

PROPOSITION DE LOI visant à lutter contre la désertification médicale

Présentée par Mesdames et Messieurs

Thierry Benoit, Valérie Six, Richard Ramos, Olivier Damaisin, Eric Girardin, Fabrice Brun, Meyer Habib, Jean-Marie Sermier, Typhanie Degois, Pierre-Alain Raphan, Martine Leguille-Balloy, Véronique Louwagie, Robert Therry, Bertrand Pancher, Pierre Morel A L'Huissier, Grégory Labille, Christophe Naegelen, Guy Bricout, Patricia Lemoine, Yves Hemedinger, Michel Zumkeller, Bruno Bilde, Benoit Simian, Emilie Bonnivard, Luc Lamirault, Philippe Vigier, Nicole Sanquer, Denis Masegla, Yves Daniel, Sophie Métadier, Fabien Matras, Jean-Luc Bourdeaux, Philippe Meyer, Jacques Cattin, Bruno Questel, Xavier Batut, Sophie Beaudouin-Hubiere, Pierre Venteau, Guillaume Peltier, Yannick Favennec, Jean-Christophe Lagarde, [Isabelle Valentin](#), Catherine Daufes-Roux, [Grégory Besson-Moreau](#), Marc Le Fur

PPL visant à lutter contre la désertification médicale

Exposé des motifs

La notion de désertification médicale est communément entrée dans le langage collectif. Elle fait référence aux territoires dans lesquels les Français ne peuvent pas accéder aux soins dans des conditions acceptables, soit par la distance géographique séparant le patient du médecin, soit par la faible densité de médecins par territoire.

Pourtant, la protection de la santé est un principe fondamental de la République.

Le préambule de la Constitution de 1946 assure à chacun notamment « *la protection de la santé* ».

Le Conseil constitutionnel a fait de la protection de la santé un objectif à valeur constitutionnelle, dans sa décision n°2012-248 QPC du 16 mai 2012.

Enfin, l'article L.1110-1 du code de la santé publique dispose : « *Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous les moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous autres organismes participant à la prévention et aux soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible* ».

Force est de constater que ce principe, consacré au sein même de ce qui fait la République, n'est plus respecté.

Il ne se passe pas un jour sans que la presse locale se fasse le relai de la détresse de Français dans les territoires sous-dotés suite au départ à la retraite du médecin. Plus grave encore, ce sont aujourd'hui les services d'urgence qui ferment, soit une partie de la journée, soit plus longtemps, faute de professionnels.

Selon le rapport d'information des sénateurs H. Maurey et J-F. Longeot du 29 janvier 2021¹, ce sont entre 6 et 8 millions de personnes qui vivraient aujourd'hui dans un désert médical.

D'ailleurs, d'après un récent sondage paru dans le JDD le 15 novembre 2019, 63% des Français auraient déjà renoncé ou reporté des soins, en raison notamment de délais d'attente trop longs ou de distances trop importantes à parcourir.

Ces constats appellent un changement de paradigme radical dans la répartition de l'offre de soins dans notre pays. Les politiques publiques se sont exclusivement concentrées sur des politiques incitatives dont rien ne semble indiquer une quelconque efficacité.

Le rapport d'information des sénateurs P. Mouiller et P. Schillinger du 14 octobre 2021² pose la question de la liberté d'installation des médecins : *« Les tentatives d'ajustement de la répartition des professionnels de santé, en particulier des médecins, se heurtent à de fortes oppositions et le principe de liberté d'installation est insuffisamment mis en regard du principe d'égal accès aux soins et de la notion d'intérêt général. Le système social français solvabilise*

¹ Rapport d'information fait au nom de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable par le groupe de travail sur les déserts médicaux, H. Maurey et J.-F. Longeot, 29 janvier 2021.
<https://www.senat.fr/notice-rapport/2019/r19-282-notice.html>

² Rapport d'information fait au nom de la délégation aux collectivités territoriales et à la décentralisation du Sénat relatif aux initiatives des territoires en matière d'accès aux soins, P. Mouiller et P. Schillinger, 14 octobre 2021.
<http://www.senat.fr/notice-rapport/2021/r21-063-notice.html>

pourtant la patientèle médicale, au travers des dispositifs de prise en charge des dépenses de santé ».

Pour répondre à ces enjeux, le chapitre I^{er} instaure une régulation efficace de l'installation des médecins sur le territoire.

L'article premier instaure un conventionnement sélectif, conditionnant le conventionnement d'un médecin libéral dans une zone sur-dotée au départ d'un autre médecin conventionné. Ainsi, l'accroissement du nombre de médecins conventionnés ne pourrait se faire que dans les zones sous-dotées, en ne procédant qu'à un renouvellement du conventionnement de médecins dans les zones sur-dotées.

Une obligation d'exercice, durant les 3 ans qui suivent l'obtention du diplôme de médecin, est instaurée par l'article 2. Ainsi, toute nouvelle installation de médecin pendant les 3 ans suivants la promulgation de ce texte ne pourrait se faire que dans les zones sous-dotées permettant d'améliorer nettement et immédiatement l'égal accès aux soins. Ces années d'exercice, le contact avec la patientèle locale, la connaissance du territoire permettraient assurément à plusieurs médecins qui n'imaginaient pas s'installer dans ces territoires d'y rester.

L'article 3 rend obligatoire le stage en zone sous-dotée afin de parfaire la connaissance des étudiants en médecine des particularités de ces territoires.

L'article 4 impose au médecin quittant un territoire sous-doté un préavis d'un an, afin que les autorités disposent du temps nécessaire pour s'organiser. Il n'est pas rare qu'un médecin annonce son départ d'un territoire laissant, sous un mois, plusieurs centaines de patients sans médecin, sans offre de soins à proximité de leur domicile. Ces situations ne pourraient plus se répéter avec l'adoption d'un tel dispositif.

Le chapitre II renforce l'accessibilité de l'information sur les déserts médicaux.

L'article 5 vise à s'assurer que les zonages, effectués par les ARS pour déterminer les zones sur-dotées et sous-dotées, soient révisés chaque année pour une meilleure prise en compte de l'évolution démographique des territoires et de leurs besoins en soins.

L'article 6 prévoit de rendre accessible ces zonages afin que tout citoyen, très simplement, puisse constater la densité de l'offre de soins territoire par territoire et l'évolution de celle-ci dans le temps.

Il s'agit également de rendre public, chaque année, le nombre de médecins formés par département et parmi eux, le nombre de personnes exerçant effectivement la médecine.

Compte tenu de l'absence d'offre de soins dans de nombreux territoires et des conséquences qui en découlent, il ne serait pas acceptable que des étudiants soient formés, diplômés et n'exercent pas la médecine pour préférer une autre profession. A minima, cette information doit être rendue publique.

L'article 7 commande la remise d'un rapport gouvernemental recensant les divers dispositifs d'incitation à la répartition de l'installation des professionnels de santé sur l'ensemble du territoire. Le cas échéant, il s'agit d'évaluer la pertinence de ces dispositifs incitatifs au regard des objectifs visés.

Enfin, l'article 8 gage financièrement le texte.

Dispositif

Chapitre 1 : Instauration d'une régulation efficace de l'installation des médecins pour en assurer une juste et égale répartition sur le territoire

Article 1

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

« *Art. L. 4131-6-1.* – Dans les zones mentionnées au 2° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique, le conventionnement à l'assurance maladie d'un médecin libéral ne peut intervenir qu'en concomitance avec la cessation d'activité d'un médecin libéral exerçant dans la même zone. Un décret en conseil d'État fixe les modalités d'application du présent article.

Article 2

Les médecins généralistes et spécialistes exercent pour une durée d'au moins trois ans, dans les mois qui suivent l'obtention du diplôme mentionné à l'article L. 632-4 du code de l'éducation, dans les territoires mentionnés au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique.

Article 3

À la deuxième phrase du II. de l'article 632-2 du code de l'éducation, supprimer les mots « en priorité ».

Article 4

Le chapitre III du titre I^{er} du livre I^{er} de la quatrième partie du code de la santé publique est complété par un article L. 4113-15 ainsi rédigé :

« *Art. L. 4113-15.* – Les médecins, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes mentionnés à l'article L. 4113-9, communiquent à l'agence régionale de santé et au conseil de l'ordre dont ils relèvent leur volonté de ne plus exercer dans le cabinet situé dans une commune identifiée comme zone caractérisée par une offre de soins insuffisante telle que mentionné au 1^o de l'article L. 1434-4, dans un délai d'au moins un an avant leur départ. »

Chapitre II : Renforcer l'accessibilité à l'information sur les déserts médicaux

Article 5

Au premier alinéa de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique, après le mot « arrêté », insérer les mots « chaque année ».

Article 6

Compléter l'article L. 1431-2 du code de la santé publique par deux alinéas ainsi rédigés :

« o) Elles publient sur leur site internet, chaque année et par département, les informations permettant d'établir l'état des lieux de l'offre de soins et en particulier le nombre de médecins généralistes et spécialistes. »

« p) Elles publient sur leur site internet, chaque année et par département, le nombre de médecins formés et parmi eux, le nombre de médecins exerçant effectivement la médecine. »

Article 7

Dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet un rapport au Parlement recensant et évaluant l'ensemble des dispositifs incitant à l'installation de médecins libéraux dans les zones sous-dotées. Le rapport évalue dès lors la pertinence de maintenir les dispositifs recensés au regard de leur impact sur l'amélioration de la répartition des médecins libéraux sur l'ensemble du territoire.

Article 8

I. - La charge pour l'État 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. ».

II. - La charge pour les organismes de sécurité sociale est compensée à due concurrence par la majoration des droits mentionnés aux articles 575 et 575 A du code général des impôts. ».