un grand nombre de territoires. Devant la nécessité de tendre vers l'égalité d'accès aux soins pour tous et partout, les incitations seules, ne peuvent résoudre et gérer la pénurie de médecins que nous devons affronter après l'application de près de quarante ans du « *numéris clausus* » ; des mesures plus contraignantes doivent être envisagées. Ensuite, parce qu'il semble évident, qu'accompagner des jeunes médecins à développer leurs activités dans des zones sous-denses mérite un encadrement capable de répondre à leurs désirs de liberté, d'autonomie et de sécurité que la solidarité nationale doit soutenir. Enfin, parce que les jeunes médecins ont comme d'autres professions d'encadrement, de soins, un devoir de responsabilité à l'égard des patients et de la collectivité qui a participé à leur formation. La santé n'est pas qu'une affaire individuelle, mais aussi un enjeu social pour lequel la puissance publique a l'obligation d'agir afin de faire du droit à la santé un droit effectif.

Le principe de liberté d'installation ne saurait être opposé à l'impérieuse nécessité de répondre aux besoins de santé de la population, c'est la raison pour laquelle plusieurs institutions ont déjà commencé à réfléchir à la mise en place de mesures plus contraignantes et directives. Le conventionnement sélectif apparaît par exemple comme une mesure largement consensuelle. Des réflexions avaient déjà émergé en 2012 au sein même du conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) ⁽⁵⁾ qui avait envisagé la mise en place d'une

(5) CNOM (2012), « Accès aux soins : recommandations du Cnom ».

mesure dérogatoire au principe de libre installation en proposant de rendre obligatoire, pendant 5 ans, l'exercice de jeunes médecins au sein de leur région de formation. Plus récemment, en 2017, la Cour des comptes⁽⁶⁾ proposait de mettre en place un « *conventionnement sélectif* » dans les zones sur-dotées en médecins, où les nouveaux entrants n'auraient le droit de s'installer qu'en secteur 1, avec des tarifs plafonnés. Le rapport du Conseil économique, social et environnemental (CESE) du 14 décembre 2017 soutenait également cette proposition. De telles mesures trouvent également un écho au sein de la population. Un sondage réalisé par Ipsos en 2019 par la Fédération hospitalière de France a montré que 84 % des personnes interrogées étaient favorables à « *une obligation pour les médecins de s'implanter dans certains territoires lors de leurs premières années d'exercice pour les répartir plus équitablement* ». Ces dispositions, si elles sont nécessaires pour résoudre cette crise, peuvent tout à fait concilier effets d'incitation et obligation à l'égard de la collectivité : la généralisation du contrat d'engagement et de service public (CESP) – dispositif trop peu mobilisé – est une mesure que nous proposons.

Réfléchir au problème de densité médicale impose également à l'État de penser à nouveau le cadre d'engagement des médecins et le soutien à y apporter, notamment autour de la question du salariat des médecins. Des pistes doivent en effet être envisagées pour accompagner l'installation de médecins en zones sous-denses comme y travaillent d'ores et déjà les collectivités locales. Si la salarisation des médecins est apparue comme une des solutions, permettant d'attirer davantage de jeunes praticiens dans certaines zones sous-dotées, c'est en partie pour répondre aux enjeux de transformation des pratiques et des attentes de ces nouveaux médecins, qui attendent un cadre professionnel plus stable, une équipe sur laquelle se reposer et une sécurisation de leur installation. Un récent rapport du Sénat relatait la montée en puissance de ce dispositif, à partir de l'exemple du département de Saône-et-Loire, où « *les médecins, employés par le département, sont sous contrat de trois ans renouvelable, avec un salaire indexé sur celui de la fonction publique hospitalière. Payés selon un forfait-jour, ils travaillent au maximum 39 heures par semaine au rythme d'une consultation toutes les 20 minutes.* »⁽⁷⁾. Sur le terrain, les médecins y trouvent en partie une réponse à leurs besoins, comme la possibilité d'avoir un temps de travail encadré, de disposer de congés et la capacité à embrasser une approche plus globale de la santé. Bien évidemment, de telles

(6) Cour des Comptes (2017), « *La médecine libérale de spécialité : contenir la dynamique des dépenses, améliorer l'accès aux soins* »

(7) <https://www.lefigaro.fr/conjoncture/2019/03/26/20002-20190326ARTFIG00051-deserts-medicaux-les-medecins-salaries-sont-ils-la-solution.php>.

dispositions ne permettent pas à elles seules de pallier le manque structurel de nouveaux « entrants », mais elle peut représenter une garantie pour ceux qui hésitent à s'engager dans cette voie. C'est d'ailleurs en ce sens que le Gouvernement a suivi la recommandation de l'AMRF pour mettre en place au sein du plan « Ma santé 2022 » le recrutement de 400 médecins salariés ; dispositif intéressant mais non pérennisé.

Malheureusement, les politiques publiques ont privilégié jusqu'ici des mesures incitatives globalement inefficaces par rapport à un soutien direct aux collectivités locales qui agissent concrètement pour faire reculer les déserts médicaux sur les territoires. Avant 2019, ce sont environ 86,9 millions d'euros, selon la Cour des Comptes, qui étaient consacrés à financer quatre contrats incitatifs proposés par l'État aux jeunes médecins (*praticien territorial de médecine générale (PTMG)*, *praticien territorial de médecine ambulatoire (PTMA)*, *praticien territorial médical de remplacement (PTMR)* et *enfin praticien isolé à activité saisonnière (PIAS)*) malgré un succès mitigé du fait de conditions d'accès complexes, et variables d'un contrat à l'autre. La mise en place d'une contractualisation unique en 2019 pour les nouvelles installations ne semble pas avoir permis de lever le non-recours à ce genre de dispositif. Il convient donc aujourd'hui de réorienter directement les aides à l'installation vers les collectivités locales qui sont les premières à porter des solutions sur le terrain. En témoignent la multiplication des centres de santé locaux et la montée en puissance de la salarisation de médecins dans des zones sous-denses. L'enjeu est donc de réorienter ce type de dispositif vers les collectivités en permettant aux Agences régionales de santé, sur la base d'une contractualisation, de financer directement les centres de santé des collectivités locales dans des zones sous-denses, pour répondre aux nouvelles pratiques médicales.

Quid du recours à la télémédecine ? S'il convient de n'exclure aucune solution *a priori* du panel de mesure à prendre pour lutter contre les déserts médicaux et faciliter l'accès aux soins, il nous apparaît nécessaire de rappeler que la télémédecine ne peut représenter durablement qu'une solution partielle à un problème de gestion de la pénurie ; une réponse technologique à un manque structurel de présence humaine. Les soins et les consultations numériques ne peuvent devenir une réponse acceptable sur le long terme pour gérer la pénurie médicale dans certains territoires, au risque de mettre en place un régime de soins à deux vitesses sur le territoire, garantissant la présence de médecins dans les territoires les plus attractifs et réservant les expérimentations numériques aux autres.

La réduction des dépenses publiques de santé a considérablement affaibli notre réponse hospitalière sur le territoire, aggravé les problèmes de démographie médicale à l'hôpital et donc accentué le recul de l'offre de soins les plus essentiels. Les fermetures d'hôpitaux, de maternités, et plus généralement de lieux de santé de proximité ont précipité l'extension de déserts médicaux, les médecins préférant s'installer à proximité de structures disposant de plateaux techniques. L'exemple le plus flagrant concerne le cas des maternités : selon les derniers chiffres des autorités sanitaires le nombre des maternités est passé de 816 maternités en 1995, à 502 maternités en 2017, soit une baisse de 40 %. Ces fermetures ont des effets néfastes et conduisent inévitablement à des allongements très importants des temps d'accès à une maternité, surtout dans certains territoires ruraux. Ainsi, selon une étude du ministère de la santé (DREES, janvier 2019), 1,5 % de la population habite à 45 minutes ou plus de la maternité la plus proche du domicile. Cette proportion s'élève à 5,4 % en retenant le seuil de 30 minutes. Selon d'autres chiffres issus des travaux du géographe Emmanuel Vigneron, le nombre de femmes en âge de procréer se trouvant à plus de quarante-cinq minutes d'une maternité a plus que doublé en vingt ans, passant de 290 000 en 1997 à 716 000 en 2019, soit 430 000 de plus. Le nombre de celles se trouvant à plus de trente minutes a, lui, augmenté de près de deux millions, passant de 1,9 million à 3,7 millions.

La question des consultations avancées est également un véritable enjeu de garantie de l'égalité d'accès aux soins alors que certaines spécialités peinent à se maintenir dans l'ensemble des territoires ou n'existent plus que dans les métropoles. Si certains territoires prennent des initiatives pour renforcer l'offre de soins en proximité, à l'image de la consultation avancée en addictologie mise en place à l'hôpital de proximité de la ville d'Eu dans le cadre du groupe hospitalier de territoire (GHT) Dieppe-Caux-Maritime, les moyens déployés à l'échelle nationale pour accroître ce mouvement de rapprochement de la réponse de santé au plus près des besoins sont notoirement insuffisants.

Fort de ces constats et alors que de nombreuses initiatives parlementaires ont ouvert le débat autour de mesures plus fortes afin de garantir à tous un accès aux soins et afin de lutter contre les « déserts médicaux », le Gouvernement s'en tient au principe de la liberté d'installation et aux outils incitatifs déployés depuis plusieurs décennies dont l'échec est manifeste. Aujourd'hui, selon le dernier rapport du Sénat sur la question, nous savons que « 8 % de la population a une accessibilité aux médecins inférieure au seuil défini de 2,5 consultations par an et par habitant », un constat qui s'appuie sur l'érosion de la densité médicale ces

dernières années – comme le démontre la DRESS « *entre 2012 et 2021 la densité de médecins a diminué de 2,2 % au cours de la période passant de 325 à 318 médecins pour 100 000 habitants* » – et qui frappe inégalement les territoires, se rapprochant même de la carte de la France des gilets jaunes ⁽⁸⁾.

Cette photographie nationale montre bien que ni la liberté d’installation ni les politiques d’incitation n’ont permis de faire face à l’aggravation des problèmes de démographie médicale dans ce domaine. Notre pays compte davantage de médecins généralistes en exercice en 2021 qu’il y a vingt ou trente ans et, même s’il est vrai que le vieillissement démographique de la population accentue mécaniquement les besoins de santé, la difficulté majeure aujourd’hui, en attendant de voir se produire des effets de suppression du *numerus clausus* décidé en 2020, tient à l’inégale répartition géographique des diplômés de médecine. Il s’agit ici, en quelque sorte, d’une question d’aménagement équilibré du territoire et donc d’équité territoriale. De la même manière, les politiques visant à réduire la présence d’une offre de santé publique sur le territoire, en faisant primer la règle comptable sur les besoins sociaux, ne sont plus acceptables après la crise de la Covid-19. Cette proposition de loi vise donc à proposer un ensemble de mesures concrètes, directes, pour lutter contre la désertification médicale et améliorer l’accès aux soins de tous les Français.

En ce sens, **l’article 1^{er}** prévoit de territorialiser les capacités d’accueil des formations en médecine. Afin de lutter contre les inégalités territoriales et sociales d’accès aux soins, l’offre de formation des médecins doit être déterminée en premier lieu en partant des besoins de santé des territoires et non pas des capacités de formation du système universitaire. Former plus de médecins et mieux les répartir sur le territoire suppose donc de doter les universités des moyens financiers nécessaires. Le présent article pose donc le principe selon lequel la répartition optimale des futurs professionnels est une préoccupation prise en compte dès le stade de la formation médicale.

L’article 2 rend obligatoire le contrat d’engagement de service public afin que les jeunes diplômés aillent s’installer dans les territoires sous-denses. Sous l’effet du *numerus clausus*, l’offre médicale sera déficitaire pour les dix prochaines années et demeure mal répartie sur le territoire et selon les spécialités (de plus en plus de spécialistes et de moins en moins de généralistes). Le contrat d’engagement de service public est un

(8) La carte des déserts médicaux se rapproche fortement de la « carte des Gilets jaunes » établie par le géographe Hervé Le Bras - La Gazette des communes, Démographie médicale : la même « diagonale du vide » que les Gilets jaunes, 5 décembre 2018.

contrat proposé aux étudiants et aux internes en médecine et aux étudiants en odontologie. Il ouvre droit à une allocation mensuelle de 1 200 euros en échange, d'un engagement de la part des bénéficiaires – pendant un nombre d'années égal à celui durant lequel ils auront perçu l'allocation et pour 2 ans minimum – à choisir une spécialité moins représentée ou à s'installer dans une zone où la continuité des soins est menacée. Le nombre de CESP signés en 2016-2017 ne représente que 6 % du total des admis en deuxième année de médecine (486 sur 8 124 places) et demeure insuffisant.

L'article 3 instaure un conventionnement sélectif à l'installation afin que l'installation d'un médecin dans une zone à forte densité médicale ne puisse intervenir qu'en concomitance avec le départ d'un médecin de cette même zone. L'objectif de cette disposition est d'inciter les installations au plus près des zones sous-denses ou en déperdition médicale et d'éviter une trop grande concentration de l'offre de médecine de ville.

L'article 4 propose de revenir sur le dispositif instauré par la LFSS pour 2020, « contrat de début d'exercice », fusionnant divers dispositifs d'aide à l'installation des médecins libéraux dans les zones les plus fragiles en matière d'offre de soins. Alors que de nombreux rapports pointent le manque d'efficacité des mesures incitatives sur l'offre de soins dans les territoires, le présent article vise à réorienter directement les financements publics vers les collectivités territoriales afin qu'elles créent des centres de santé ou renforcent des structures existantes. Pour atteindre cet objectif, il est proposé une contractualisation avec les ARS ouvrant droit à un financement public pour la création des centres de santé ou le recrutement de médecins salariés dans des centres de santé déjà présents sur le territoire concerné. L'enjeu est d'affirmer un soutien public plus ambitieux et plus fort en faveur de l'installation de médecins salariés et de proposer un soutien national aux collectivités qui sont frappées par une sous-densité médicale.

L'article 5 rend pleinement effectif le principe d'égal accès aux soins de sorte que le maillage du système de soins hospitaliers garantisse l'accès à un établissement de santé à moins de 30 minutes du domicile en transports motorisés. Cette mesure concerne en particulier les services de chirurgie et de maternité, dont les fermetures récurrentes contribuent à éloigner les patientes et les patients des structures de soins et d'accouchement.

Afin d'en garantir l'application, il convient d'élargir le périmètre d'activités des hôpitaux de proximité, qui assurent le premier niveau de gradation des soins hospitaliers. C'est pourquoi, **l'article 6** prévoit que les hôpitaux de proximité pourront désormais assurer, outre leurs activités de

médecine, d'imagerie et de biologie, les activités de chirurgie et d'obstétrique. Il réaffirme également que les hôpitaux de proximité ont vocation à accueillir et développer des « consultations avancées » afin de garantir un accès équilibré aux consultations spécialisées sur l'ensemble du territoire d'un groupement hospitalier de territoire.

PROPOSITION DE LOI

Article 1^{er}

- ① Le deuxième alinéa du I de l'article L. 631-1 du code de l'éducation est ainsi modifié :
- ② 1° La deuxième phrase est complétée par les mots : « afin de garantir la répartition optimale des futurs professionnels de santé sur le territoire au regard des besoins de santé » ;
- ③ 2° À la troisième phrase, les mots : « des capacités de formation et » sont supprimés ;
- ④ 3° À la dernière phrase, après le mot : « territoriales », sont insérés les mots : « et sociales ».

Article 2

- ① L'article L. 632-6 du code de l'éducation est ainsi modifié :
- ② 1° Le premier alinéa est ainsi modifié :
- ③ a) Au début, les mots : « Chaque année, un arrêté du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de la sécurité sociale détermine le nombre d' » sont remplacés par le mot : « Les » ;
- ④ b) Les mots : « , de façon distincte, » sont supprimés ;
- ⑤ c) Les mots : « qui peuvent signer » sont remplacés par les mots : « , signent ».
- ⑥ 2° Les deuxième et septième alinéas sont supprimés.
- ⑦ 3° À la deuxième phrase du troisième alinéa et au sixième alinéa, le mot : « cinquième » est remplacé par le mot : « quatrième » ;

Article 3

- ① Après l'article L. 4131-6 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 4131-6-1 ainsi rédigé :

- ② « *Art. L. 4131-6-1.* – Dans les zones mentionnées au 2° de l'article L. 1434-4, le conventionnement d'un médecin libéral en application de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale ne peut intervenir qu'en concomitance avec la cessation d'activité libérale d'un médecin exerçant dans des conditions équivalentes dans la même zone. Un décret en Conseil d'État fixe les modalités d'application du présent article. »

Article 4

- ① L'article L. 1435-4-2 du code de la santé publique est ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 1435-4-2.* – I. – Les agences régionales de santé peuvent conclure un contrat de développement des centres de santé avec une collectivité territoriale ou un établissement public de coopération intercommunale, sur tout ou partie de leur territoire caractérisé par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins au sens de l'article L. 1434-4. La signature de ce contrat ouvre droit à un financement public pour la création ou le renforcement des équipes des centres de santé, mentionnés à l'article L. 6323-1.
- ③ « II. – La collectivité territoriale ou l'établissement public de coopération intercommunale signataire s'engage, pendant une durée fixée par le contrat, à créer un centre de santé ou bien à recruter des médecins salariés au sein d'un centre de santé existant sur les territoires définis par l'agence régionale de santé et caractérisés par une offre médicale insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins pour la spécialité concernée au sens de l'article L. 1434-4. Une modification par l'agence régionale de santé de la définition des territoires caractérisés par une offre médicale insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins pour la spécialité concernée est sans incidence sur les contrats en cours.
- ④ « III. – Le contrat prévoit des engagements individualisés pour les médecins pratiquant au sein des centres de santé concernés par le présent article, qui peuvent porter sur les modalités d'exercice, le respect des tarifs opposables, la prescription, des actions d'amélioration des pratiques, des actions de dépistage, de prévention et d'éducation à la santé, des actions destinées à favoriser la continuité de la coordination des soins, la permanence des soins ainsi que sur des actions de collaboration auprès d'autres médecins.
- ⑤ « IV. – Un décret en Conseil d'État précise les conditions d'application du présent article. »

Article 5

- ① I. – L'article L. 6112-1 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ② « Le principe d'égalité d'accès mentionné au premier alinéa comprend la garantie de pouvoir accéder à un établissement de santé mentionné à l'article L. 6112-3, exerçant une activité de médecine, de chirurgie et d'obstétrique, situé à moins de trente minutes en transport motorisé. »
- ③ II. – L'application du I ne peut avoir pour effet de réduire le nombre d'établissements publics de santé existants à la date de promulgation de la présente loi.

Article 6

- ① Le III de l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° Au premier alinéa, après la première occurrence du mot : « techniques, », sont insérés les mots : « des consultations avancées et des soins de second recours, » et les mots : « n'exercent pas d'activité de chirurgie ni » sont remplacés par les mots : « peuvent pratiquer des actes de chirurgie et » ;
- ③ 2° Le deuxième alinéa est supprimé.

Article 7

- ① I. – La charge pour l'État résultant de l'application de la présente loi est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits mentionnés aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.
- ② II. – La charge pour les collectivités territoriales résultant de la présente loi est compensée à due concurrence par la majoration de la dotation globale de fonctionnement et, corrélativement pour l'État, par la création d'une taxe additionnelle aux droits mentionnés aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.
- ③ III. – La charge pour les organismes de sécurité sociale résultant de la présente loi est compensée à due concurrence par la majoration des droits mentionnés aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

