

N° 576

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2024-2025

Enregistré à la Présidence du Sénat le 6 mai 2025

RAPPORT

FAIT

*au nom de la commission des affaires sociales (1) sur la proposition de loi
visant à améliorer l'accès aux soins dans les territoires (procédure accélérée),*

Par Mme Corinne IMBERT,

Sénatrice

(1) Cette commission est composée de : M. Philippe Mouiller, *président* ; Mme Élisabeth Doineau, *rapporteure générale* ; Mme Pascale Gruny, M. Jean Sol, Mme Annie Le Houerou, MM. Bernard Jomier, Olivier Henno, Dominique Théophile, Mmes Cathy Apourceau-Poly, Véronique Guillotin, M. Daniel Chasseing, Mme Raymonde Poncet Monge, *vice-présidents* ; Mmes Viviane Malet, Annick Petrus, Corinne Imbert, Corinne Féret, Jocelyne Guidez, *secrétaires* ; Mmes Marie-Do Aeschlimann, Christine Bonfanti-Dossat, Corinne Bourcier, Céline Brulin, M. Laurent Burgoa, Mmes Marion Canalès, Maryse Carrère, Catherine Conconne, Patricia Demas, Chantal Deseyne, Brigitte Devésa, M. Jean-Luc Fichet, Mme Frédérique Gerbaud, MM. Xavier Iacovelli, Khalifé Khalifé, Mmes Florence Lassarade, Marie-Claude Lermytte, Monique Lubin, Brigitte Micouveau, M. Alain Milon, Mmes Laurence Muller-Bronn, Solanges Nadille, Anne-Marie Nédélec, Guylène Pantel, M. François Patriat, Mmes Émilienne Poumirol, Frédérique Puissat, Marie-Pierre Richer, Anne-Sophie Romagny, Laurence Rossignol, Silvana Silvani, Nadia Sollogoub, Anne Souyris, M. Jean-Marie Vanlerenberghe.

Voir les numéros :

Sénat : 494, 574 et 577 (2024-2025)

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
L'ESSENTIEL.....	5
EXAMEN DES ARTICLES	17
• <i>Article 1^{er}</i> Donner aux départements un rôle de coordination des actions en matière d'amélioration de l'accès aux soins et améliorer l'évaluation de la démographie des professions de santé	17
• <i>Article 2</i> Associer les élus au pilotage de la politique de santé.....	29
• <i>Article 3</i> Encadrement de l'installation des médecins dans les zones les mieux dotées.....	32
• <i>Article 4</i> Simplifier l'ouverture de cabinets secondaires pour les médecins	49
• <i>Article 5</i> Mise en place de tarifs spécifiques applicables dans les zones sous-denses	55
• <i>Article 6</i> Faciliter le remplacement d'un médecin concourant à l'accès aux soins en zone sous-dense	62
• <i>Article 7</i> Expérimenter un recours simplifié aux contrats à durée déterminée (CDD) dans les centres de santé	70
• <i>Article 8</i> Mieux évaluer les besoins de recrutement des praticiens à diplôme hors Union européenne (Padhue).....	80
• <i>Articles 9 et 10</i> Simplifier le dispositif d'autorisation d'exercice des Padhue et favoriser leur orientation vers les zones sous-denses en ville	87
• <i>Article 11</i> Favoriser le recours aux protocoles de coopération dans les structures d'exercice coordonné.....	94
• <i>Article 12</i> Prise en charge de certaines situations cliniques par les pharmaciens d'officine	100
• <i>Articles 13 et 14</i> Revoir le modèle de financement de la formation et de l'activité des infirmiers en pratique avancée	105
• <i>Article 15</i> Créer une participation financière à l'acquisition d'équipements et de logiciels permettant d'assister les médecins dans leur pratique quotidienne	119
• <i>Articles 16 et 17</i> Supprimer certains certificats médicaux peu utiles	127
• <i>Article 18</i> Rendre compte annuellement des mesures en faveur de l'accès aux soins.....	136
• <i>Article 19</i> Gage financier de la proposition de loi	139
EXAMEN EN COMMISSION.....	141
RÈGLES RELATIVES À L'APPLICATION DE L'ARTICLE 45 DE LA CONSTITUTION ET DE L'ARTICLE 44 BIS, ALINÉA 3, DU RÈGLEMENT DU SÉNAT (« CAVALIERS »).....	177
LISTE DES PERSONNES ENTENDUES ET DES CONTRIBUTIONS ÉCRITES	179
LA LOI EN CONSTRUCTION	185

L'ESSENTIEL

Constatées partout, les **difficultés d'accès aux soins** frappent toutefois plus durement certains territoires.

Face à ce fléau, la proposition de loi vise à **territorialiser le pilotage** de la politique d'accès aux soins, **renforcer l'offre disponible** dans les territoires sous-dotés et **libérer du temps médical**.

Elle a été **largement soutenue** par la commission.

I. DES DIFFICULTÉS D'ACCÈS AUX SOINS GRAVES ET PERSISTANTES

A. UNE OFFRE DE SOINS INSUFFISANTE FACE À LA CROISSANCE DES BESOINS

La France est marquée par une **croissance rapide des besoins de santé**, sous l'effet de trois facteurs convergents :

- la **croissance démographique** : la France a gagné 4 millions d'habitants depuis 2010 ;

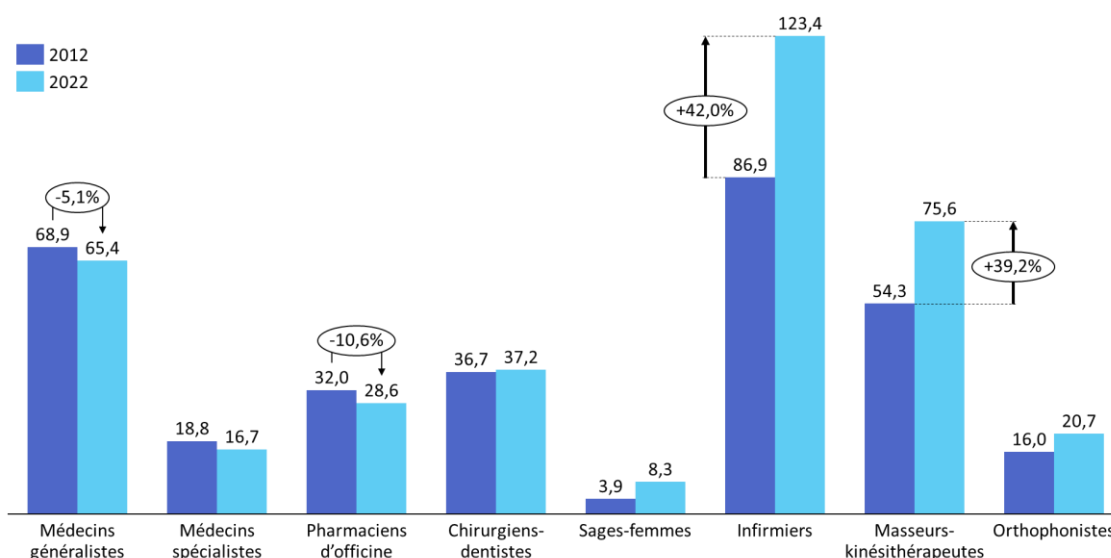
- le **vieillissement de la population** : l'âge moyen de la population a augmenté de 2,6 ans sur la même période ;

- l'**augmentation de la prévalence des maladies chroniques** : le nombre de patients en affection de longue durée (ALD) a augmenté, en moyenne, chaque année de 2,8 % entre 2005 et 2022.

Face à ces besoins en hausse, l'**évolution de l'offre de soins apparaît, en ville, insuffisamment dynamique et inégale selon la profession considérée**. Si les effectifs de sages-femmes et des professions paramédicales augmentent sensiblement – le nombre d'infirmiers libéraux a augmenté de 42 % entre 2012 et 2022, celui des sages-femmes libérales de 115 % –, cette croissance demeure souvent insuffisante pour compenser l'augmentation des besoins. Le ministère de la Santé estime, ainsi, que la France manquera de 80 000 infirmiers en 2050, à tendances inchangées.

D'autres professions apparaissent en très forte tension démographique. Tel est le cas, notamment, des médecins : le nombre de médecins généralistes libéraux a chuté de 5 % entre 2012 et 2022, le nombre de médecins spécialistes accessibles en premier recours de 13 %. Dans le même temps, le temps de travail hebdomadaire moyen des médecins généralistes serait passé de 57 heures à 54.

Effectifs des professionnels de santé libéraux en 2012 et 2022, en milliers



Source : Commission des affaires sociales du Sénat, d'après des données de la Cour des comptes (2024)

En conséquence, **pendant que la demande de soins augmente rapidement, la capacité de plusieurs professions médicales à y répondre diminue.**

B. DES INÉGALITÉS TERRITORIALES EN CONSTANTE AGGRAVATION

Cette offre de soins insuffisante est, en outre, **inégalement répartie sur le territoire national.**

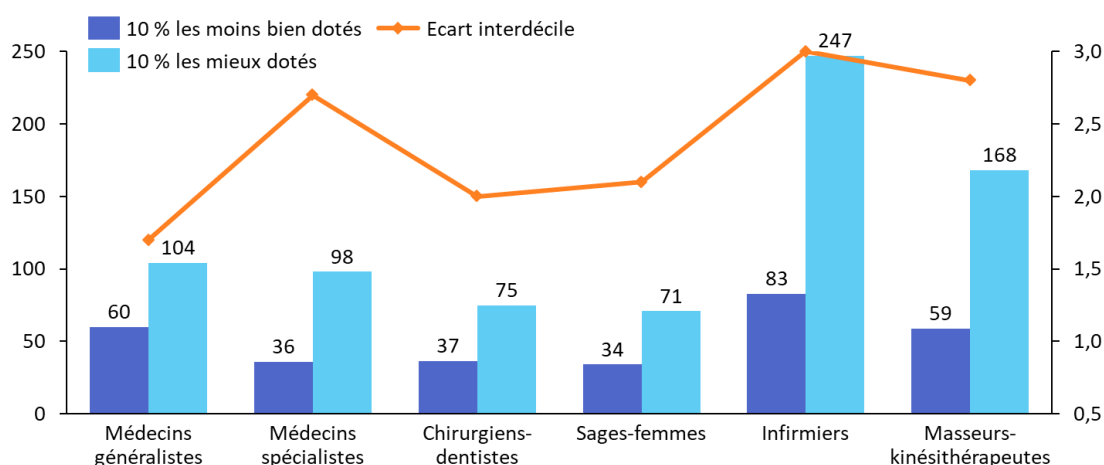
Les **inégalités d'accès aux médecins**, notamment aux médecins généralistes, alimentent fréquemment le débat public. La densité de médecins libéraux pour 100 000 habitants varie fortement d'un département à l'autre : elle était, en 2022, inférieure à 60 dans les dix départements les moins bien dotés, et supérieure à 104 dans les dix départements les mieux dotés, soit un « rapport d'interdécile » de 1,7. Cet indicateur s'élevait à 2,7 pour les médecins spécialistes, révélant des inégalités encore plus importantes : Paris comptait 654 spécialistes pour 100 000 habitants quand les départements les moins denses, tels que la Meuse, en comptaient moins de 100.

Les **autres professions de santé sont, de la même manière, inégalement réparties** sur le territoire national. Les écarts interdéciles s'élèvent, entre départements, à 2 pour les sages-femmes, 2,1 pour les chirurgiens-dentistes, 2,8 pour les masseurs-kinésithérapeutes et 3 pour les infirmiers.

Ces données ne reflètent que partiellement les écarts existants, dans la mesure où **les inégalités de répartition les plus fortes sont constatées à une échelle infradépartementale** : les professionnels libéraux se concentrent, dans un même département, dans les zones littorales ou urbaines, tandis que des zones rurales ou suburbaines sont fréquemment délaissées. Certains territoires concentrent les difficultés : le ministère de la Santé estimait ainsi, en 2021, que 10 % de la population cumulait une mauvaise accessibilité à plusieurs professions de santé, et 3 % de la population une mauvaise accessibilité à l'ensemble des professions de santé de premier recours considérées. Les trois quarts de ces personnes vivaient dans des territoires ruraux.

Enfin, **certaines de ces inégalités s'aggravent**. Selon le ministère de la Santé, en 2022, les 10 % de la population les mieux dotés avaient accès à 5,6 consultations de médecin généraliste par an, quand les 10 % les moins bien dotés n'avaient accès qu'à 1,4 consultation. L'écart entre ces deux populations s'est creusé de 5 % entre 2022 et 2023. Entre 2012 et 2022, le nombre de médecins par département a augmenté dans des territoires déjà bien dotés, tels que les Hautes-Alpes et la Savoie, quand il diminuait fortement dans des départements déjà sinistrés, tels que l'Ariège et l'Ain.

**Densités départementales pour 100 000 habitants
de professionnels libéraux en 2022**



Source : Commission des affaires sociales du Sénat d'après des données de l'assurance maladie (2024)

II. TERRITORIALISER LA POLITIQUE D'ACCÈS AUX SOINS

A. DES DIFFICULTÉS À DÉFINIR LES BESOINS EN SANTÉ DES TERRITOIRES

Depuis la loi « HPST » de 2009, le pilotage de l'organisation territoriale du système de santé a été confié aux agences régionales de santé (ARS). Elles sont ainsi chargées de mettre en œuvre au niveau régional et infrarégional la politique nationale de santé « *en tenant compte des particularités de chaque région* ».

Toutefois, malgré la généralisation des délégations départementales des ARS chargées d'assurer une meilleure prise en compte des spécificités de chaque département, **la territorialisation des politiques de santé reste encore trop dépendante d'une logique descendante d'application des politiques établies au niveau régional**. Si bien que le département, pourtant acteur majeur en santé publique et dans le domaine médico-social, reste trop souvent un maillon secondaire dans la régulation de l'offre de santé sur son territoire.

L'analyse des enjeux liés à l'évolution de la démographie des professions de santé incombe depuis 2003 à l'Observatoire national de la démographie des professionnels de santé (ONDPS). Il est également chargé de la définition des objectifs pluriannuels de formation de professionnels de santé (médecine, pharmacie, maïeutique et odontologie).

Le dispositif actuel de pilotage des ressources humaines, que la Cour des comptes juge inabouti, ne permet pas de répondre aux besoins des territoires, faute de prise en compte adéquate de ces besoins et des inégalités de densité médicale existantes. Surtout, l'ONDPS ne tient que trop peu compte des remontées d'information effectuées par les observatoires régionaux.

B. RENFORCER LE RÔLE DU DÉPARTEMENT, ÉCHELON DE PROXIMITÉ

Le code général des collectivités territoriales attribue, depuis l'adoption de la loi dite « 3DS » en 2022, explicitement au département une compétence pour « *promouvoir [...] l'accès aux soins de proximité sur le territoire départemental* ».

L'article 1^{er} de la proposition de loi donne corps à cette compétence **en attribuant au département un rôle de coordination des politiques en matière d'accès aux soins sur son territoire**. Elle met en place une coordination collégiale avec les ARS et les caisses primaires d'assurance maladie.

Elle prévoit également de remplacer l'ONDPS et ses comités régionaux par un **nouvel office national de l'évaluation de la démographie des professions de santé** et ses déclinaisons au niveau départemental. Ce nouvel office serait chargé de :

- rassembler et diffuser les données relatives à la démographie des professions de santé et à l'accès aux soins ;
- dresser annuellement un bilan des besoins pour chaque profession et spécialité aux niveaux national et territorial ;
- proposer des objectifs nationaux pluriannuels relatifs au nombre de professionnels de santé à former.

Les offices départementaux, présidés par le président du conseil départemental, seront quant à eux **chargés de l'identification des besoins en professionnels de santé sur le département** et les territoires de santé concernés.

La constitution des offices départementaux permet de passer d'une logique descendante de définition des besoins par les ARS à une logique ascendante issue des territoires infrarégionaux.

Attachée à une véritable territorialisation de la politique de santé, **la commission soutient la volonté de donner aux départements la capacité d'agir en matière d'accès aux soins et de définition des besoins en santé sur leur territoire**. Elle estime que l'échelle régionale, aujourd'hui privilégiée dans la définition des besoins en santé, ne permet pas de mesurer finement la diversité des situations locales.

Le département constitue l'échelle cohérente d'action en matière d'accès aux soins, entre proximité du terrain et taille critique assurant la présence d'une pluralité d'acteurs et la constitution d'un projet cohérent sur un territoire. De par son expérience dans le domaine médico-social, il incarne naturellement **l'échelon de référence de la concertation territoriale** entre les services préfectoraux, les délégations départementales des ARS, les caisses primaires d'assurance maladie et les organismes de protection sociale, mais également la majorité des ordres et les représentants des collectivités territoriales concernées.

Par ailleurs, **l'article 2** prévoit la création d'un comité de pilotage de l'accès aux soins, associant les élus locaux, afin de renforcer leur présence dans la définition de la stratégie nationale en santé en matière d'accès aux soins et de favoriser la prise en compte des adaptations nécessaires aux réalités territoriales.

L'article 18 quant à lui améliore l'information du Parlement et des citoyens sur l'action menée par le Gouvernement en faveur de l'accès aux soins.

Pour prolonger ces dispositions, la commission a adopté un amendement visant à renforcer le rôle des offices départementaux en prévoyant que **l'identification des zones « sous-denses » ou « sur-denses » ne pourra être réalisée par le directeur de l'ARS qu'après avis conforme des offices départementaux concernés**. Par ailleurs, il prévoit que ce zonage sera désormais revu annuellement, pour mieux l'adapter à l'évolution des besoins de santé. Enfin, il précise explicitement que les établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) devront être consultés dans le cadre des travaux des observatoires. Cet amendement permet ainsi de **renverser la logique de construction du zonage et d'identification des besoins en tenant mieux compte des évaluations faites dans les territoires**.

III. RENFORCER L'OFFRE DE SOINS DANS LES TERRITOIRES EN TENSION

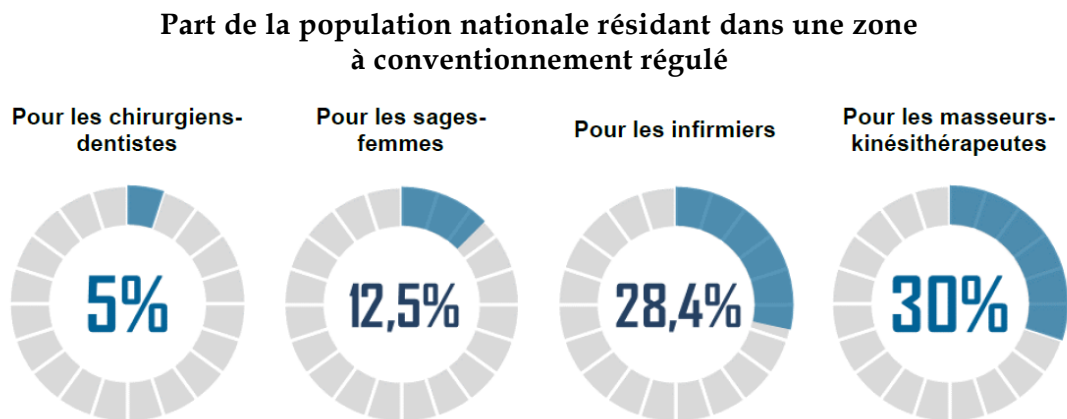
A. FAVORISER L'INSTALLATION ET L'EXERCICE DANS LES TERRITOIRES LES PLUS FRAGILES

La proposition de loi porte de nombreuses mesures destinées à **favoriser l'exercice dans les zones les moins bien dotées en professionnels de santé**.

L'**article 3** de la proposition de loi vise à réduire les inégalités territoriales d'accès aux médecins, qui continuent de s'aggraver, **en soumettant leur installation en zone « sur-dense » à une autorisation préalable** du directeur général de l'ARS. Cette autorisation préalable serait conditionnée :

- pour les médecins généralistes, à un engagement de leur part à exercer à temps partiel en zone « sous-dense » ;
- pour les médecins spécialistes, à la cessation concomitante d'activité d'un confrère de la même spécialité exerçant dans la même zone, à un engagement d'exercice à temps partiel en zone « sous-dense » ou à une décision du directeur général de l'ARS motivée par la nécessité de cette installation pour maintenir l'accès aux soins dans le territoire.

De telles mesures de régulation démographique ont d'ores et déjà été mises en place, par voie conventionnelle, **pour les autres professions de santé**. Le conventionnement des professionnels est ainsi régulé, dans les zones les mieux dotées, depuis 2008 pour les infirmiers, depuis 2018 pour les masseurs-kinésithérapeutes et sages-femmes et depuis le 1^{er} janvier 2025 pour les chirurgiens-dentistes. L'ouverture de pharmacies d'officine ne peut, de la même manière, être autorisée que si elle respecte des seuils géo-démographiques définis, de longue date, par la loi.



Si ces mesures n'ont pas permis de faire disparaître, à elles seules, les inégalités territoriales d'accès à ces professionnels, **leur efficacité est, toutefois, désormais bien documentée**. L'assurance maladie observe, ainsi, une stabilisation des effectifs dans les zones « sur-denses » régulées pour ces professions.

Attachée aux libertés sur lesquelles s'est construite la médecine libérale, la commission juge toutefois que **l'ampleur et l'aggravation des inégalités d'accès aux médecins justifient pleinement ces dispositions**. La mesure préserve la liberté d'installation des médecins, en permettant à ces derniers d'exercer où ils le souhaitent. Elle contraint, en revanche, ceux d'entre eux qui choisiraient de s'installer dans les territoires les mieux dotés à contribuer activement à la maîtrise des inégalités d'accès par des consultations avancées.

Soucieuse de cet équilibre et de l'effectivité de ces dispositions, la commission souhaite que les médecins concernés soient **accompagnés et soutenus par l'assurance maladie** dans les investissements nécessaires à la conduite de leur activité secondaire.

Pour les mêmes raisons, la commission a jugé nécessaire, en adoptant l'article 4, **d'assortir de garanties légales la possibilité, pour les médecins, d'exercer en cabinet secondaire, et de simplifier l'ouverture de ces structures**. Elle propose notamment que l'ordre ne puisse plus s'opposer à l'établissement d'un cabinet secondaire pour des **motifs tirés d'une méconnaissance de la continuité des soins**, mais a souhaité, en adoptant un amendement de sa rapporteure, permettre à l'ordre d'émettre un avis pour alerter, si besoin, les praticiens sur ce sujet afin que ceux-ci respectent à tout moment leurs obligations déontologiques.

Pour inciter les médecins à s'installer dans les zones « sous-denses » ou à y réaliser une part de leur activité, **l'article 5** invite les partenaires conventionnels à définir, dans la convention médicale, des **tarifs spécifiques applicables dans tout ou partie des zones sous-denses**. Il prévoit le lancement sans délai d'une négociation après la promulgation de la présente loi, et l'entrée en vigueur immédiate des tarifs spécifiques qui en résulteront.

La commission a soutenu cette mesure et souligné que ces tarifs se distinguaient nettement de dépassements d'honoraires. Dans la mesure où ils seront pris en charge, conjointement, par l'assurance maladie et les contrats solidaires et responsables des complémentaires, ceux-ci n'augmenteront pas, dans la très grande majorité des situations, le reste à charge des patients.

Enfin, diverses dispositions ont pour objet d'**assouplir les conditions d'organisation de l'offre de soins pour** favoriser l'implantation de services de santé dans les territoires les plus fragiles.

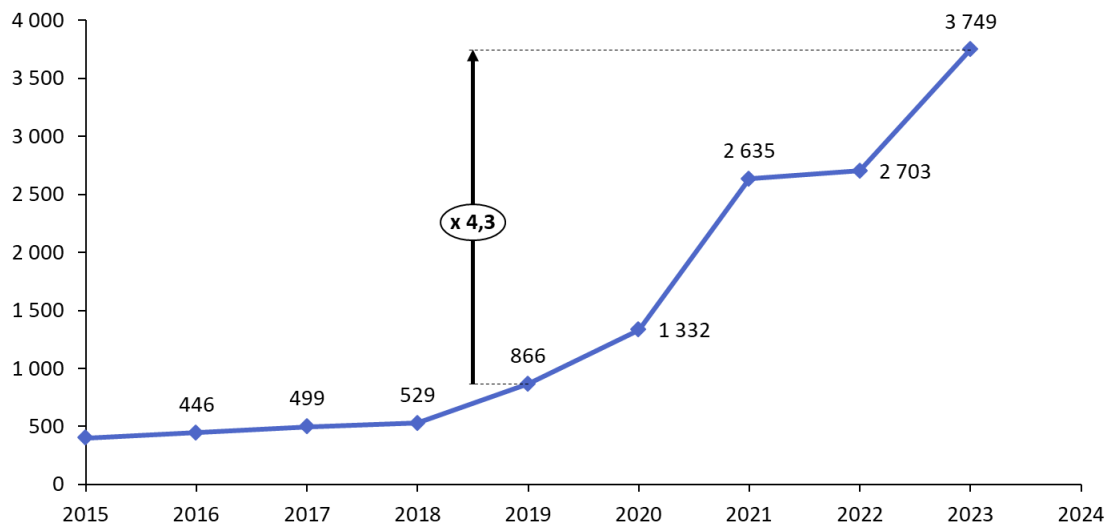
Ainsi, l'**article 6** vise à **faciliter les remplacements des médecins, des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes** souhaitant s'absenter ponctuellement de leur cabinet **pour réaliser des missions concourant au maintien d'une offre de soins dans des zones de sous-densité médicale**. Actuellement, la réalisation de telles activités pendant un remplacement est fortement contrainte pour les médecins, et proscrite pour les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes.

L'**article 7** s'inspire de l'expérience de l'association Médecins solidaires pour **favoriser la création de centres de santé dans des territoires ruraux isolés**. Ces centres, qui fonctionnent sur du temps médical partagé et une rotation hebdomadaire des praticiens, répondent aujourd'hui à des besoins de santé non couverts dans des zones carencées en services de santé. Pour consolider ce modèle, l'article fixe les conditions d'**une expérimentation qui autorise, pour une durée de 3 ans, des centres de santé à recruter des médecins sur des durées courtes**, en dérogeant à certaines règles du code du travail. La commission a soutenu cette mesure, qui encourage par ailleurs la diversification du mode d'exercice des praticiens.

B. AMÉLIORER LES CONDITIONS D'ACCÈS DES PADHUE À L'AUTORISATION D'EXERCICE

Plusieurs articles de la proposition de loi portent sur les conditions d'accès des praticiens à diplôme hors Union européenne (Padhue) à l'autorisation d'exercer en France la profession de médecin, de chirurgien-dentiste, de sage-femme ou de pharmacien.

Évolution du nombre de postes ouverts aux EVC pour les médecins



Source : Commission des affaires sociales du Sénat, d'après des données du Conseil national de l'ordre des médecins

Parallèlement à l'examen de ces dispositions par la commission, le Gouvernement a annoncé son intention de réformer et de simplifier la procédure d'autorisation d'exercice des Padhue, dans la perspective des épreuves de vérification des connaissances (EVC) 2025¹.

L'article 8 fixe dans la loi les critères pris en compte pour déterminer le nombre de places ouvertes chaque année au titre des EVC, et fait de ce nombre « **un objectif quantitatif d'admission** » des Padhue candidats à l'autorisation d'exercice. La commission a jugé que cette notion renforçait la portée de l'évaluation des besoins de recrutement de Padhue, sans porter préjudice à la souveraineté des jurys.

L'article 9 vise à **simplifier le dispositif d'autorisation d'exercice des Padhue affectés dans un établissement de santé**. À cette fin, il prévoit :

- de **supprimer l'avis de la commission nationale d'autorisation d'exercice (CNAE)** statuant sur l'évaluation du parcours de consolidation des compétences, et de lui substituer les avis du chef de service, du chef de pôle et du président de la commission médicale d'établissement ;

- de **raccourcir le délai de délivrance de l'autorisation d'exercice** en enfermant la décision de l'autorité compétente dans un délai maximal de 4 mois lorsque les avis précités sont unanimement favorables ou, à défaut, lorsque la commission ne décide pas de la réalisation d'un stage complémentaire.

¹ Mesure annoncée à l'occasion de la présentation par le Premier ministre du pacte pour lutter contre les déserts médicaux, le 25 avril 2025.

La commission a salué la volonté de simplification de la procédure portée par l'article 9. Néanmoins, compte tenu de l'absence de consensus sur ces dispositions et de l'opposition des conseils nationaux des ordres à la suppression de l'avis de la CNAE, elle a privilégié **une réorientation du dispositif en prévoyant la possibilité, pour les acteurs locaux chargés de la supervision du Padhue, de saisir la CNAE avant la fin de son parcours de consolidation des compétences (PCC)**. La commission a par ailleurs renforcé les dispositions visant à réduire le délai de délivrance de l'autorisation d'exercice.

Dans la continuité de la loi Valletoux du 27 décembre 2023, l'article 10 propose d'**orienter les Padhue affectés dans un centre de santé ou une maison de santé prioritairement dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante** ou par des difficultés dans l'accès aux soins. Si la commission souscrit à cette mesure, elle a néanmoins regretté que des difficultés tenant aux modalités de financement de la rémunération des Padhue interdisent toujours de procéder à ces affectations dans les structures d'exercice coordonné. Elle a donc appelé le Gouvernement à **lever ces obstacles dans les plus brefs délais**.

IV. AUGMENTER ET MIEUX ALLOUER LE TEMPS MÉDICAL DISPONIBLE

A. RENFORCER LES PARTAGES DE COMPÉTENCES

La proposition de loi porte diverses mesures destinées à **renforcer les partages de compétences** entre professions, afin de **faciliter la prise en charge des patients et de libérer du temps médical**.

L'article 11 vise à **favoriser les transferts d'activités ou d'actes de soins entre professionnels volontaires, en incluant la coopération interprofessionnelle et le recours à des protocoles de coopération parmi les missions des principales structures d'exercice coordonné - équipes de soins primaires, centres de santé, maisons de santé pluriprofessionnelles**.

L'article 12 autorise les pharmaciens à **contribuer à l'évaluation et à la prise en charge de situations cliniques listées par arrêté**, ainsi qu'à l'orientation du patient dans le parcours de soins. L'expérimentation « Orientation dans le système de soins » (Osys), lancée en 2021, a montré l'intérêt de s'appuyer ainsi sur le maillage officinal pour diminuer les recours inappropriés aux urgences, libérer du temps médical et favoriser l'accès aux soins de proximité. La commission a soutenu ces dispositions et adopté deux amendements, visant à sécuriser leur mise en œuvre et confier à l'arrêté le soin de prévoir les modalités de coordination avec le médecin traitant.

B. ACCÉLÉRER LE DÉPLOIEMENT DE LA PRATIQUE AVANCÉE



Honoraires
annuels moyens
des IPA en libéral

Conçue comme une **partie de la réponse aux difficultés d'accès aux soins**, la **pratique avancée infirmière**, consacrée en 2016, offre des **compétences élargies et une autonomie renforcée**.

Faute de moyens et d'engagement politique, le déploiement de la pratique avancée s'est révélé timide : l'objectif de 3 000 professionnels en exercice à horizon 2022 n'est, à ce jour, toujours pas atteint. Deux principaux freins sont évoqués pour justifier ce déploiement poussif : **un modèle économique inadapté, notamment en libéral, et le coût élevé de la formation**.

En conséquence, **la commission a adopté l'article 13**, qui prévoit un mécanisme de **maintien partiel de revenus** pour les infirmiers libéraux se formant à la pratique avancée, une solution soutenue par les professionnels. Elle appelle, en outre, les établissements de santé à **accompagner dans leur projet professionnel leurs infirmiers** désireux d'exercer en pratique avancée.

La valorisation de la pratique avancée constitue un frein majeur à son déploiement. En libéral, les IPA déplorent une **perte moyenne de 20 000 à 30 000 euros par rapport à leur exercice IDE libéral** du fait d'un modèle économique non viable et critiqué tant par la profession que par des rapports administratifs. L'**article 14** révisé en profondeur le modèle économique des IPA en ville, en **systématisant une part de tarification à l'activité** en plus des forfaits perçus pour les patients réguliers et en créant un **nouveau forfait visant à valoriser les activités** des IPA en matière d'orientation, d'éducation, de **prévention** ou de dépistage. Cette évolution doit permettre de **sortir les IPA d'un modèle économique défaillant et non viable**, qui précarise des professionnels qui ont pourtant suivi une formation renforcée.

C. MIEUX ALLOUER LE TEMPS MÉDICAL

Afin d'améliorer l'efficacité thérapeutique et organisationnelle des cabinets médicaux, l'**article 15** prévoit la création d'une **aide conventionnelle à l'acquisition** et au fonctionnement des équipements et **logiciels** ayant vocation à assister les médecins dans leur pratique quotidienne. Par amendement, la commission a recentré l'aide sur **les dispositifs innovants**, les moins bien couverts par les outils existants comme le forfait structure.

Enfin, la proposition de loi porte deux articles destinés à **épargner aux médecins la production de certificats médicaux dispensables voire inutiles**. Ces derniers occuperaient les médecins entre une heure et demie et deux heures par semaine aujourd'hui – soit six à huit consultations.

L'**article 16**, d'abord, vise à réduire les cas dans lesquels la délivrance d'une licence sportive ou l'inscription à une compétition peuvent être subordonnées à la production d'un certificat. Pour les majeurs, un tel certificat ne pourra être exigé que lorsqu'une réponse apportée à un questionnaire relatif à l'état de santé du sportif révèle la nécessité d'une consultation. La commission a soutenu ces dispositions, qui alignent légitimement le droit applicable aux majeurs sur celui applicable aux mineurs.

L'**article 17** remplace le certificat médical nécessaire pour recourir au congé pour enfant malade dans le privé par une attestation sur l'honneur. Compte tenu de la limitation par la loi de ce congé à trois jours annuels et de l'absence d'obligation pour les employeurs de le rémunérer, les **risques de détournement associés** à la suppression du certificat médical **sont contenus** pour les employeurs.

Réunie le mardi 6 mai 2025 sous la présidence de Philippe Mouiller, la commission des affaires sociales **a adopté** la proposition de loi modifiée par **18 amendements**.

EXAMEN DES ARTICLES

Article 1^{er}

Donner aux départements un rôle de coordination des actions en matière d'amélioration de l'accès aux soins et améliorer l'évaluation de la démographie des professions de santé

Cet article consacre le rôle du département dans la coordination des actions en faveur de l'installation des professionnels de santé dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins. Il prévoit également la création d'un office national d'évaluation de la démographie des professions de santé et de ses déclinaisons départementales, chargés de rassembler et de diffuser les informations relatives à la démographie des professions de santé et à l'accès aux soins.

La commission a adopté cet article modifié par les amendements qu'elle a adoptés.

I – Le dispositif proposé

A. Le droit existant

1. Une territorialisation des politiques de santé qui ne prend pas encore assez en compte les spécificités locales

La territorialisation des politiques de santé, entendue comme « l'adaptation des politiques publiques aux spécificités des territoires »¹ repose aujourd'hui largement sur l'échelle régionale. À ce titre, la loi HPST du 21 juillet 2009² marque la volonté d'instituer une véritable organisation territoriale du système de santé dont le pilotage a été confié aux agences régionales de santé (ARS) en regroupant autour des agences régionales de l'hospitalisation des administrations jusqu'alors dispersées.

La régionalisation des politiques de santé s'incarne donc en premier lieu au travers des ARS qui guident l'ensemble des structures locales et territoriales selon le projet régional de santé (PRS) et pilotent la définition du schéma régional de santé. Elles sont ainsi chargées de mettre en œuvre au niveau régional et infrarégional la politique nationale de santé « en tenant compte des particularités de chaque région »³.

¹ Oliver Renaudie, *Santé et territoires*, Titre VII n° 11, octobre 2023.

² Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

³ Article L. 1431-2 du code de la santé publique.

² Voir commentaire de l'article 3.

Si l'ARS est au cœur de la territorialisation des politiques de santé, la loi 3DS¹ a renforcé la place des collectivités territoriales, et notamment du département, dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques de santé au niveau local.

Ainsi, elle a généralisé les « délégations départementales » des ARS. En application du dernier alinéa de l'article L. 1432-1 du code de la santé publique, le directeur départemental doit, chaque année, présenter au président du conseil départemental « *le bilan de l'action de l'agence dans le département* ». Chargées d'assurer une meilleure prise en compte des spécificités de chaque département au sein des régions et de renforcer les relations avec les acteurs locaux, **les délégations départementales sont encore trop dépendantes d'une logique descendante d'application des politiques établies au niveau régional**. Par ailleurs, le décret devant déterminer les missions de ces agences départementales n'a, à ce jour, toujours pas été publié.

Alors que l'article L. 3111-1 du code général des collectivités territoriales attribue, depuis l'adoption de la loi dite « 3DS », explicitement au département une compétence pour « *promouvoir les solidarités, la cohésion territoriale et l'accès aux soins de proximité sur le territoire départemental* », cela ne s'est pas traduit jusqu'ici de manière concrète, à l'exception de la gestion des centres de santé. **De ce fait, le département, pourtant acteur majeur en santé publique et dans le domaine médico-social, reste trop souvent un maillon secondaire dans la définition de l'offre de santé sur son territoire.**

Ainsi la détermination des zones caractérisées par une offre médicale insuffisante ou par des difficultés d'accès aux soins relève de la seule compétence du directeur général de l'ARS et répond à une méthodologie fixée au niveau national, ne laissant que peu de place à la consultation des élus locaux.

Malgré cela, les départements ont déjà pu mettre en place de nombreuses actions spécifiques en matière d'accès aux soins et de lutte contre les déserts médicaux, notamment au travers de l'élaboration du schéma départemental d'amélioration de l'accessibilité des services au public (SDAASAP). On peut notamment citer la mise en place par le département de l'Oise d'un « Plan Oise Santé » depuis 2018, qui accompagne les professionnels de santé et les collectivités pour renforcer l'offre de soins de qualité et de proximité, ou encore dans le Rhône d'un comité de pilotage sur l'accès aux soins, co-piloté par le département en présence de l'ARS, de la caisse primaire d'assurance maladie, des représentants des communautés professionnelles territoriales de santé et des ordres, et des collectivités concernées².

¹ Loi n° 2022-217 du 21 février 2022 relative à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et portant diverses mesures de simplification de l'action publique locale.

² Réponse de Départements de France au questionnaire transmis par la rapporteure.

2. Une évaluation de la démographie des professions de santé qui ne permet pas de planifier efficacement les besoins en profession de santé de la population

L'analyse des enjeux de santé liés à l'évolution de la démographie des professions de santé incombe depuis 2003 à l'Observatoire national de la démographie des professionnels de santé (ONDPS)¹. Cet organisme placé auprès du ministre chargé de la santé s'appuie sur un secrétariat général rattaché à la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees). Les missions de l'ONDPS ont été élargies en 2010 puis à nouveau dans le cadre de la réforme de 2019. Depuis cette date, il est notamment chargé de la définition des objectifs pluriannuels de formation de professionnels de santé (médecine, pharmacie, maïeutique et odontologie). Il propose ainsi aux ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur le nombre et la répartition des effectifs de professionnels à former à partir des propositions des comités régionaux.

Dans son enquête réalisée à la demande de la commission des affaires sociales du Sénat sur l'accès aux études de santé, la Cour des comptes dresse un bilan sévère de l'action de l'ONDPS². Elle estime notamment que l'ONDPS ne bénéficie pas des moyens à la hauteur de ses nouvelles missions. Celles-ci ne relèvent effectivement plus uniquement de l'analyse et de la collecte des données mais bien d'un travail de prospective et d'évaluation des besoins de ressources humaines en santé.

¹ Décret n° 2003-529 du 19 juin 2003 portant création de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé et décret n° 2010-804 du 13 juillet 2010 relatif aux missions de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé.

² Enquête de la Cour des comptes sur la réforme de l'accès aux études de santé réalisée à la demande de la commission des affaires sociales du Sénat en application de l'article L. 132-5 du code des juridictions financières, décembre 2024.

Extrait de l'enquête de la Cour des comptes sur la réforme de l'accès aux études de santé réalisée à la demande de la commission des affaires sociales

« Ces nouvelles missions ne s'apparentent plus uniquement à de l'observation et de l'analyse puisque l'ONDPS est désormais investi d'un travail de planification des ressources humaines en santé. Pour mener à bien ces missions, l'organisme devrait être doté du statut, du rattachement et des moyens matériels, statistiques et humains nécessaires pour préparer et mettre en œuvre ce plan.

L'équipe de l'ONDPS est sous-dimensionnée au regard de ses missions et de leur importance stratégique. Son plan de charge est fortement dépendant des priorités de différentes tutelles. L'appui apporté par la Drees n'est pas à la hauteur des besoins. En effet, celle-ci réalise des projections démographiques pour les professions médicales et paramédicales, selon un calendrier pluriannuel en mobilisant en moyenne un demi équivalent temps plein. Cela permet d'actualiser la projection pour une filière par an, soit une actualisation tous les cinq à six ans par profession. Le déploiement de la réforme et l'organisation de la première conférence nationale en 2021, nécessitant la réalisation rapide de projections pour les quatre filières, ont percuté la programmation de la Drees et ont exceptionnellement mobilisé quatre équivalent temps plein pendant neuf mois.

Ces éléments illustrent un manque d'investissement de l'État pour planifier les besoins en professionnels de santé. »

Source : Enquête de la Cour des comptes sur la réforme de l'accès aux études de santé réalisée à la demande de la commission des affaires sociales du Sénat en application de l'article L.O. 132-3-1 du code des juridictions financières, décembre 2024

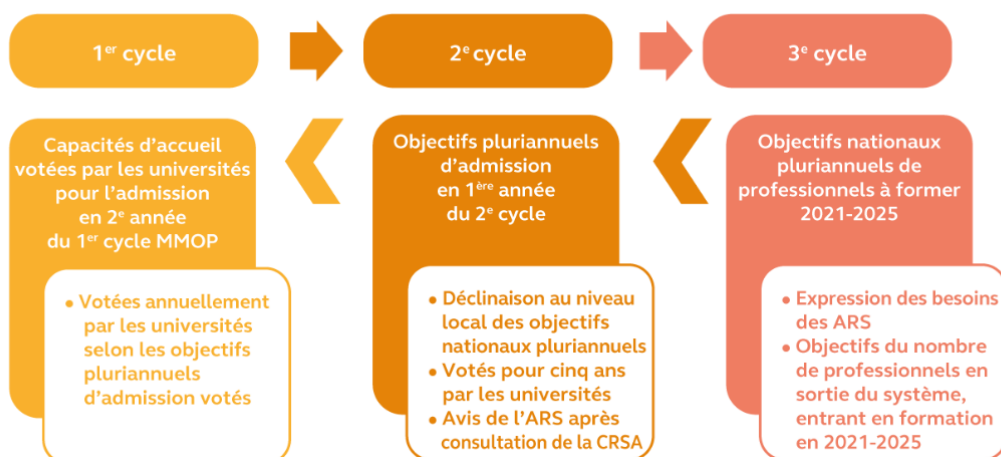
Le constat est largement partagé : le dispositif actuel de pilotage des ressources humaines, que la Cour des comptes juge inabouti, ne permet pas de répondre aux besoins des territoires, faute de prise en compte adéquate de ces besoins et des inégalités de densité médicale existantes. Surtout, l'ONDPS ne tient que trop peu compte des remontées d'information effectuées par les observatoires régionaux. Comme l'indique l'agence régionale de santé d'Île-de-France dans sa réponse au questionnaire transmis par la rapporteure, « la planification est centralisée [...] et n'évolue que très peu avec les remontées régionales », alors même que la collecte et le traitement des données transmises aux observatoires régionaux par les acteurs peut être très chronophages.

Les modalités de détermination des objectifs pluriannuels de formation

La loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, dont l'article 1^{er} est consacré à la formation, constitue un changement majeur dans la détermination du nombre de professionnels à former. La suppression du *numerus clausus* doit théoriquement marquer la fin d'une logique de régulation descendante du nombre de professionnels à former chaque année. La réforme fait place à un exercice de concertation locale et nationale sous la responsabilité de l'ONDPS, visant une meilleure prise en compte des spécificités de chaque territoire, des besoins de santé et des capacités de formation des universités. Des objectifs nationaux du nombre de professionnels de santé à former sont déterminés sur une période de cinq ans.

Ces objectifs nationaux déterminés pour la première fois sur la période 2021-2025 permettent aux universités d'adopter des objectifs pluriannuels d'admission en deuxième année ainsi que leurs capacités d'accueil qui seront nécessairement supérieures en prévision des abandons qui surviendront en cours de formation.

Schéma n° 4 : articulation des objectifs pluriannuels et des capacités d'accueil



Source : Cour des comptes ; CRSA : conférence régionale de la santé et de l'autonomie ; ARS : agence régionale de santé

Les objectifs nationaux pluriannuels sont définis sur proposition d'une conférence nationale présidée par les ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé. Cette conférence nationale est précédée par des conférences régionales, chargées de proposer un nombre de professionnels à former. Ces conférences régionales sont organisées par les directeurs généraux des ARS chargés de réunir les acteurs concernés (présidents d'université, acteurs du système de santé, organisations représentatives et collectivités territoriales).

Toutefois, dans son enquête précitée réalisée à la demande de la commission des affaires sociales sur l'accès aux études de santé, la Cour des comptes relève deux écueils :

- la notion de « besoins en santé » portée par la loi implique une vision plus globale que les simples projections démographiques et inclut également des questions de santé publique, d'organisation du système ou encore d'évolution des métiers ;

- la prise en compte de l'augmentation des effectifs sur les capacités d'accueil et de stage n'a été que trop partielle. Dans sa réponse au questionnaire transmis par la rapporteure, l'Isnar-IMG indique notamment : « *Le manque de capacité d'accueil en stage constitue un frein majeur à l'augmentation des effectifs en formation médicale. Cette limitation concerne tout particulièrement les terrains de stage en médecine générale et dans les zones sous-denses, alors même qu'ils sont essentiels pour répondre aux besoins d'accès aux soins* ».

Il est pourtant impératif de réguler les flux démographiques des professionnels, en vue d'adapter les effectifs de professionnels de santé aux besoins des populations concernées. En 2017, la Cour des comptes avait estimé à 3,2 milliards d'euros les économies potentielles pouvant résulter d'une meilleure adéquation de la répartition territoriale des professionnels de santé avec les besoins en santé¹. La Cour précisait alors que « *la mauvaise répartition territoriale des professionnels libéraux au regard des besoins de santé affecte les pratiques professionnelles et soulève de ce fait même la question de la pertinence des actes, voire parfois de leur régularité, dès lors que se constate une demande induite dans les zones sur-dotées* ». Elle regrettait également l'absence d'« *étude du ministère de la santé ou de la caisse nationale d'assurance maladie sur l'estimation des surcoûts imputables à cette discordance entre offre et besoins* ».

B. Le dispositif proposé

1. Donner au département un rôle de coordination des actions en matière d'amélioration de l'accès aux soins dans les territoires

Le présent article crée un nouvel article L. 1423-4 au sein du code de la santé publique afin d'attribuer explicitement au département un rôle de coordination des actions en faveur de l'installation des professionnels de santé dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou des difficultés d'accès aux soins.

Cet article prévoit que cette coordination se fait avec les agences régionales de santé, et notamment leurs délégations départementales, et les caisses primaires d'assurance maladie. Le texte ne prévoit pas de donner au département un rôle de chef de file mais bien de promouvoir un travail collégial et une gouvernance territoriale concertée assurant une meilleure prise en compte de la diversité des territoires.

Cet article permet de donner corps à la compétence reconnue aux départements par la loi 3DS concernant les politiques en matière d'accès aux soins de proximité. Il permet également de sécuriser des actions déjà engagées par de nombreux départements *via* la constitution du « guichet unique »², permettant de faciliter l'installation des professionnels de santé et des

¹ Cour des comptes, L'avenir de l'assurance maladie, novembre 2017.

² On peut notamment citer la mise en place du dispositif « Médecin Aveyron » mis en place par le département afin de centraliser l'information concernant la promotion des postes à pourvoir et permettre un accompagnement personnalisé des médecins.

étudiants dans les territoires. Ainsi, dans sa réponse au questionnaire transmis par la rapporteure, l'intersyndicale nationale des internes (Isni) indique à propos des départements : *« Ce sont les acteurs qui connaissent le mieux les spécificités de chaque territoire, et qui sont les plus à même d'offrir un accompagnement sur mesure »*.

2. Améliorer l'évaluation de la démographie des professions de santé afin de mieux répondre aux besoins de santé de la population

L'article 1^{er} de la présente proposition de loi rétablit la section 5 du chapitre IV relatif à la territorialisation de la politique de santé au sein du titre III du livre IV de la première partie du code de la santé publique, afin de prévoir la création d'un Office national de l'évaluation de la démographie des professions de santé qui viendrait se substituer à l'actuel Observatoire national de la démographie des professions de santé.

Contrairement à l'actuel ONDPS rattaché au seul ministère de la santé, la nouvelle instance serait placée auprès des ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur. Ce double rattachement permettrait une meilleure transversalité des politiques entre capacité de formation et besoins en santé dans les territoires mais pourrait être source de complexité administrative au regard des nombreuses missions dévolues à ce nouvel office qui ne concernent pour beaucoup que très indirectement le ministre chargé de l'enseignement supérieur.

Dotées d'une base légale, les missions de cet office sont clairement définies par le I de l'article L. 1434-14 :

- rassembler et diffuser les données relatives à la démographie des professions de santé et à l'accès aux soins ;
- dresser **annuellement** un bilan des besoins pour chaque profession et spécialité aux niveaux national et territorial ;
- **proposer des objectifs nationaux pluriannuels relatifs au nombre de professionnels à former** mentionnés à l'article L. 631-1 du code de l'éducation, ainsi que les objectifs quantitatifs d'admission aux épreuves de vérification des connaissances concernant les praticiens à diplôme hors Union européenne en France (Padhue).

Le II dudit article L. 1434-14 met en place les **déclinaisons territoriales** de l'office national. Par cohérence avec la volonté de l'auteur de renforcer la départementalisation des politiques de santé, il est **prévu que ces offices soient installés au niveau départemental et que leur présidence revienne au président du conseil départemental**. Ils seront chargés de l'identification des besoins en professions de santé sur le département et des territoires de santé concernés. La participation des délégations départementales des ARS, de la caisse primaire d'assurance maladie, des structures territorialement compétentes des ordres, ainsi que des conseils territoriaux de santé est explicitement prévue par le texte afin **d'inscrire ces nouvelles instances dans la structuration complexe de la gouvernance territoriale de la santé**.

Les règles relatives au fonctionnement et à la composition de l'office national et des offices départementaux sont renvoyées au pouvoir réglementaire permettant de compléter la composition des offices et de préciser leur fonctionnement afin de les intégrer au mieux dans la gouvernance territoriale de la santé.

Par ailleurs, en application du III du même article L. 1434-14, ce nouvel office rendra un avis annuel sur l'évolution de l'offre de stage dans les zones sous-denses tout au long des études de médecine. En effet, le manque de capacité d'accueil en stage constitue un facteur limitant d'augmentation des effectifs en formation. Plusieurs organismes entendus en audition ont ainsi soulevé les difficultés liées à la disponibilité d'offres de stage de qualité, notamment en médecine ambulatoire. De plus, de nombreuses maquettes de formations « *imposent des stages en environnement universitaire favorisant les départements sièges de CHU* »¹ qui aggravent les inégalités territoriales par la suite, en limitant l'installation des médecins dans les zones qui ne disposent pas de centre universitaire.

Les 2° et 3° du I de l'article 1^{er} participent de la volonté de cohérence de l'action des offices départementaux avec les outils existants territorialement. Ils prévoient ainsi que :

- le schéma régional de santé prenne en compte les observations des offices départementaux dans la détermination des besoins en implantation des soins de premier et second recours mentionnés aux article L. 1411-11 et L. 1411-12 du code la santé publique ;

- le directeur général de l'ARS détermine le zonage de l'offre de soins sur le territoire de la région « *sur la base des évaluations présentées par les offices départementaux* ».

Le nouvel article L. 1434-14-1 créé par l'article 1^{er} de la proposition de loi prévoit quant à lui que, pour mener à bien leurs missions, les offices départementaux et l'office national bénéficieront du concours des services des ministères chargés de la santé et de l'enseignement supérieur, au premier rang desquels figure la Drees, ainsi que des ARS, caisses d'assurances maladies et ordres professionnels concernés. Il assure ainsi la mise à disposition des moyens matériels nécessaires au fonctionnement de ces nouvelles instances.

Enfin, l'article 1^{er} de la proposition de loi effectue une coordination au sein de l'article L. 631-1 du code de l'éducation afin de préciser que « *les modalités de définition des objectifs nationaux pluriannuels* » devront être déterminées « *compte tenu des propositions formulées par l'office national de l'évaluation de la démographie des professions de santé* ».

¹ Réponse de l'Agence régionale de Santé de Nouvelle-Aquitaine au questionnaire transmis par la rapporteure.

II - La position de la commission

Attachée à la territorialisation de la politique de santé, **la commission entend soutenir la volonté de donner aux départements la capacité d'agir en matière d'accès aux soins et de définition des besoins en santé des territoires.** L'échelle régionale, aujourd'hui privilégiée dans la définition des besoins en santé des territoires, ne permet pas de mesurer finement la diversité des situations locales. Les acteurs entendus par la rapporteure lors des auditions ont également exprimé leurs **doutes quant à la capacité des ARS à apprécier les besoins en santé des territoires au regard de la diversité des situations au sein d'une même région.**

Dès lors, la commission estime nécessaire **de revenir sur la centralisation régionale qui prévaut aujourd'hui dans la définition des besoins en santé des territoires.** Le département, de par sa connaissance des réalités locales et sa proximité avec les acteurs, constitue l'échelle cohérente d'action en matière d'accès aux soins, particulièrement dans les zones sous-denses. **Dans ce cadre, il incarne naturellement l'échelon de référence de la concertation territoriale** entre les services préfectoraux, les caisses primaires d'assurance maladie et les organismes de protection sociale, mais également la majorité des ordres et les représentants des collectivités territoriales concernées.

Par ailleurs, la gouvernance des politiques en matière sociale et médico-sociale ou encore d'autonomie fait déjà du département l'interlocuteur naturel des agences régionales de santé dans ce cadre. Il dispose à ce titre d'une véritable expertise dans la coordination de politiques liées à celle de l'offre de santé liée notamment à la gestion des centres de protection maternelle et infantile.

Enfin, l'échelon départemental permet d'allier la proximité du terrain avec la taille critique assurant la présence d'une pluralité d'acteurs et la constitution d'un projet clair et cohérent sur un territoire. Il permet ainsi de **garantir la cohérence des projets, menés notamment par les CPTS souvent constituées au niveau intercommunal, tout en conservant une attention particulière aux spécificités locales.**

Il importe toutefois **de ne pas remettre en cause les schémas régionaux de santé ni de complexifier davantage la gouvernance territoriale** mais bien d'améliorer la prise en compte des spécificités locales dans la définition de la stratégie régionale. À l'instar des dispositions prévues pour la réalisation des schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale qui doivent être établis en cohérence avec le schéma régional de santé, **l'action des départements en matière de coordination des politiques d'accès aux soins doit pouvoir s'inscrire dans une logique de complémentarité et de cohérence de l'action publique en matière d'accès aux soins.**

Par ailleurs, la commission soutient l'objectif de la proposition de loi d'attribuer une base légale et les moyens matériels nécessaires à l'organisme chargé d'évaluer les besoins en profession de santé. L'Office national de l'évaluation de la démographie des professions de santé ainsi créé en lieu et place de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé répond à cette nécessité de consolider davantage le processus d'identification des besoins et de programmation pluriannuelle du nombre de professionnels à former. Il importe de passer d'une logique descendante de définition des besoins par les ARS à une logique ascendante depuis les territoires infra régionaux. **En cohérence avec la volonté de départementaliser davantage les politiques de santé, la commission accueille également favorablement le remplacement des observatoires régionaux par les offices départementaux qui seront chargés d'identifier les besoins en profession de santé sur le territoire.** Il reviendra notamment à ces offices de définir des indicateurs qui permettent de mesurer des résultats concrets en matière d'amélioration d'accès aux soins et d'évolution des besoins de santé.

La rapporteure souligne que **cette évaluation des besoins issue des territoires doit nécessairement être accompagnée d'une réflexion sur la répartition sur le territoire de l'offre de formation en santé.** L'un des principaux leviers pour répondre aux besoins en santé reste la capacité de formation des universités. En effet, si le professionnel, une fois formé, reste libre de son choix d'installation, les études montrent que 72 % des médecins généralistes et 69 % des spécialistes décident de s'installer là où ils ont suivi leur troisième cycle de formation¹. Les capacités de formation des universités et surtout leur implantation territoriale constituent donc l'indispensable deuxième pilier de l'amélioration de la répartition territoriale des professionnels de santé.

Dans ce cadre, la qualité du lien et des échanges entre l'université, la région, notamment pour les formations de personnel non médical, et l'office départemental sera un élément clé du succès de cette nouvelle organisation territoriale. À ce titre, les récentes annonces du Gouvernement annonçant un objectif d'ouverture d'une offre de formation de première année de médecine dans chaque département est à saluer. Toutefois, si cela permet de diversifier l'origine géographique des étudiants, l'effort doit également être porté sur la multiplication des offres de formation du troisième cycle et de stage, seules à même d'assurer une amélioration de l'implantation territoriale des professionnels de santé.

De manière générale, **la commission estime que les travaux de ces instances permettront d'améliorer la définition des besoins en professions de santé dans les territoires** et d'enrichir le travail des conseils territoriaux de santé dans l'élaboration de leurs priorités d'action.

¹ Cour des comptes, L'accès aux études de santé, décembre 2024.

La commission a adopté **plusieurs amendements visant à assurer une meilleure concertation entre les acteurs et la prise en compte des besoins des territoires** dans leur diversité.

En premier lieu, la rapporteure a souhaité renforcer le rôle des offices départementaux dans la détermination des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins, ou « zones sous-denses », et des zones dans lesquelles le niveau de l'offre de soins est particulièrement élevé prévues à l'article L. 1434-4 du code de la santé publique¹.

Ainsi, la commission a adopté **deux amendements identiques** (COM-4 et COM-45) présentés par la rapporteure et par le rapporteur pour avis qui prévoient que le directeur de l'agence régionale de santé détermine ces zones **après avis conforme des offices départementaux concernés**. Par ailleurs, ils fixent **une révision annuelle de ce zonage** afin d'assurer une **plus grande réactivité entre ce dernier et les besoins de santé identifiés sur le territoire**.

Afin d'assurer une meilleure intégration de ces offices dans la gouvernance territoriale, ces amendements précisent, d'une part, que les offices départementaux consultent les représentants des communes et leurs groupements dans le cadre de la définition des besoins en santé et, d'autre part, que les diagnostics territoriaux de santé définis à l'article L. 1434-10 prennent en compte les prévisions d'évolution des besoins en professions de santé définies par les offices départementaux.

Ces amendements permettent **de renverser la logique de construction du zonage en mettant en œuvre une réelle prise en compte des besoins identifiés par les offices sur les territoires**.

La commission a également adopté trois autres amendements présentés par la rapporteure :

L'amendement **COM-6** élargit le champ des acteurs auprès desquels l'office national et ses déclinaisons départementales peuvent solliciter les éléments nécessaires à leur fonctionnement en y ajoutant notamment les collectivités territoriales et leurs établissements publics concernés.

Un amendement rédactionnel **COM-7** assure la prise en compte des propositions du nouvel office national dans la détermination des objectifs nationaux pluriannuels mentionnés à l'article L. 631-1 du code de l'éducation.

Enfin, l'amendement **COM-5** vise à rendre public le bilan annuel des besoins identifiés en profession de santé établi par l'office national. Le même amendement supprime, par cohérence, la remise de ce bilan annuel sous la forme d'un rapport au Parlement.

¹ Voir commentaire de l'article 3 de la présente proposition de loi.

Par ailleurs, la commission a également adopté un amendement COM-27 présenté par Mme Laurence Muller-Bronn prévoyant la représentation de l'ensemble des départements de la région au conseil d'administration de l'agence régionale de santé.

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 2

Associer les élus au pilotage de la politique de santé

Cet article prévoit la création d'un comité de pilotage de l'accès aux soins comprenant les principaux acteurs de l'offre de soins et des représentants des collectivités territoriales.

La commission a adopté cet article modifié par un amendement proposé par la rapporteure.

I – Le dispositif proposé

A. La définition de la politique nationale de santé relève de la responsabilité de l'État

En France, la politique de santé incombe à l'État. Deux motifs principaux semblent justifier cette compétence quasi-exclusive :

- historiquement, face aux grandes épidémies, l'État a été amené à prendre de plus en plus de compétences dans la gestion des crises de santé publique en lieu et place des communes qui, les premières, s'étaient emparées de cette compétence alors plus sanitaire ;

- juridiquement, le droit à la protection de la santé est reconnu depuis 2012 comme un objectif à valeur constitutionnelle¹ qui implique l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et justifie que l'État, garant de l'égalité et de la solidarité sur l'ensemble du territoire, exerce la responsabilité en matière de santé publique.

Alors même que l'article L. 1110-1 qui ouvre le code de la santé publique prévoit que « les collectivités territoriales et leurs groupements, dans le champ de leurs compétences respectives fixées par la loi » contribuent « 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 », ces dernières apparaissent **comme exclues de la définition de la politique de santé de la Nation.**

¹ Décision n° 2012-248 QPC du 16 mai 2012.

Les objectifs transversaux de la politique nationale de santé et ses principes directeurs sont définis à l'article L. 1411-1 du code de la santé publique. Cet article énonce la finalité générale de la politique de santé qui relève de la responsabilité de l'État et ses domaines d'action, parmi lesquels figurent « *la réduction des inégalités sociales et territoriales* » et « *l'accès effectif de la population à la prévention et aux soins* ».

L'article L. 1411-1-1 du même code rassemble l'ensemble des dispositions relatives à la méthode d'élaboration et de suivi de cette politique. Cet article précise que la politique de santé est conduite dans le cadre d'une stratégie nationale de santé définie par le Gouvernement. Cette stratégie détermine, de manière pluriannuelle et pour une durée qui ne peut être supérieure à 10 ans¹, des domaines d'action prioritaires et des objectifs d'amélioration de la santé et de la protection sociale contre la maladie. Préalablement à son adoption ou à sa révision, le Gouvernement procède à une consultation publique sur les objectifs et les priorités du projet de stratégie nationale de santé.

L'article L. 1411-3 enfin prévoit quant à lui que la Conférence nationale de santé est consultée par le Gouvernement lors de l'élaboration de la stratégie nationale de santé. Cette **conférence constitue aujourd'hui la seule instance consultative au travers de laquelle les élus locaux peuvent être entendus dans le cadre de l'élaboration de la stratégie nationale de santé.**

Dans un rapport de 2021, M. Philippe Mouiller et Mme Patricia Schillinger estimaient à ce titre, « *souhaitable d'inscrire dans la loi que si la politique visant à garantir l'accès territorial aux soins relève bien de l'État, cette politique nationale ne peut être menée qu'en étroite concertation avec les élus locaux.* »²

En effet, les inégalités dans l'accès aux soins persistantes sur notre territoire montrent que l'État n'arrive pas à répondre à cet objectif. Si bien que, selon le rapport précité de la délégation aux collectivités territoriales, « *un fossé s'est creusé, au fil des ans, entre le droit et le fait : censé, en principe, garantir à tous les citoyens un égal accès aux soins, notre système de santé n'a pourtant pas empêché le développement des inégalités territoriales d'accès aux soins, en termes de qualité, de proximité, de diversité et de délais* ».

¹ Article R. 1411-1 du code de la santé publique.

² Les collectivités à l'épreuve des déserts médicaux : l'innovation territoriale en action, rapport n° 63 (2021-2022) de la délégation sénatoriale aux collectivités territoriales, 14 octobre 2021.

B. Créer un comité de pilotage comprenant les principaux acteurs de l'offre de soins et des représentants des collectivités locales afin d'assurer la prise en compte des besoins spécifiques à certains territoires

Le présent article crée un nouvel article L. 1411-1-3 au sein du code de la santé publique instituant un comité de pilotage de l'accès aux soins réunissant les directeurs d'administration central concernés, le directeur de l'Union nationale des caisses d'assurances maladie ainsi que des représentants des collectivités territoriales.

Dans le cadre de la définition de la stratégie nationale de santé, ce comité de pilotage serait chargé de proposer des actions « *de déclinaison territoriale de la politique de santé permettant la prise en compte des besoins spécifiques à certains territoires* ».

Il serait aussi consulté par le Gouvernement pour la définition des « *objectifs prioritaires en matière d'accès aux soins* », ainsi que lors de l'élaboration et du suivi des politiques destinées à réduire « *les inégalités sociales et territoriales en la matière* ».

II – La position de la commission

La commission accueille **favorablement la volonté de renforcer la présence des élus locaux dans la définition de la stratégie nationale en santé** concernant notamment la question de l'accès aux soins et des adaptations nécessaires aux réalités territoriales.

Elle souligne l'intérêt de la création d'un nouvel article spécifique visant à identifier, d'une part, la création du comité de pilotage et, d'autre part, de ne pas alourdir la rédaction des articles L. 1411-1 et L. 1411-1-1 du code de la santé publique, qui définissent les objectifs de la politique de santé de la Nation et doivent à ce titre conserver la rédaction la plus large possible.

Sur proposition de la rapporteure, la commission a adopté un amendement visant à renforcer les missions du comité de pilotage de l'accès aux soins, afin que celui-ci soit également consulté lors des révisions de la stratégie nationale de santé. Par ailleurs, il intègre des représentants des intercommunalités dans la composition de ce comité de pilotage (**amendement COM-8**).

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 3
**Encadrement de l'installation des médecins
dans les zones les mieux dotées**

Cet article vise à conditionner l'installation de médecins généralistes dans des zones où l'offre de soins est particulièrement élevée à un engagement de leur part à exercer à temps partiel en zone « sous-dense ». Il conditionne également l'installation de médecins spécialistes dans des zones où l'offre de soins est particulièrement élevée à la cessation concomitante d'activité d'un médecin de la même spécialité, à un engagement d'exercice à temps partiel en zone « sous-dense » ou à une décision du directeur général de l'agence régionale de santé motivée par la nécessité de cette installation pour maintenir l'accès aux soins dans le territoire.

La commission a adopté cet article modifié par un amendement de sa rapporteure.

I – Le dispositif proposé

A. La liberté d'installation des professionnels de santé libéraux

1. Le principe de liberté d'installation des médecins figure parmi les principales libertés médicales consacrées par la loi

- La liberté d'installation, consacrée de longue date par la loi, fait partie des **grands principes structurant, en France, la médecine libérale**.

Après la Première Guerre mondiale et à la suite du retour de l'Alsace-Moselle dans la République, la crainte de l'avènement d'une « médecine de caisse » par l'extension des lois bismarckiennes conduit les syndicats de médecins à élaborer et adopter, en 1927, une « **charte de la médecine libérale** ». Celle-ci défend les principes de libre choix du médecin par le patient, de liberté de prescription, de liberté d'installation et de fixation des honoraires, de respect du secret médical et de paiement direct par les malades¹.

Ces grands principes seront **consacrés dès 1930² par le législateur**, puis repris dans une loi de 1971 relative aux rapports entre les caisses d'assurance maladie et les praticiens et auxiliaires médicaux³.

¹ Voir notamment Didier Tabuteau, Pouvoirs publics et professions de santé, Les Tribunes de la santé, 2010, n° 26.

² Loi du 30 avril 1930 modifiant et complétant la loi du 5 avril 1928 sur les assurances sociales.

³ Loi n° 71-525 du 3 juillet 1971 relative aux rapports entre les caisses d'assurance maladie et les praticiens et auxiliaires médicaux.

Ces dispositions, portées aujourd'hui encore par le code de la sécurité sociale, font de la liberté d'installation l'un des « **principes déontologiques fondamentaux** », aux côtés du libre choix du médecin par le malade, de la liberté de prescription, du secret professionnel et du paiement direct des honoraires par le malade¹.

- Bien que fondamentaux, ces principes sont toutefois de **nature différente et peuvent être aménagés**.

Le vice-président du Conseil d'État observe ainsi, dans un article récent, que la liberté thérapeutique et le secret professionnel « *constituent des libertés médicales essentielles mais également des garanties pour les droits des personnes* ». Les autres principes consacrés par la loi de 1971 semblent, selon lui, « *d'avantage inspirés par des préoccupations de gestion du système de santé*. »²

Surtout, la plupart de ces principes connaissent **d'importants tempéraments législatifs et réglementaires**.

Malgré la liberté reconnue en la matière aux médecins, certains médicaments sont, d'abord, **soumis à des conditions restrictives de prescription**. Il en va ainsi, notamment, des médicaments réservés à l'usage hospitalier³, des médicaments soumis à prescription hospitalière⁴ ou à prescription initiale hospitalière⁵ et des médicaments ne pouvant être prescrits que par des médecins de certaines spécialités⁶. La liberté de prescription reconnue aux médecins n'a pas davantage fait obstacle à l'adoption récente de dispositions conditionnant la prise en charge par l'assurance maladie de certains produits de santé, actes ou transports sanitaires au renseignement d'un document confirmant que la prescription respecte les indications remboursables⁷.

Le principe du paiement direct des honoraires par le malade est, de la même manière, fortement tempéré par le **développement du tiers payant**. Saisi de la loi ayant visé à généraliser le tiers payant en ville⁸, le Conseil constitutionnel a d'ailleurs jugé que les dispositions du code de la sécurité sociale consacrant le paiement direct des honoraires n'étaient « *imposées par aucune exigence constitutionnelle* » et qu'il était loisible, en conséquence, au législateur de les modifier, de les abroger ou d'y introduire une dérogation⁹.

¹ Article L. 162-2 du code de la sécurité sociale.

² Didier Tabuteau, Les libertés médicales et l'organisation des soins en France, Titre VII, n° 11, octobre 2023.

³ Article R. 5121-83 du code de la santé publique.

⁴ Article R. 5121-85 du code de la santé publique.

⁵ Article R. 5121-88 du code de la santé publique.

⁶ Article R. 5121-91 du code de la santé publique.

⁷ Article 48 de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025.

⁸ Article 83 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

⁹ Décision du Conseil constitutionnel n° 2015-727 DC du 21 janvier 2016, considérant n° 50.

- Si **quelques limites législatives ou déontologiques** existent à la liberté d'installation des médecins, **aucune mesure contraignante n'a jusqu'à été adoptée.**

Le code de déontologie médicale prévoit, ainsi, que le médecin doit disposer, au lieu de son exercice professionnel, d'une **installation convenable**, de locaux adéquats pour permettre le respect du secret professionnel et de moyens techniques suffisants en rapport avec la nature des actes qu'il pratique et de la population qu'il prend en charge. Il ne doit pas exercer sa profession dans des conditions qui puissent compromettre la qualité des soins et des actes médicaux ou la sécurité des personnes examinées¹.

D'autres principes déontologiques visent à **prévenir les actes de concurrence déloyale**. Ainsi, un médecin ou un étudiant qui a remplacé l'un de ses confrères pendant trois mois, consécutifs ou non, ne doit pas, pendant une période de deux ans, s'installer dans un cabinet où il puisse entrer en concurrence directe avec le médecin remplacé ou ses associés, sauf en cas d'accord notifié au conseil départemental de l'ordre². Un médecin ne doit pas non plus s'installer dans un immeuble où exerce un confrère de la même discipline sans l'accord de celui-ci ou sans l'autorisation du conseil départemental de l'ordre³.

Le médecin est, enfin, contraint à **diverses formalités lors de son installation** destinées à :

- déclarer son activité et facturer les actes réalisés à sa caisse de rattachement⁴ ;
- permettre son inscription au tableau tenu par le conseil départemental de l'ordre⁵.

Au-delà de ces règles peu contraignantes, les médecins **conservent la liberté de choisir leur lieu d'installation**. Aucune disposition législative ou conventionnelle ne leur fait obligation de s'installer dans certains territoires, ou interdiction de s'installer dans d'autres.

2. Une liberté progressivement aménagée pour les autres professions de santé

L'installation d'autres professions de santé exerçant en libéral apparaît, à l'inverse, **fortement encadrée par des dispositions législatives ou conventionnelles**.

¹ Article R. 4127-71 du code de la santé publique.

² Article R. 4127-86 du code de la santé publique.

³ Article R. 4127-90 du code de la santé publique.

⁴ Article 9-1 de la convention médicale de 2024.

⁵ Article L. 4112-1 du code de la santé publique.

- Tel est le cas, d'abord, des **professions paramédicales**.

L'installation des **infirmiers** est, ainsi, encadrée par leur convention nationale. Depuis 2008¹, d'abord sous forme expérimentale puis de manière pérenne², la profession fait l'objet de mesures de régulation démographique. Le conventionnement d'un infirmier libéral souhaitant s'installer dans une zone sur-dotée ne peut, ainsi, être accordé que s'il est désigné par un confrère cessant définitivement son activité dans la même zone³. Les zones sur-dotées correspondent, en application de la convention infirmière, aux bassins de vie rassemblant 28,4 % de la population française totale pour lesquels l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL)⁴ est le plus élevé⁵. La convention porte également des mesures d'encadrement de l'activité de certains infirmiers : ceux s'installant dans une « zone intermédiaire » ou « très dotée » située en périphérie d'une zone sur-dotée doivent réaliser deux tiers de leur activité dans leur zone d'installation⁶.

Les **masseurs-kinésithérapeutes** font également l'objet de mesures de régulation démographique depuis 2018⁷. Dans les zones dites « non prioritaires », au sein desquelles l'indicateur APL est le plus élevé, le conventionnement ne peut être accordé qu'au bénéfice d'un masseur-kinésithérapeute assurant la succession d'un confrère de la zone considérée cessant définitivement son activité⁸. Les zones non prioritaires ont été étendues par voie d'avenant en 2023⁹ et regroupent désormais 30 % de la population¹⁰.

¹ Arrêté du 17 octobre 2008 portant approbation de l'avenant n° 1 à la convention nationale des infirmières et infirmiers libéraux.

² Arrêté du 25 novembre 2011 portant approbation de l'avenant n° 3 à la convention nationale des infirmières et infirmiers libéraux.

³ Article 3.4 de la convention infirmière.

⁴ Conçu par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) des ministères sociaux et par l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes), l'indicateur APL exprime, pour une commune ou un bassin de vie, le nombre standardisé de consultations ou visites accessibles par habitant et par année. Il prend en compte, notamment, la proximité des professionnels de santé, une estimation de leur activité et les besoins de soins de la population locale en fonction de son âge.

⁵ Article 3.2.1 de la convention infirmière.

⁶ Article 3.4.4 de la convention infirmière.

⁷ Avis du 8 février 2018 relatif à l'avenant n° 5 à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes, signée le 3 avril 2007 et tacitement renouvelée.

⁸ Article 1.2 de la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes.

⁹ Avenant 7 à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes, conclu le 13 juillet 2023 et entré en vigueur le 22 août 2023, suite à l'expiration du délai d'approbation ministérielle.

¹⁰ Article 1.1 de la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes.

- **L'ouverture de pharmacies d'officine** est, par ailleurs, étroitement régulée par la loi.

L'ouverture d'une nouvelle officine par transfert ou regroupement ne peut, ainsi, être autorisée par le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) que si celle-ci :

- respecte des seuils géo-démographiques, fondés sur la population communale¹ ;

- permet une desserte en médicaments optimale² et ne compromet pas l'approvisionnement nécessaire en médicaments de la population résidente du quartier, de la commune ou des communes d'origine³.

L'ouverture d'une officine par voie de création est soumise à ces mêmes critères, qui doivent être remplis depuis deux ans à compter du dernier recensement sans qu'une autorisation d'ouverture par voie de transfert ou de regroupement ne soit intervenue dans ce délai. L'ouverture est alors réservée aux zones franches urbaines, quartiers prioritaires de la ville et zones de revitalisation rurale⁴.

- Certaines **professions médicales** font, enfin, également l'objet de mesures de régulation démographique.

Tel est le cas, d'abord, des **sages-femmes** depuis la signature d'un avenant à leur convention en 2018⁵. Dans les zones sur-dotées, regroupant 12,5 % de la population féminine française totale⁶, le conventionnement n'est accordé à une sage-femme que si une autre sage-femme a préalablement mis fin à son activité conventionnée dans la même zone⁷. Ce dispositif ne s'applique pas aux sages-femmes qui ont une activité quasi-exclusive en échographie⁸.

Enfin, les **chirurgiens-dentistes** ont récemment accepté d'intégrer à leur convention nationale un tel dispositif de régulation des installations. La nouvelle convention nationale de l'été 2023⁹ porte, ainsi, un dispositif de « gestion partagée du conventionnement », entré en vigueur le 1^{er} janvier 2025. Dans les « zones non prioritaires » regroupant les 5 % de la population française pour lesquels l'APL est le plus élevé¹⁰, le conventionnement ne peut désormais être accordé qu'au bénéfice d'un chirurgien-dentiste libéral désigné

¹ Article L. 5125-4 du code de la santé publique.

² Article L. 5125-3-2 du code de la santé publique.

³ Article L. 5125-3 du code de la santé publique.

⁴ Ibid.

⁵ Avis du 10 août 2018 relatif à l'avenant n° 4 à la convention nationale des sages-femmes, signée le 11 octobre 2007 et tacitement renouvelée.

⁶ Article 3.1.1 de la convention nationale des sages-femmes.

⁷ Article 3.3.2 de la convention nationale des sages-femmes.

⁸ Article 3.3.1 de la convention nationale des sages-femmes.

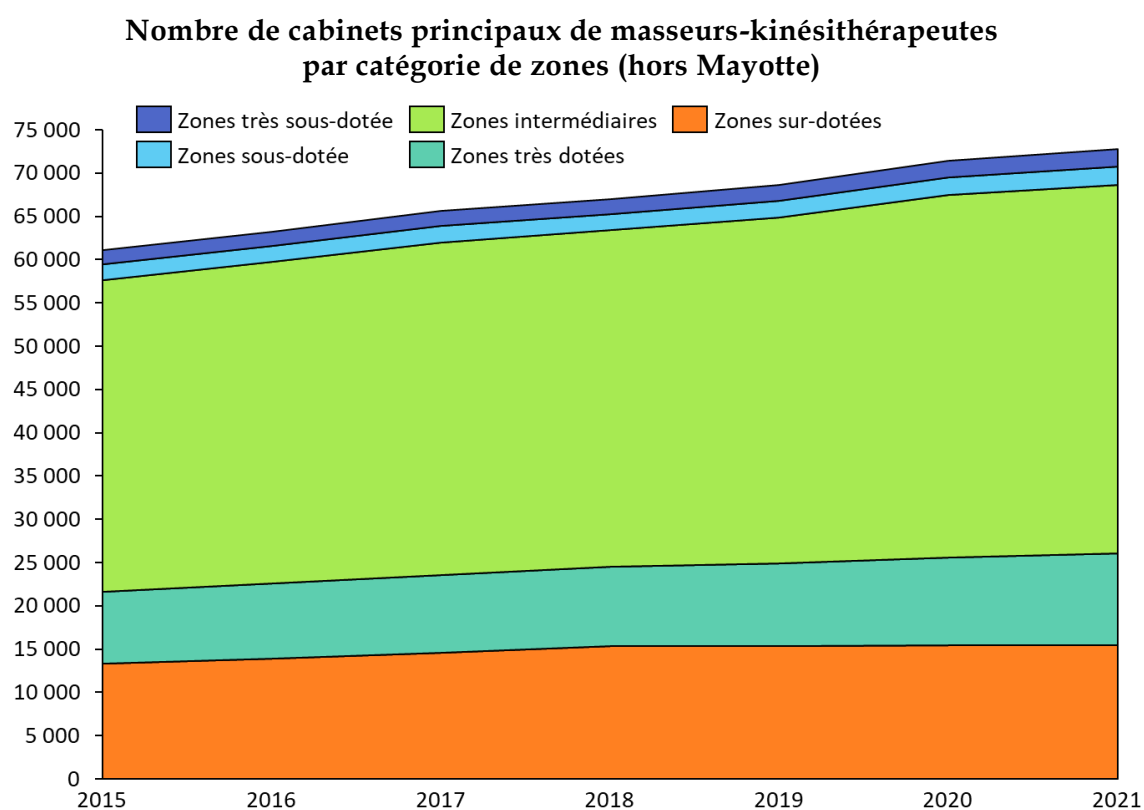
⁹ Arrêté du 23 août 2023 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie.

¹⁰ Article 33.1 de la convention nationale des chirurgiens-dentistes.

comme assurant la succession d'un professionnel cessant définitivement son activité dans la zone. Ce dernier dispose d'un délai d'un an pour désigner son successeur. Passé ce délai, le conventionnement est attribué par une commission paritaire départementale¹.

• **L'efficacité de ces mesures sur la répartition territoriale des professionnels de santé** est documentée, mais semble **dépendre de nombreux paramètres**.

La Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam), qui porte la majorité des dispositifs de régulation démographique existants par la voie conventionnelle, observait ainsi, en 2023, que ces dispositifs permettaient « *effectivement de stabiliser les effectifs dans les zones sur-denses, comme le montre l'exemple des masseurs-kinésithérapeutes* »². En effet, la régulation des installations dans les zones les mieux dotées, mise en place pour cette profession en 2019, a permis de freiner une progression auparavant dynamique des effectifs dans ces zones.



Source : Commission des affaires sociales du Sénat, d'après des données Cnam (2023)

¹ Article 35 de la convention nationale des chirurgiens-dentistes.

² Cnam, Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'assurance maladie pour 2024, juillet 2023, p. 148.

L'**adaptation régulière du zonage** aux tendances démographiques observées apparaît, toutefois, nécessaire. Dans un rapport de 2023, la Cnam observait ainsi, pour les masseurs-kinésithérapeutes, que les zones « très dotées », souvent périphériques des zones « sur-dotées » faisant l'objet d'une régulation, présentaient une « *très forte dynamique* » démographique. Soulignant que cette tendance risquait de conduire « *rapidement à une densité plus élevée dans les zones très dotées que les zones sur-dotées* », la Cnam a invité les partenaires conventionnels à redéfinir le zonage applicable pour étendre le champ de la régulation¹.

Surtout, les **périmètres des dispositifs de régulation mis en place apparaissent inégaux**. Les zones régulées pour les chirurgiens-dentistes ne rassemblent que 5 % de la population nationale, contre 28,4 % pour les infirmiers et 30 %, désormais, pour les masseurs-kinésithérapeutes. Les critères géo-démographiques conditionnant l'ouverture de pharmacies d'officine sont, quant à eux, applicables sur l'ensemble du territoire national².

Enfin, dans une **méta-analyse de décembre 2021**, la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) des ministères sociaux estimait, sur la base d'exemples étrangers de régulation de l'installation des médecins, que ceux-ci « *vont plutôt, globalement, dans le sens d'un impact positif d'une politique de régulation des installations sur l'équité de la distribution géographique* » appréciée, le plus souvent, à un niveau régional relativement large. En revanche, à maille plus fine, ces politiques ne semblent pas toujours permettre d'éviter l'apparition de pénuries localisées dans des zones peu attractives³.

B. En l'absence de contrainte, des dispositifs incitatifs à l'efficacité incertaine sur les inégalités de densité médicale

1. Les dispositifs visant à orienter l'installation des médecins

En l'absence de mécanisme de régulation des installations, de **nombreux dispositifs incitatifs** ont été mis en place pour orienter l'installation des médecins vers les zones présentant la densité médicale la plus faible.

- Plusieurs **dispositifs portés par l'État** visent, ainsi, à inciter étudiants et jeunes diplômés à exercer en zone sous-dense.

Le **contrat d'engagement de service public (CESP)**, accessible aux étudiants de médecine, de maïeutique, d'odontologie et de pharmacie, ainsi qu'aux praticiens à diplôme hors Union européenne (Padhue) ayant réussi les épreuves de vérification des connaissances (EVC), leur permet de bénéficier d'une allocation mensuelle de 1 200 euros en sus des rémunérations

¹ Cnam, Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'assurance maladie pour 2024, juillet 2023, p. 148.

² Voir supra.

³ Drees, Remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques. Les leçons de la littérature internationale, n° 89, décembre 2021, p. 41.

auxquelles ils peuvent prétendre dans le cadre de leur formation. En contrepartie, les signataires s'engagent :

- à exercer leurs fonctions à titre libéral ou salarié, à compter de la fin de leur formation, dans l'un des lieux, situés en zone sous-dense, figurant sur une liste nationale, pour une durée égale à celle durant laquelle ils ont perçu l'allocation et ne pouvant être inférieure à deux ans ;

- à appliquer, en libéral, les tarifs conventionnels sans dépassement¹.

Les médecins volontaires non installés ou exerçant depuis moins d'un an peuvent également conclure avec l'ARS un **contrat de début d'exercice**, en contrepartie d'un engagement à exercer, pendant trois ans, dans une zone sous-dense – ZIP ou ZAC – ou à moins de dix kilomètres d'une telle zone. Les médecins souscripteurs s'engagent également à respecter les tarifs opposables. Le contrat de début d'exercice donne accès à une garantie de revenus, à un accompagnement à l'installation et à une protection sociale renforcée².

- L'assurance maladie porte, par ailleurs, un certain nombre de **dispositifs conventionnels**, récemment rénovés.

Ces dispositifs visent à favoriser **l'installation ou l'exercice à temps partiel dans les zones « sous-denses »**. Ils sont, le plus souvent, concentrés sur les « zones d'intervention prioritaire » qui, parmi elles, présentent la plus faible densité médicale.

Le zonage applicable aux médecins

En application du code de la santé publique, le directeur général de l'ARS détermine tous les deux ans :

- les **zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins**, dites « sous-denses », pour les professions et spécialités pour lesquelles des dispositifs d'aide conventionnels sont prévus ;

- les **zones dans lesquelles le niveau de l'offre de soins est particulièrement élevé**, dites « sur-denses », pour les professions pour lesquelles des dispositifs de régulation démographique ont été mis en place par voie conventionnelle³.

Les indicateurs et seuils applicables à l'identification des zones sous-denses sont fixés par arrêté. La méthodologie applicable à l'identification des zones « sur-denses » est, en revanche, déterminée par voie conventionnelle⁴.

La convention médicale ne prévoyant pas de dispositif de régulation des installations, seules les zones « sous-denses » sont identifiées pour les médecins.

¹ Articles L. 632-6 et R. 631-24 et suivants du code de l'éducation.

² Articles L. 1435-4-2 et R. 1435-9-1 et suivants du code de la santé publique.

³ Article L. 1434-4 du code de la santé publique.

⁴ Article R. 1434-41 du code de la santé publique.

Les zones sous-denses sont identifiées sur la base de l'indicateur APL parmi les territoires de vie-santé. Elles sont, pour les médecins, divisées en deux catégories :

- les **zones d'intervention prioritaire (ZIP)**, constituées des territoires les plus en tension rassemblant 30,2 % de la population nationale ;
- les **zones d'accompagnement complémentaire (ZAC)**, constituées des territoires en tension mais à un niveau moins important, rassemblant 42 % de la population nationale.

L'identification, dans chaque région, des ZIP et ZAC est effectuée par le directeur général de l'ARS dans le respect de **quotas démographiques régionaux prévus par arrêté**. Celui-ci peut suivre le classement des territoires de vie-santé par APL observée, ou retenir un classement différent pour tenir compte, notamment, de la géographie ou d'autres indicateurs complémentaires¹.

En remplacement des anciens « contrats démographiques »², la convention médicale de 2024 prévoit, d'abord, la mise en place d'**aides ponctuelles à l'installation** à compter du 1^{er} janvier 2026. Ces aides s'élèveront :

- à 10 000 euros pour une primo-installation dans les zones d'intervention prioritaires (ZIP)³ ;
- à 5 000 euros pour une primo-installation en zone d'accompagnement complémentaire (ZAC)⁴ ;
- à 3 000 euros, enfin, dans le cas où le médecin ouvre un cabinet secondaire en ZIP⁵.

La nouvelle convention médicale prévoit, par ailleurs, une **majoration de la partie socle du forfait médecin traitant** applicable aux médecins installés dans une ZIP. Celle-ci s'élève à 10 % de la partie socle⁶ et peut être augmentée jusqu'à 50 %, la première année, dans le cas d'une primo-installation⁷.

¹ Arrêté du 13 novembre 2017 relatif à la méthodologie applicable à la profession de médecin pour la détermination des zones prévues au 1^o de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique.

² Contrat d'aide à l'installation des médecins (CAIM), contrat de stabilisation et de coordinations des médecins (Coscom), contrat de transition (Cotram) et contrat de solidarité territoriale médecin (CSTM).

³ Article 26-2 de la convention médicale de 2024.

⁴ Article 26-3 de la convention médicale de 2024.

⁵ Article 26-4 de la convention médicale de 2024.

⁶ Article 24-1 de la convention médicale de 2024.

⁷ Article 24-2 de la convention médicale de 2024.

Enfin, la convention vise à inciter les médecins à la **réalisation de consultations avancées dans les ZIP**. Une aide de 200 euros par demi-journée, dans la limite de six demi-journées par mois, est ainsi prévue. Les médecins exerçant en secteur 2 et n'adhérant pas aux contrats conventionnels de modération tarifaire doivent, pour en bénéficier, réaliser leurs consultations avancées à tarifs opposables¹.

- Enfin, les **collectivités territoriales** portent elles-mêmes divers dispositifs d'aide.

Aux termes du code général des collectivités territoriales (CGCT), elles sont autorisées à attribuer des **aides destinées à favoriser l'installation ou le maintien de professionnels de santé** ou de centres de santé dans les zones sous-denses définies par les ARS. Celles-ci peuvent être subordonnées à des modes d'exercice de groupe ou pluriprofessionnels destinés à améliorer la continuité et la qualité des soins². Ces aides peuvent consister en :

- la prise en charge, partielle ou totale, des frais d'investissement et de fonctionnement liés à l'activité de soins ;
- la mise à disposition de locaux professionnels ou d'un logement ;
- le versement d'une prime d'installation ou d'exercice³.

Les collectivités territoriales peuvent également accorder des **indemnités de logement et de déplacement** aux étudiants de troisième cycle lorsqu'ils effectuent leurs stages dans des zones présentant un déficit en matière d'offre de soins. Initialement limitées aux étudiants en médecine générale, ces dispositions ont été étendues par la loi, en 2023, pour inclure également les étudiants de chirurgie-dentaire ou de toute autre spécialité⁴.

Enfin, une **indemnité d'étude et de projet professionnel** peut être attribuée par les collectivités territoriales à tout étudiant, inscrit en faculté de médecine ou de chirurgie dentaire, s'il s'engage à exercer en tant que médecin généraliste, spécialiste ou chirurgien-dentiste au moins cinq années dans une zone sous-dense⁵.

¹ Article 26-4 de la convention médicale de 2024.

² Article L. 1511-8 du code général des collectivités territoriales.

³ Article R. 1511-44 du code général des collectivités territoriales.

⁴ Article 21 de la loi n° 2023-1268 du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels.

⁵ Article L. 1511-8 du code général des collectivités territoriales.

2. Une efficacité incertaine, dans un contexte d'aggravation des inégalités territoriales

- **L'efficacité des nombreux dispositifs incitatifs** mis en place sur l'installation et l'activité des médecins **apparaît discutée.**

La **gestion éclatée de ces dispositifs** entre différents acteurs peut nuire à la cohérence d'ensemble et à l'efficacité des dépenses publiques engagées, ou favoriser un phénomène de « nomadisme médical » qui demeure toutefois peu documenté. Pour maîtriser ce risque, le législateur a, en 2023, prévu que certaines aides ne pourraient être octroyées aux professionnels de santé en ayant déjà bénéficié qu'à l'expiration d'un délai de dix ans. Cette mesure couvre notamment les aides à l'installation financées par les collectivités territoriales¹.

Dans sa méta-analyse de 2021 précitée, la Drees fait un **bilan mitigé** de l'efficacité des dispositifs incitatifs sur la base de nombreuses études internationales. Elle relève, d'abord, des résultats en demi-teinte pour les dispositifs de soutien financier aux étudiants en contrepartie d'engagements de service. Les médecins qui s'installent volontairement dans une région rurale sont, d'après les études, *« beaucoup plus susceptibles d'y rester longtemps que ceux qui s'y installent parce qu'ils se sont engagés à un service de contrepartie »*².

Plus largement, la Drees souligne l'**efficacité limitée des dispositifs d'incitation financière**. Selon elle, en France, *« un effet de levier non négligeable, mais qui reste modeste, a été obtenu au prix d'un coût élevé »*. À l'international, malgré l'absence d'étude précise et les débats entourant la question, il est possible, selon la Drees, d'affirmer que ces dispositifs *« n'ont pas, à eux seuls, permis de pourvoir de façon satisfaisante les zones en pénurie, et qu'ils ont été complétés au fil du temps par d'autres approches (obligations faites aux médecins diplômés à l'étranger, politiques de formation, régulation plus coercitive de l'installation, mesures de soutien...) »*³.

- En France, **les difficultés d'accès à un médecin en ville apparaissent importantes et inégalement réparties sur le territoire.**

Celles-ci s'inscrivent dans un **contexte général de tension démographique**. Si le nombre de médecins inscrits au tableau augmente depuis 2010, d'après le Conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom), la part des médecins généralistes et, surtout, la part des médecins en activité régulière en son sein ne cessent toutefois de diminuer. Entre 2010 et 2025, l'effectif des spécialistes exerçant en activité régulière aurait crû de plus de 12 %, quand celui des médecins généralistes aurait chuté de 13 %.

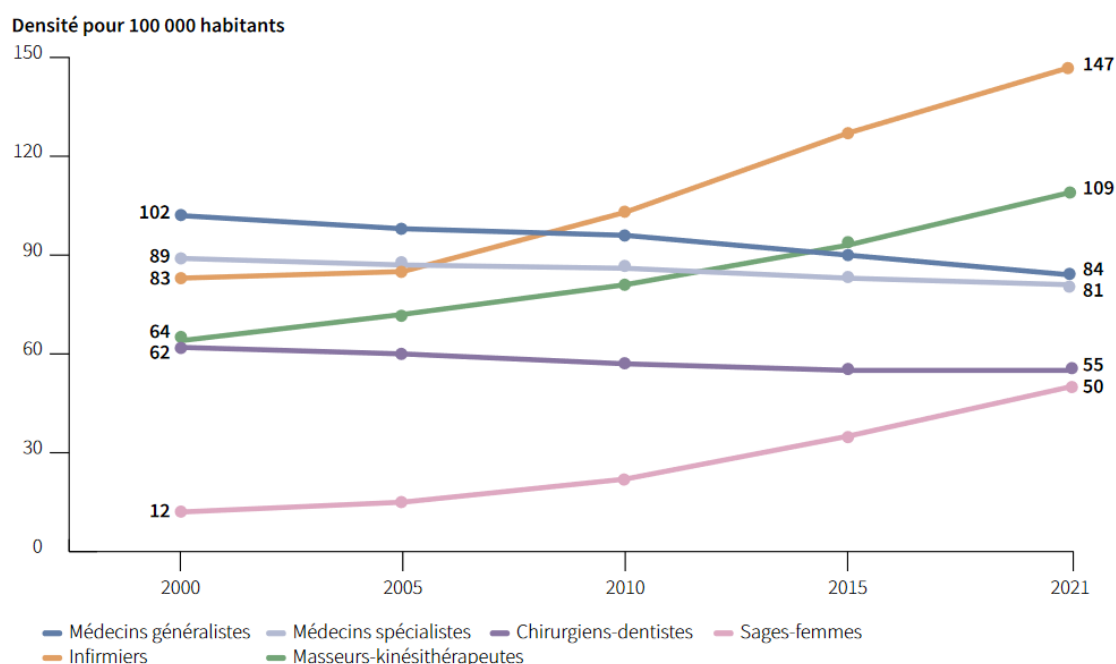
¹ Article 2 de la loi n° 2023-1268 du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels.

² Drees, Remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques. Les leçons de la littérature internationale, n° 89, décembre 2021, p. 30.

³ Ibid., p. 32.

La Cnam constate, de son côté, une **forte baisse de la densité des médecins libéraux**. Entre 2000 et 2021, celle-ci aurait diminué de 18 % pour les médecins généralistes et de 9 % pour les médecins spécialistes¹. D'après la Cour des comptes, la France aurait perdu, entre 2012 et 2022, 7 000 médecins généralistes libéraux et 2 000 médecins spécialistes pouvant être consultés en accès direct². Cette tendance contraste avec l'augmentation observée pour les autres professions.

Évolution de la densité des professionnels libéraux



Source : Caisse nationale d'assurance maladie (2022)

En outre, la répartition de ces professionnels sur le territoire national apparaît **fortement inégalitaire**. La densité départementale de médecins généralistes libéraux, en 2022, était ainsi inférieure à 60 dans les dix départements les moins bien dotés, quand elle était supérieure à 104 dans les dix départements les mieux dotés, soit un « rapport interdécile » d'1,7³. Ce rapport était encore plus inégalitaire pour les médecins spécialistes, puisqu'il s'élevait à 2,7 : les densités sont les plus élevées dans les grandes agglomérations, Paris comptant 654 spécialistes pour 100 000 habitants, quand les départements les moins denses, tels que la Meuse, comptent moins de 100 spécialistes pour 100 000 habitants⁴.

¹ Cnam, Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'Assurance Maladie pour 2023, juillet 2022.

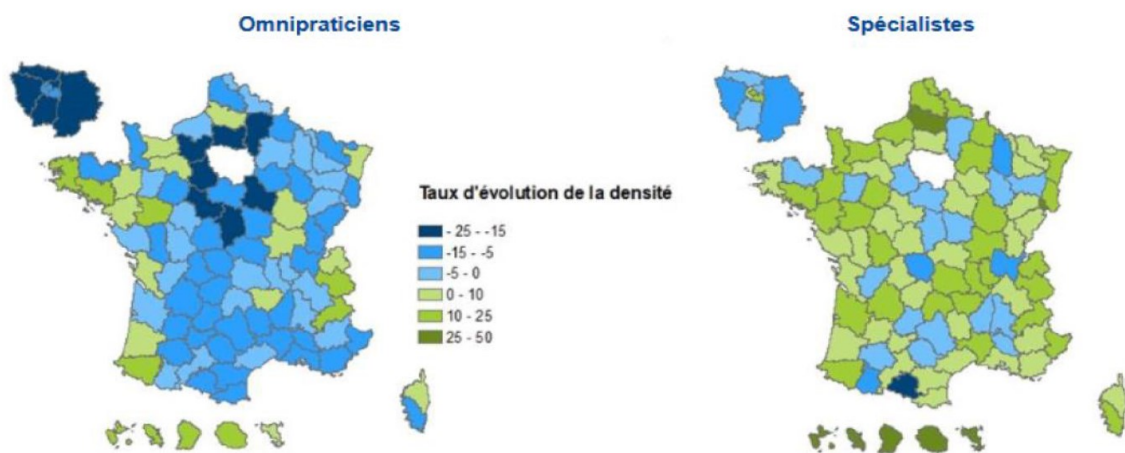
² Cour des comptes, Organisation territoriale des soins de premier recours, mai 2024, p. 24.

³ Cnam, Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'Assurance Maladie pour 2025, juillet 2024, p. 60.

⁴ Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale « Maladie » annexé au projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale pour 2023, p. 45.

Enfin, **ces inégalités tendent encore à s'aggraver** dans la période récente. Selon la Drees, les 10 % de la population les mieux dotés en médecins généralistes ont accès en moyenne à 5,6 consultations par an, tandis que les 10 % de la population les moins bien dotés ont accès en moyenne à 1,4 consultation. Le rapport entre ces deux chiffres, mesurant les inégalités d'accès aux médecins généralistes, aurait encore augmenté de 5 % entre 2022 et 2023¹. La Cour des comptes a, de la même manière, observé dans les années récentes une aggravation des inégalités d'accès aux médecins spécialistes : si leur densité moyenne est en hausse, elle continue de diminuer dans certains départements déjà sous-dotés, tels que l'Ariège et l'Ain².

Taux d'évolution de la densité de médecins par département entre 2012 et 2022



Source : Cour des comptes (2024)

C. L'article 3 vise à encadrer l'installation des médecins dans les zones sur-denses

Pour favoriser une répartition plus équitable des médecins sur le territoire, l'article 3 vise à encadrer les installations de médecins dans les zones les mieux dotées.

1. L'encadrement des installations dans les zones les mieux dotées

Pour ce faire, le 3° du I de l'article 3 insère, d'abord, un nouveau chapitre dans le code de la santé publique relatif aux conditions d'installation des médecins dans les zones les mieux dotées.

- Ce chapitre contiendrait, d'une part, un nouvel article L. 4131-8 relatif aux **conditions d'installation des médecins généralistes**.

¹ Drees, jeux de données « Accessibilité aux soins de premier recours en 2023 », publiés le 20 décembre 2024.

² Cour des comptes, Organisation territoriale des soins de premier recours, op. cit., p. 30.

L'installation d'un généraliste dans une zone dans laquelle le niveau de l'offre de soins est particulièrement élevé devrait être préalablement autorisée par le directeur général de l'ARS, après avis du conseil départemental de l'ordre des médecins (CDOM).

Cette autorisation ne pourrait être octroyée que lorsque le médecin s'engage à exercer à temps partiel dans une zone sous-dense identifiée par l'ARS. Le directeur général ne pourrait refuser ou retirer l'autorisation au médecin, après que ce dernier a été mis en mesure de présenter ses observations, que pour des motifs tenant à l'inexistence, à l'insuffisance ou à la méconnaissance de cet engagement.

La fixation des conditions d'application du présent article serait renvoyée à un décret en Conseil d'État. Ce dernier devrait notamment préciser :

- la durée mensuelle minimale et les modalités d'exercice à temps partiel dans une zone sous-dense ;
- les modalités de formalisation de l'engagement d'exercice à temps partiel du médecin généraliste et de contrôle de son respect ;
- les conditions dans lesquelles le directeur général de l'ARS peut retirer l'autorisation d'installation, en cas de méconnaissance de l'engagement pris par le médecin.

• Un nouvel article L. 4131-9 serait, d'autre part, inséré dans le même chapitre et fixerait les **conditions d'installation des médecins spécialistes**.

L'installation d'un spécialiste dans une zone dans laquelle le niveau de l'offre de soins est particulièrement élevé serait préalablement autorisée par le directeur général de l'ARS, après avis du CDOM.

Cette autorisation serait conditionnée à la cessation concomitante d'activité d'un médecin de la même spécialité exerçant dans la même zone. Elle pourrait également être accordée :

- lorsque le médecin spécialiste s'engage à exercer à temps partiel en zone sous-dense ;
- ou, à titre exceptionnel et sur décision motivée du directeur général de l'ARS, lorsque l'installation est nécessaire pour maintenir l'accès aux soins dans le territoire.

Lorsque l'autorisation est octroyée sur le fondement d'un engagement d'exercice à temps partiel, elle peut être retirée par le directeur général de l'ARS, après que le médecin a été mis en mesure de présenter ses observations, en cas de méconnaissance par ce dernier de l'engagement pris.

Les conditions d'application du présent article sont renvoyées à un décret en Conseil d'État. Celui-ci serait notamment chargé de prévoir :

- les modalités d'identification du médecin spécialiste autorisé à s'installer, lors de la cessation d'activité d'un médecin de la même spécialité dans la même zone ;
- la durée mensuelle minimale et les modalités d'exercice à temps partiel en zone sous-dense ;
- les modalités de formalisation de l'engagement d'exercice à temps partiel et de contrôle de son respect ;
- les conditions de retrait de l'autorisation, en cas de méconnaissance de l'engagement pris.

2. Les mesures nécessaires à l'application du dispositif

- Pour permettre l'application de ce dispositif le **2° du I** complète les dispositions de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique relatives au zonage déterminé par l'ARS.

Le **a du 2°** vise à prévoir que les directeurs généraux des ARS devront déterminer les zones sous-denses pour l'ensemble des spécialités médicales dont l'installation peut être conditionnée à un engagement d'exercice à temps partiel en application des nouveaux articles L. 4131-8 et L. 4131-9.

Le **b du 2°** contraint les ARS à déterminer les zones dans lesquelles le niveau de l'offre de soins est particulièrement élevé, non seulement pour les professions faisant l'objet de mesures conventionnelles de régulation démographique, mais également pour l'ensemble des spécialités médicales dont l'installation est susceptible d'être préalablement autorisée par l'ARS en application des mêmes articles.

Le **c du 2°** ajoute les mesures portées par le présent article à la liste des mesures mises en œuvre pour réduire les inégalités en matière de santé et favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels, portée par l'article L. 1434-4 du code de la santé publique.

- Par ailleurs, le **2° du II de l'article 3** complète l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, relatif aux conventions médicales, pour prévoir que ces conventions devront déterminer les conditions et modalités de participation financière de l'assurance maladie aux frais et investissements engagés par les médecins afin de respecter leur engagement d'exercice à temps partiel en zone sous-dotée.

3. Les dispositions de coordination juridique et l'entrée en vigueur du dispositif

- L'article 3 porte deux dispositions de coordination juridique.

Le 1° du I de l'article vise à prévoir, d'abord, que la liberté d'installation mentionnée à l'article L. 1434-3 du code de la santé publique s'exerce, pour les médecins, dans les conditions prévues par les nouveaux articles L. 4131-8 et L. 4131-9 du même code.

Le 1° du II apporte une modification similaire aux dispositions de l'article L. 162-2 du code de la sécurité sociale, qui consacre la liberté d'installation parmi les « principes déontologiques fondamentaux » applicables aux médecins.

- Enfin, le III de l'article 3 prévoit que l'ensemble de ces dispositions entrent en vigueur à une date fixée par décret en Conseil d'État et, au plus tard, un an après la promulgation de la présente proposition de loi.

II - La position de la commission

- La commission des affaires sociales est **traditionnellement attachée aux libertés qui ont contribué à construire et structurent encore la médecine libérale**. Cette dernière occupe, en France, une place centrale au sein du système de santé. En conséquence, les politiques publiques visant à améliorer l'accès aux soins et réduire les inégalités territoriales constatées ne doivent pas décourager les médecins de s'installer en libéral ou d'exercer en ville.

Saisie d'amendements au projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2023 visant à réguler l'installation des médecins, la commission avait, à l'approche de la négociation d'une nouvelle convention médicale, appelé à les rejeter pour « *laisser les partenaires conventionnels s'emparer de ce sujet comme, plus largement, des questions d'accès aux soins (...) avant d'envisager de légiférer* »¹.

Un an et demi plus tard, **la commission juge les mesures conventionnelles prises insuffisamment ambitieuses** pour contenir, à elles seules, les inégalités d'accès aux médecins qui continuent de se creuser. Elles ne comprennent, en particulier, aucune mesure d'encadrement des installations ou des conventionnements comparable à celles acceptées par les autres professions médicales et paramédicales.

La commission considère que **les inégalités d'accès constatées et leur aggravation continue menacent d'abîmer le pacte républicain**. Attachée à l'attractivité de l'exercice libéral et au libre choix par le médecin de son lieu d'installation, elle juge toutefois, désormais, souhaitable que la loi encadre l'exercice de cette liberté, comme elle encadre l'exercice d'autres libertés traditionnellement reconnues aux médecins.

¹ Compte rendu intégral de la séance du 9 novembre 2022.

• En conséquence, la commission a **favorablement accueilli les dispositions du présent article.**

Elle observe, d'abord, que celles-ci **préservent la liberté d'installation.** Leur mise en œuvre ne conduira pas à contraindre certains médecins de s'installer dans un territoire donné ou, à l'inverse, à interdire l'installation de médecins dans d'autres. En revanche, les médecins généralistes et, en l'absence de départ concomitant, les médecins spécialistes souhaitant s'installer dans une zone bien pourvue devront s'engager, en contrepartie, à contribuer à la maîtrise des inégalités d'accès aux soins par des consultations avancées. Compte tenu de cette obligation qu'ils connaîtront par avance, ils pourront librement choisir de s'installer ou non dans une telle zone.

La commission juge, par ailleurs, le dispositif porté par l'article 3 **adapté à la situation actuelle.** Il contribuera à responsabiliser les médecins dans la maîtrise des inégalités d'accès et favorisera le maintien de leur liberté d'installation, aujourd'hui fortement contestée. Un sondage conduit pour la Fédération hospitalière de France (FHF) mettait ainsi en avant, en mars 2025, que 86 % des Français estiment qu'il faut « *assurer une répartition plus équitable des médecins sur le territoire quitte à leur imposer leur lieu d'exercice les premières années* »¹.

Le dispositif porté par le présent article est, enfin, adapté aux **évolutions attendues de la démographie médicale.** D'après la Drees, la croissance du nombre de médecins devrait s'accélérer à compter de 2030, sous l'effet de l'augmentation des recrutements dans les études médicales décidés ces dernières années². Dans ce contexte, l'orientation des installations vers les zones les plus dépourvues en médecins devrait constituer un enjeu de premier plan. La Cour des comptes observait d'ailleurs, dans un rapport récent relatif aux soins de premier recours, que « *ce rééquilibrage est plus facile quand le nombre de professionnels de santé augmente : il est possible alors d'augmenter les nouvelles installations en zones sous-denses tout en assurant le renouvellement des médecins partant à la retraite en zones mieux dotées.* »³ Elle recommandait de conditionner, à terme, « *toute nouvelle installation dans les zones les mieux dotées en médecins à un engagement d'exercice partiel dans les zones les moins bien dotées* »⁴.

Considérant l'ensemble de ces éléments, la commission a soutenu les dispositions de l'article 3. Elle a adopté un **amendement COM-13** de sa rapporteure corrigeant une erreur matérielle.

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

¹ Communiqué de presse de la FHF, Deuxième édition du baromètre de l'accès aux soins. L'hôpital public à un tournant, 17 mars 2025, p. 6.

² Drees, Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? Constat et projections démographiques, Les dossiers de la Drees, n° 76, mars 2021.

³ Cour des comptes, Organisation territoriale des soins de premier recours, op. cit., p. 95.

⁴ Ibid., p. 111.

Article 4

Simplifier l'ouverture de cabinets secondaires pour les médecins

Cet article vise à simplifier les conditions d'ouverture des cabinets secondaires pour les médecins, en supprimant des motifs de refus opposables par les conseils départementaux de l'ordre compétents. La libéralisation de l'ouverture des cabinets secondaires apparaît souhaitable pour garantir l'effectivité de la liberté d'installation des médecins, dans la mesure où l'article 3 propose de conditionner à un exercice partiel en zone sous-dense l'installation des médecins généralistes en zone sur-dense.

La commission a adopté cet article avec modification.

I – Le dispositif proposé

A. Les professions médicales exercent, en principe, dans une unique résidence professionnelle, mais le droit prévoit des exceptions à ce principe

1. Un principe historique d'unicité du lieu d'exercice

L'article L. 4112-1 du code de la santé publique dispose qu'« *un médecin, un chirurgien-dentiste ou une sage-femme ne peut être inscrit que sur un seul tableau qui est celui du département où se trouve sa résidence professionnelle* » et fixe ainsi le **principe** d'une résidence professionnelle unique.

Les **anciennes versions des codes de déontologie** des professions médicales confirment ce principe. Jusqu'au décret n° 2005-481 du 17 mai 2005, l'article R. 4127-85 du code de la santé publique prévoyait ainsi qu'« *un médecin ne doit avoir en principe, qu'un seul cabinet* ». Des **dispositions analogues ont figuré jusqu'en 2006¹** à l'article R. 4127-346 du code de la santé publique pour les **sages-femmes**, et jusqu'en 2009² à l'article R. 4127-270 pour les **chirurgiens-dentistes**.

Dans la loi, le principe d'unicité de la résidence professionnelle est toutefois **ménagé par les dérogations prévues par le même article**, dont la définition de l'étendue précise est renvoyée au code de déontologie propre à chaque profession médicale. Cela a permis une **libéralisation réglementaire du cadre de l'ouverture de cabinets secondaires** pour les trois professions.

¹ Décret n° 2006-1268 du 17 octobre 2006.

² Décret n° 2009-168 du 12 février 2009.

2. Un régime historique dérogatoire d'ouverture de cabinets secondaires, fondés sur un modèle d'autorisation préalable

a) L'ouverture d'un cabinet secondaire constitue, historiquement, une dérogation

Historiquement, **l'ouverture d'un cabinet secondaire**, prévue par les articles R. 4113-23 du code de la santé publique pour les sociétés d'exercice libéral de médecins, R. 4113-74 pour les sociétés civiles professionnelles de médecins ou de chirurgiens-dentistes, R. 4127-85 pour les médecins, R. 4127-346 pour les sages-femmes et R. 4127-270 pour les chirurgiens-dentistes, s'est donc **imposée comme une dérogation au principe d'unicité de la résidence professionnelle des professionnels médicaux exerçant en libéral**.

Celle-ci était initialement **conditionnée, pour les trois professions, à une autorisation préalable du conseil départemental de l'ordre intéressé, donnée à titre personnel et incessible pour une durée de trois ans renouvelable**. Les différents codes de déontologie disposaient également qu'**un même professionnel ne pouvait ouvrir plus d'un cabinet secondaire**.

b) Une première vague de libéralisation de l'ouverture des cabinets secondaires dans les années 2000, sans revenir sur le principe de l'autorisation préalable

Sans revenir sur le principe d'une autorisation préalable, les décrets précités de 2005 pour les médecins, 2006 pour les sages-femmes et 2009 pour les chirurgiens-dentistes ont amorcé **une première libéralisation du cadre d'ouverture des cabinets secondaires**. Ce cadre, aujourd'hui **caduc pour les médecins**, est **toujours en vigueur pour les sages-femmes et les chirurgiens-dentistes**.

Les **limitations à un cabinet secondaire et à une période de trois ans renouvelable** ont ainsi été **levées pour les trois professions**.

Le cadre ainsi défini fait toutefois figurer **plusieurs conditions** à l'ouverture d'un cabinet en zone sous-dense :

- **l'existence d'une carence ou d'une insuffisance de l'offre de soins dans la zone d'installation du cabinet secondaire** ou la nécessité, pour mener à bien les investigations ou soins qu'il entreprend, d'un environnement adapté, de l'utilisation d'équipements particuliers, de la mise en œuvre de techniques spécifiques ou de la coordination de différents intervenants ;

- **la prise des mesures adéquates pour assurer la qualité, la sécurité et la continuité des soins** sur l'ensemble des lieux d'exercice et, pour les chirurgiens-dentistes et les médecins, **la réponse aux urgences** ;

- pour les médecins et les sages-femmes, l'existence d'un **intérêt respectivement pour la population et pour les femmes enceintes et les nourrissons**.

L'autorisation d'ouverture d'un cabinet secondaire est accordée **par le conseil départemental de l'ordre**, sur présentation de toutes les informations utiles sur les conditions d'exercice. Pour les sages-femmes, le pouvoir réglementaire a prévu un **régime d'autorisation implicite à l'expiration d'un délai de trois mois en cas de silence** du conseil départemental de l'ordre compétent.

B. L'ouverture d'un cabinet secondaire a récemment été simplifiée pour les seuls médecins, avec le passage à un régime de déclaration préalable

1. Le passage d'un régime d'autorisation à un régime de déclaration préalable pour les médecins : une libéralisation attendue en lien avec l'évolution des pratiques professionnelles des médecins

Le décret n° 2019-511 du 23 mai 2019¹ a porté une **libéralisation des conditions d'ouverture des cabinets secondaires, au profit des médecins libéraux**².

Ce décret, s'appliquant également aux **sociétés d'exercice libéral**³ et aux **sociétés civiles professionnelles**⁴ de médecins, signe le **passage d'un régime d'autorisation à un régime de simple déclaration préalable**.

Il est ainsi **demandé au médecin** souhaitant ouvrir un cabinet secondaire d'adresser, au plus tard deux mois avant la date prévisionnelle de début d'activité, un **courrier** faisant figurer toute information utile à son examen au conseil de l'ordre départemental compétent, lequel transmet, le cas échéant, cette demande au conseil départemental de l'ordre duquel relève le médecin au titre de sa résidence professionnelle habituelle.

Selon la direction générale de l'offre de soins (DGOS), ces informations comportent notamment « *la nature de l'activité envisagée (consultation et/ou intervention), l'installation (locaux, prise de rendez-vous, secrétariat, moyens en personnel et matériel disponible), le type de matériel existant ou prévu, le temps hebdomadaire consacré sur le site d'exercice habituel ainsi que sur les autres sites d'exercice et les dispositions prises pour assurer la continuité des soins* »⁵.

Le conseil départemental de l'ordre dans lequel se situe l'activité envisagée dispose d'un **droit d'opposition** qu'il lui revient d'exercer, le cas échéant, **dans les deux mois suivant la réception de la déclaration**. Celui-ci ne peut être fondé **que sur une méconnaissance des dispositions législatives ou réglementaires** en vigueur, ou sur une **méconnaissance des obligations de qualité, sécurité et continuité des soins**. Cela **exclut donc les critères de densité médicale** dans le territoire d'ouverture du cabinet secondaire et la réponse aux urgences, qui étaient des motifs de refus d'autorisation sous l'empire du précédent régime.

¹ Décret n° 2019-511 du 23 mai 2019 modifiant le code de déontologie des médecins et la réglementation des sociétés d'exercice libéral et des sociétés civiles professionnelles.

² Article R. 4127-85 du code de la santé publique.

³ Article R. 4113-23 du code de la santé publique.

⁴ Article R. 4113-74 du code de la santé publique.

⁵ Réponses écrites de la DGOS au questionnaire de la rapporteure.

Le médecin qui voit sa demande refusée dispose de **deux mois pour exercer un recours hiérarchique** devant le Conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom), préalable à tout recours juridictionnel.

L'objectif principal de cette évolution, qui s'inscrit dans une logique de simplification administrative et de meilleure adaptation aux besoins de santé publique, était de **rendre plus flexible l'organisation des soins en facilitant l'exercice partiel dans des zones faiblement dotées**, voire sous-dotées en médecins.

La nouvelle convention médicale encourage même désormais la création de cabinets secondaires, avec une aide de 3 000 euros « *ciblant prioritairement les ZIP et les QPV* »¹.

2. Des difficultés persistantes pour l'ouverture de cabinets secondaires

Malgré cet assouplissement des conditions d'ouverture de cabinets secondaires, la procédure **présente une certaine lourdeur**, et des retours de terrain font état **d'utilisations dévoyées du principe de continuité des soins pour opposer des refus** à des médecins désireux d'ouvrir un cabinet secondaire.

Le syndicat des médecins libéraux (SML) fait ainsi valoir qu'aujourd'hui, « *les principaux obstacles [à l'ouverture de cabinets secondaires] sont le problème de la continuité des soins et la nécessité des plateaux techniques* »².

De son côté, l'intersyndicale nationale autonome représentative des internes en médecine générale (Isnar-IMG) précise que « *trop souvent, des projets d'exercice multisite portés par des jeunes médecins, notamment dans des zones sous-denses, ont été bloqués ou découragés par des décisions d'instances ordinales invoquant des critères imprécis, comme la « continuité des soins », sans évaluation concertée des réalités locales ni prise en compte des dispositifs de coordination existants* ».

3. Le maintien d'un régime d'autorisation pour les sages-femmes et les chirurgiens-dentistes

Les conditions d'ouverture d'un cabinet secondaire pour les **chirurgiens-dentistes et les sages-femmes** n'ont quant à elles **pas connu d'évolutions depuis les décrets de 2006 et 2009 précités**.

L'ouverture d'un cabinet secondaire demeure donc, pour ces professions, **soumise à obligation préalable**, dans les conditions évoquées *supra*.

¹ Réponses écrites de la DGOS au questionnaire de la rapporteure.

² Réponses écrites du SML au questionnaire de la rapporteure.

B. Le dispositif proposé

L'article 4 prévoit de **fixer plus précisément dans la loi les conditions d'ouverture des cabinets secondaires** pour les professions médicales.

En son 1°, il **consacre au niveau législatif la possibilité d'exercer sur un ou plusieurs sites distincts** de la résidence professionnelle habituelle, qui figure sur l'inscription au tableau de l'ordre.

Des **régimes différenciés** sont prévus pour les médecins et pour les autres professions médicales.

Pour les médecins, l'article 4 prévoit que l'ouverture d'un cabinet secondaire **reste soumise à une déclaration préalable**. L'article 4 prévoit toutefois **deux modifications** par rapport au cadre juridique actuel, allant dans le sens d'un **assouplissement des modalités d'ouverture des cabinets secondaires** :

- le **délai minimal entre la déclaration et le début d'activité prévisionnelle est abaissé de deux à un mois**. Cela implique, pour le conseil départemental de l'ordre, une diminution à due concurrence du délai pour s'opposer à l'installation d'un cabinet secondaire *ex ante* ;

- les **conseils départementaux de l'ordre ne seront plus fondés à s'opposer à l'établissement d'un cabinet secondaire pour des motifs tirés d'une méconnaissance de l'obligation de continuité des soins**. Ceux-ci pourront toutefois toujours s'opposer à l'ouverture d'un cabinet secondaire, en invoquant une méconnaissance des obligations de qualité et de sécurité des soins ou des dispositions en vigueur.

Le cadre normatif reste **inchangé pour les autres professions médicales**, qui restent soumises à une **autorisation préalable** du conseil départemental de l'ordre pour pouvoir ouvrir un cabinet secondaire.

L'article 4 procède, en son 2°, à une **modification rédactionnelle** rendue nécessaire par l'utilisation, dans la 1°, de la formulation « *résidence professionnelle habituelle* » et à une coordination juridique.

II - La position de la commission

La commission des affaires sociales a **accueilli favorablement les dispositions de l'article 4**.

La commission rappelle tout d'abord qu'elle **soutient traditionnellement les initiatives qui permettent, en simplifiant les procédures et en améliorant leur flexibilité, de diminuer les obstacles à l'installation des professionnels de santé**, tout particulièrement pour ceux exerçant en zone sous-dense. Elle considère qu'il s'agit là **d'outils simples et souvent peu coûteux pour renforcer l'attractivité de l'exercice libéral sur les territoires**. Elle se félicite donc des deux vagues de simplification de l'ouverture de cabinets secondaires mises en œuvre par voie réglementaire.

La commission estime qu'il est **pertinent d'augmenter le degré de précision de la loi** au sujet de la réglementation de l'ouverture des cabinets secondaires.

Il résulte de la lecture croisée des articles 3 et 4 de la présente proposition de loi que **l'encadrement de l'ouverture des cabinets secondaires pourrait devenir une composante à part entière de la liberté d'installation** des médecins, dans la mesure où l'installation des médecins généralistes et, dans certains cas, spécialistes en zone sur-dense pourrait être conditionnée à un exercice partiel en zone sous-dense.

Soucieuse de préserver une liberté d'installation effective quoiqu'encadrée pour les médecins libéraux, la commission estime donc pertinent, dans ces conditions, d'apporter des garanties légales au droit d'ouvrir un cabinet secondaire et au régime de simple déclaration préalable qui le régit.

Toujours dans l'optique de garantir l'effectivité de la liberté d'installation des médecins, la commission est favorable à ce que les **conditions d'ouverture des cabinets secondaires puissent être encore assouplies pour les médecins.**

En ce sens, la commission souscrit à la **diminution de deux à un mois du délai minimal** entre la déclaration d'ouverture d'un cabinet secondaire et la date prévisionnelle de début d'activité. Cette évolution permettra de **réduire les délais administratifs au service d'une meilleure fluidité** pour les médecins désireux d'ouvrir un cabinet secondaire.

Elle adhère également à la volonté portée par le texte de **limiter au strict nécessaire les motifs pouvant fonder une opposition des conseils départementaux** de l'ordre à l'ouverture de cabinets secondaires, d'autant plus que des retours de terrain semblent indiquer que le principe de continuité des soins a pu être dévoyé pour justifier des refus à des médecins désireux d'ouvrir un cabinet secondaire.

La commission a toutefois souhaité ouvrir la possibilité, pour le conseil départemental de l'ordre, de donner un avis sur l'installation d'un cabinet secondaire, ce qui lui permettra notamment d'avertir le praticien en cas de réserves sur la continuité des soins, pour limiter tout risque d'atteinte aux obligations déontologiques. Elle a donc adopté l'**amendement COM-14** de sa rapporteure.

Ces dispositions sont soutenues par les syndicats de médecins et jeunes médecins libéraux consultés. La commission souscrit à l'analyse de l'Isnar-IMG, qui indique qu'elle « *accueille favorablement cette initiative. L'encadrement juridique clair du droit à l'exercice en cabinet secondaire est une avancée nécessaire pour encourager des pratiques plus souples, adaptées aux besoins des territoires.* »¹

¹ Réponses écrites de l'Isnar-IMG au questionnaire de la rapporteure.

La commission restera toutefois **vigilante quant à la mise en œuvre d'un accompagnement adapté pour les praticiens** qui choisissent d'exercer dans un cabinet secondaire. Cet accompagnement devra être **renforcé pour les praticiens en début de carrière**, afin de les aider à surmonter les obstacles administratifs, juridiques et logistiques liés à l'installation dans un second lieu d'exercice. Il conviendra notamment de veiller à ce qu'ils **bénéficient d'un soutien suffisant en matière d'information, de conseils pratiques, et, le cas échéant, d'incitations financières** ou organisationnelles, afin de favoriser leur implantation dans les territoires où l'accès aux soins est insuffisant.

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 5

Mise en place de tarifs spécifiques applicables dans les zones sous-denses

Cet article vise à inviter les partenaires conventionnels à définir, dans la convention médicale, des tarifs spécifiques applicables dans tout ou partie des zones sous-denses. Il prévoit le lancement sans délai d'une négociation lors de la promulgation de la présente loi. Par dérogation, les tarifs spécifiques résultant de cette négociation pourront entrer en vigueur immédiatement.

La commission a adopté cet article sans modification.

I – Le dispositif proposé

A. Les conditions de fixation des tarifs par la convention médicale

1. La convention médicale fixe les tarifs applicables aux actes réalisés par les médecins

- La convention médicale, comme les autres conventions professionnelles conclues par les syndicats de professionnels de santé libéraux avec l'assurance maladie, a pour **objectif central de fixer les tarifs applicables**.

Le code de la sécurité sociale prévoit, ainsi, que les conventions professionnelles¹ conclues définissent les **tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires** dus aux professionnels par les assurés sociaux, en dehors des cas de dépassement autorisés par la convention pour les médecins et les chirurgiens-dentistes. Elles prévoient également le tarif et les modalités de réalisation des actes de télémedecine et de téléssoin effectués par vidéotransmission².

¹ Ces dispositions sont applicables aux conventions régissant les rapports entre l'assurance maladie et les médecins, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les auxiliaires médicaux, les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, les directeurs de laboratoires privés d'analyses médicales et les entreprises de transports sanitaires.

² Article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale.

La loi fixe également les **conditions dans lesquelles ces tarifs peuvent être modulés**. Elle précise, ainsi, que la convention médicale peut prévoir des tarifs majorés pour certains médecins conventionnés ou certaines activités en vue de valoriser une pratique médicale correspondant à des critères de qualité qu'elle détermine¹.

- Ces tarifs ne constituent pas la modalité exclusive de rémunération des professionnels de santé par l'assurance maladie : **des aides, rémunérations forfaitaires et intéressements** peuvent également être prévus par voie conventionnelle.

La convention médicale peut ainsi prévoir des **modes de rémunération, autres que le paiement à l'acte**². Les partenaires conventionnels sont notamment invités par la loi à rémunérer ainsi :

- les actions permettant de favoriser la coordination des soins par un médecin généraliste choisi par le patient³ ;

- certaines activités de soins et certaines activités non curatives des médecins, tenant notamment à la prévention, l'éducation pour la santé, la formation ou la veille sanitaire⁴ ;

- l'atteinte d'objectifs individualisés, notamment en matière de prescription, de participation à des actions de prévention ou de prise en charge de patients atteints de pathologies chroniques⁵.

Malgré la mise en œuvre de tels mécanismes, **le paiement à l'acte demeure prépondérant dans la rémunération des médecins**. En 2020, la part de la rémunération à l'acte dans les revenus des médecins généralistes dépassait encore 75 %⁶.

- Les mesures tarifaires portées par les conventions professionnelles font l'objet de **modalités dérogatoires d'entrée en vigueur**.

Les mesures conventionnelles ayant pour effet une revalorisation des tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires, ou des autres rémunérations, entrent, en effet, en vigueur au plus tôt à l'issue d'un **délai de six mois à compter de l'approbation** de la convention ou de l'avenant qui les porte. L'entrée en vigueur peut être reportée au 1^{er} janvier de l'année suivante lorsque le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie identifie un risque de dépassement de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam)⁷.

¹ 8° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale.

² 24° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale.

³ a) du 12° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale.

⁴ 13° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale.

⁵ 22° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale.

⁶ Cnam, « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'Assurance Maladie pour 2023 », juillet 2022.

⁷ Article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale.

Les **conditions d'approbation des conventions** sont fixées par le code de la sécurité sociale. Une ou plusieurs organisations syndicales représentatives au niveau national, réunissant la majorité des suffrages exprimés lors des élections à l'union régionale des professionnels de santé (URPS) regroupant les médecins peuvent s'y opposer. Le Gouvernement dispose, de son côté, d'un délai de vingt et un jours à compter de la réception du texte pour s'opposer à son approbation du fait de sa non-conformité aux lois et règlements en vigueur, ou pour des motifs de santé publique ou de sécurité sanitaire, ou lorsqu'il est porté atteinte au principe d'égal accès aux soins¹.

2. Les tarifs conventionnels déterminent le niveau de prise en charge de ces actes par l'assurance maladie

- **Les tarifs conventionnels déterminent le montant pris en charge par l'assurance maladie pour les actes qu'ils visent.**

L'assurance maladie prend, ainsi, en charge les frais de médecine générale et spéciale² au **tarif opposable, fixé par la convention**, après déduction :

- de la **participation de l'assuré³, ou « ticket modérateur »**, dont le montant est fixé par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) à 30 % pour les consultations médicales⁴ ;

- de la **participation forfaitaire** due par l'assuré pour chaque acte ou consultation pris en charge réalisé par un médecin de ville⁵, fixée par l'Uncam à 2 euros⁶.

Dans le cadre des **contrats dits « solidaires et responsables »**, les organismes complémentaires d'assurance maladie (Ocam) doivent prendre en charge le ticket modérateur mais ne peuvent pas, en revanche, prendre en charge la participation forfaitaire due par l'assuré : celle-ci reste donc à sa charge⁷.

Plusieurs dérogations au principe du ticket modérateur ont été prévues par le législateur. Aucun ticket modérateur n'est, ainsi, appliqué pour les soins en lien avec une affection de longue durée (ALD)⁸.

¹ Article L. 162-15 du code de la sécurité sociale.

² Article L. 160-8 du code de la sécurité sociale.

³ I de l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale.

⁴ Article R. 160-5 du code de la sécurité sociale.

⁵ II de l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale.

⁶ Article R. 160-19 du code de la sécurité sociale.

⁷ Article L. 871-1 du code de la sécurité sociale.

⁸ I de l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale.

- Certains médecins peuvent, toutefois, **pratiquer des dépassements d'honoraires**.

La **convention médicale permet**, ainsi que l'y autorise la loi¹, la **pratique de dépassements d'honoraires** aux médecins appartenant au « secteur à honoraires différents », dit « secteur 2 ». Les médecins de secteur 2 peuvent, en application de la convention, fixer le montant de leurs honoraires à des niveaux modérés, différents des tarifs conventionnels, en les modulant de façon individualisée pour tenir compte des éventuelles difficultés de prise en charge². Ils doivent également respecter le principe déontologique selon lequel les honoraires doivent être déterminés avec tact et mesure³. Le choix d'un secteur conventionnel lors de la primo-installation est, en principe, irréversible⁴. L'accès au secteur 2 est, par ailleurs, soumis à des conditions le rendant, en pratique, inaccessible aux médecins généralistes depuis plusieurs décennies⁵.

Désormais majoritaire chez les médecins spécialistes, le secteur 2 demeure, en conséquence, marginal chez les médecins généralistes. En 2022, d'après la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam), 53 % des médecins spécialistes libéraux étaient installés en secteur 2 contre 5 %, seulement, des médecins généralistes libéraux⁶.

B. La convention médicale de 2024 porte diverses mesures incitant à l'exercice en zone sous-dense mais pas de différenciation tarifaire

1. La convention médicale de 2024 porte diverses mesures incitant les médecins à exercer en zone sous-dense

- La convention médicale de 2024 prévoit, d'abord, divers dispositifs visant à **inciter les médecins à s'installer en zone sous-dense ou à y exercer une part de leur activité**. Progressivement mis en place, ceux-ci entreront pleinement en vigueur au 1^{er} janvier 2026.

Les médecins installés dans une zone d'intervention prioritaire (ZIP) définie par les agences régionales de santé (ARS) bénéficient, d'abord, d'une **majoration de 10 % de la partie socle de leur forfait médecin traitant**⁷. Cette majoration peut être augmentée, jusqu'à 50 % la première année, dans le cas d'une primo-installation en ZIP⁸.

¹ 1^o de l'article L. 162-14-1, autorisant les dépassements pour les médecins et les chirurgiens-dentistes.

² Article 12-1 de la convention médicale.

³ Article R. 4127-53.

⁴ Titre 2 de la convention médicale de 2024 : « Le choix du secteur conventionnel du médecin est réalisé lors de sa primo-installation en exercice libéral conventionné. Sauf situations particulières prévues ci-dessous, ce choix est irréversible. »

⁵ Article 12-2 de la convention médicale.

⁶ Cnam, Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'assurance maladie pour 2025, juillet 2024, p. 63.

⁷ Article 24-1 de la convention médicale de 2024.

⁸ Article 24-2 de la convention médicale de 2024.

Des **aides ponctuelles** sont, par ailleurs, prévues. Celles-ci s'élèvent à 10 000 euros pour une primo-installation en ZIP¹, à 5 000 euros pour une primo-installation en zone d'accompagnement complémentaire (ZAC)² et à 3 000 euros dans le cas où un médecin ouvre un cabinet secondaire en ZIP³.

Enfin, la convention **valorise les consultations avancées dans les ZIP** à hauteur de 200 euros par demi-journée, dans la limite de six demi-journées par mois. Les médecins exerçant en secteur 2 qui n'adhèrent pas aux contrats de modération tarifaire doivent, pour bénéficier de cette rémunération, réaliser leurs consultations avancées à tarifs opposables⁴.

- La convention médicale conclue porte, en outre, **dix engagements des partenaires conventionnels pour améliorer l'accès aux soins**, et définit les indicateurs permettant de mesurer leur mise en œuvre.

Figurent notamment parmi les **objectifs collectifs** définis par l'assurance maladie et les médecins libéraux :

- la stabilisation de la part des patients en ALD sans médecin traitant au seuil frictionnel de 2 % dès 2025 ;
- l'augmentation du nombre de médecins primo-installés en médecine générale de 5 % par an ;
- l'augmentation de la file active moyenne des médecins de 2 % par an ;
- l'augmentation du nombre d'installations dans les zones sous-dotées de 7 % par an⁵.

Pour mesurer le suivi de ces engagements collectifs, la convention prévoit la **mise en place d'un observatoire de l'accès aux soins**, rassemblant les partenaires conventionnels et, en qualité d'observateurs, les organisations étudiantes et de jeunes médecins. L'observatoire est chargé par la convention de suivre les indicateurs, d'en définir de nouveaux autant que de besoin et de prendre collégialement toute mesure corrective permettant l'atteinte des objectifs fixés. Les indicateurs doivent également être rendus publics trimestriellement⁶.

2. En revanche, la convention de 2024 ne prévoit pas l'application de tarifs spécifiques aux zones sous-denses

- L'**application de tarifs différenciés** en fonction de l'implication du médecin dans l'amélioration de l'accès aux soins avait été **envisagée dans le cadre des négociations conventionnelles de 2023**.

¹ Article 26-1 de la convention médicale de 2024.

² Article 26-2 de la convention médicale de 2024.

³ Article 26-3 de la convention médicale de 2024.

⁴ Article 26-4 de la convention médicale de 2024.

⁵ Article 59-1 et annexe 17 de la convention médicale de 2024.

⁶ Article 59-2 de la convention médicale de 2024.

Sur le fondement d'une lettre de cadrage ministérielle invitant à « *agir de manière déterminée contre toutes les inégalités d'accès à la santé* »¹, l'assurance maladie avait envisagé la mise en place d'un **contrat d'engagement territorial, permettant l'accès à des tarifs majorés**. Celui-ci permettait notamment au médecin généraliste adhérent de bénéficier d'un tarif de base, pour la consultation de médecine générale, de 30 euros au lieu des 26,50 euros prévus. Il permettait également aux médecins spécialistes adhérents d'accéder à un tarif de 35 euros au lieu de 31,50 euros.

L'adhésion au contrat d'engagement territorial supposait l'atteinte d'objectifs chiffrés de **contribution à l'amélioration de l'accès aux soins**. Les indicateurs retenus valorisaient notamment le niveau de file active, l'emploi d'un assistant médical, l'exercice ou la réalisation de consultations avancées en zones sous-denses et la participation aux structures d'exercice coordonné².

- À la suite de l'échec des négociations de 2023, la nouvelle convention conclue en 2024 **ne prévoit pas de revalorisation différenciée des tarifs des consultations**.

Prenant acte de l'échec des négociations en mars 2023, l'assurance maladie a réaffirmé que l'augmentation du temps médical disponible pour les patients et l'amélioration de l'accès aux soins « *passent notamment par une reconnaissance financière forte de l'engagement territorial des médecins, en particulier ceux qui s'installent ou qui sont déjà installés dans les déserts médicaux...* »³.

La nouvelle convention **se borne toutefois à revaloriser les tarifs applicables**, sans prévoir de tarifs spécifiques applicables en fonction de l'atteinte d'objectifs ou du lieu d'exercice du médecin concerné. Elle fixe, en particulier, le tarif de la consultation de référence des médecins généralistes à 30 euros, et rehausse les tarifs applicables à la plupart des consultations des autres spécialistes⁴.

C. L'article 5 vise à promouvoir la fixation de tarifs spécifiques pour les actes réalisés dans tout ou partie des zones sous-denses

L'article 5 vise à permettre la négociation et l'entrée en vigueur rapide de tarifs spécifiques applicables aux actes réalisés dans tout ou partie des zones sous-denses.

¹ Communiqué du ministère de la santé du 28 octobre 2022 « Définition par les ministres des lignes directrices de la négociation conventionnelle entre les médecins libéraux et l'Assurance maladie ».

² AEF info, « Convention médicale : les adhérents au contrat territorial recevraient 30 ou 35 euros pour les consultations de base », dépêche n° 688030, publiée le 23 février 2023.

³ Communiqué de presse de l'assurance maladie du 1^{er} mars 2023 « Réaction de l'assurance maladie au rejet de la convention médicale par les syndicats de médecins libéraux ».

⁴ Annexe 1 de la convention médicale de 2024.

Pour ce faire, le **1° du I de l'article 5** insère, à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, des dispositions prévoyant que les conventions médicales déterminent les tarifs spécifiques des honoraires, rémunérations et frais accessoires applicables dans tout ou partie des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins, identifiées par les ARS¹.

Le **2° du I** porte une mesure de coordination rédactionnelle.

Le **II de l'article 5**, enfin, précise les conditions de négociation et d'entrée en vigueur de ces tarifs. Il prévoit que la promulgation de la présente proposition de loi donnera lieu à une négociation ouverte sans délai des tarifs spécifiques applicables. Ceux-ci pourront entrer en vigueur immédiatement, par dérogation au délai d'entrée en vigueur de six mois normalement applicable aux revalorisations tarifaires².

II - La position de la commission

- La commission a favorablement accueilli les dispositions du présent article. Elle a souligné souhaiter agir ainsi sur la tarification des actes, plutôt que sur l'autorisation des médecins à pratiquer des dépassements d'honoraires, pour **ne pas augmenter le reste à charge des patients** ni aggraver, ce faisant, les inégalités financières d'accès aux soins.

Les tarifs spécifiques déterminés par les partenaires conventionnels seront, ainsi, **pris en charge dans les conditions de droit commun**, à hauteur de 70 % par l'assurance maladie. Le ticket modérateur de 30 % sera, par ailleurs, intégralement pris en charge par les complémentaires santé pour l'ensemble des assurés ayant souscrit à un contrat solidaire et responsable.

Ces contrats concernent 98 % des souscripteurs d'une couverture complémentaire. La couverture complémentaire apparaît, par ailleurs, désormais très étendue puisque 96,3 % de la population disposait en 2019, d'après un rapport d'information récent du Sénat, d'une complémentaire santé. En conséquence, la très grande majorité des assurés ne subira aucune augmentation de reste à charge induite par la présente mesure.

- La commission a, par ailleurs, jugé que les dispositions de l'article 5 pourraient contribuer à **renforcer l'attractivité de l'exercice libéral dans les zones sous-denses**, et inciter les médecins à s'y installer ou à y réaliser une part de leur activité.

À cet égard, la fixation de tarifs spécifiques applicables aux zones sous-denses pourrait **améliorer la rémunération des consultations avancées** réalisées par des médecins n'y exerçant pas, à titre principal, leur activité. Elle constitue, ainsi, un élément incitatif utile pour assurer une mise en œuvre

¹ Article L. 1434-4 du code de la santé publique.

² Article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale.

réussie de l'encadrement des installations porté par l'article 3 de la présente proposition de loi, et **inciter les médecins à s'engager dans la maîtrise des inégalités d'accès aux soins**.

Jugeant ces mesures urgentes, la commission a, enfin, soutenu les dispositions de l'article 5 permettant **une négociation et une entrée en vigueur rapide des tarifs spécifiques**.

La commission a adopté cet article sans modification.

Article 6

Faciliter le remplacement d'un médecin concourant à l'accès aux soins en zone sous-dense

Cet article vise à faciliter le remplacement des médecins, des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes libéraux, qui s'absentent de leur cabinet pour réaliser une mission concourant à l'accès aux soins dans des territoires caractérisés par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins.

La commission a adopté cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

A. Le droit existant

1. Le remplacement : un exercice encadré par les codes de déontologie des médecins, des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes

Le remplacement a pour objet de préserver la continuité des soins en cas d'absence occasionnelle et de courte durée d'un praticien.

a) Les conditions du remplacement des médecins

- Les dispositions législatives relatives au remplacement des médecins sont peu fournies. Limitées à l'article L. 4131-2 du code de la santé publique, elles autorisent certains étudiants en médecine ou praticiens n'ayant pas la qualité de docteur ou n'ayant pas validé leur thèse, à effectuer des remplacements. Ces autorisations, qui dérogent aux conditions exigées pour l'exercice de la profession de médecin¹, sont délivrées pour une durée limitée par le conseil départemental de l'ordre des médecins.

¹ Article L. 4131-1 du code de la santé publique.

Les conditions dans lesquelles les remplacements des médecins s'effectuent sont principalement prévues au niveau réglementaire, par le code de déontologie médicale¹.

- En premier lieu, il revient au médecin remplacé d'**informer préalablement, sauf urgence, le conseil départemental de l'ordre des médecins** du nom et de la qualité de son remplaçant, ainsi que des dates et de la durée du remplacement².

- En deuxième lieu, **le remplacement est personnel et temporaire**³. Il doit faire l'objet d'une information préalable du conseil de l'ordre compétent, qui l'autorise pour **une durée de trois mois** renouvelable⁴.

- En troisième lieu, **le médecin remplacé a l'obligation de cesser toute activité médicale libérale pendant la durée du remplacement**. Des dérogations à cette règle peuvent toutefois être accordées par le conseil départemental de l'ordre, **dans l'intérêt de la population**, lorsqu'il constate une carence ou une insuffisance de l'offre de soins dans un territoire.

La réglementation ne prévoit pas d'interdiction de poursuivre une activité salariée.

- **Le médecin qui souhaite se faire remplacer n'est pas tenu d'indiquer les motifs de sa demande de remplacement**. Toutefois, le conseil départemental de l'ordre des médecins est compétent pour vérifier que cette demande ne contrevient pas aux autres règles prévues par le code de déontologie médicale. À ce titre, le Conseil d'État a reconnu qu'une instance ordinaire départementale était fondée à refuser une demande de remplacement en l'absence de précisions sur les motifs d'une absence régulière donnant lieu à remplacement⁵.

- Enfin, lorsque la durée du remplacement atteint trois mois, consécutifs ou non, le médecin ou l'étudiant ayant effectué le remplacement ne peut en principe, pendant une durée de deux ans, s'installer dans un cabinet où il serait susceptible d'entrer en concurrence directe avec le praticien remplacé ou l'un de ses confrères du même cabinet. Un accord formalisé des praticiens intéressés permet néanmoins de déroger à cette règle ; à défaut, l'autorisation du conseil départemental de l'ordre est sollicitée⁶.

¹ Le code de déontologie médicale, créé par le décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995, a été codifié par le décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004.

² Article R. 4127-65 du code de la santé publique.

³ Ibid.

⁴ Article R. 4127-88 du code de la santé publique.

⁵ Conseil d'État, 20 mars 2000, n° 196915 : « compte tenu de la fréquence des demandes présentées pour M. X... depuis 1982 au conseil départemental, le Conseil national de l'Ordre des médecins n'a pas commis d'erreur de droit en estimant que les instances ordinaires étaient, en raison du refus de M. X... d'indiquer les motifs pour lesquels il se faisait remplacer, dans l'impossibilité d'exercer leur contrôle et en refusant pour ce motif l'autorisation sollicitée ».

⁶ Article R. 4127-86 du code de la santé publique.

b) Les conditions du remplacement des chirurgiens-dentistes

- Comme pour les médecins, la loi se contente de prévoir que le chirurgien-dentiste doit être remplacé par un praticien inscrit au tableau de l'ordre ou, sous réserve d'une autorisation délivrée pour une durée limitée par le conseil départemental de l'ordre des chirurgiens-dentistes, par un étudiant en chirurgie-dentaire ayant satisfait en France à l'examen de cinquième année¹. Le remplacement donne lieu à l'établissement d'un contrat écrit.

L'essentiel des conditions dans lesquelles peuvent être effectués les remplacements des praticiens libéraux est fixé par le code de déontologie des chirurgiens-dentistes². L'article R. 4127-275 mentionne ces conditions.

- En premier lieu, le remplacement d'un chirurgien-dentiste est autorisé lorsque celui-ci « *cesse momentanément tout exercice professionnel* ». Contrairement aux médecins qui peuvent, dans certaines limites, exercer une activité professionnelle non libérale, **le remplacement des chirurgiens-dentistes est ainsi subordonné à l'abandon de tout exercice professionnel, libéral ou non.**

- En deuxième lieu, **le remplacement est temporaire**, mais la réglementation n'en fixe pas clairement la durée maximale, contrairement au code de déontologie médicale. Les conditions encadrant le recours à des collaborateurs tiers, prévues à l'article R. 4127-276-1, fixent toutefois une durée maximale de trois mois pour cet exercice, lorsque l'état de santé du chirurgien-dentiste titulaire du cabinet le justifie.

En parallèle, l'article R. 4127-277 indique qu'en cas de remplacement d'une durée supérieure à trois mois consécutifs, le remplaçant ne doit pas exercer avant l'expiration d'un délai de deux ans dans un poste où il puisse entrer en concurrence avec le chirurgien-dentiste remplacé.

- En troisième lieu, toujours selon l'article R. 4127-275, le président du conseil départemental doit être « *immédiatement informé* », plutôt que préalablement informé, à l'instar des dispositions applicables aux médecins, sans que n'apparaisse clairement si cette communication doit être réalisée au plus tôt avant le remplacement ou à la date de réalisation du remplacement lui-même.

c) Les conditions du remplacement des sages-femmes

Pour les sages-femmes, l'encadrement par le code de déontologie des conditions dans lesquelles s'effectuent les remplacements des sages-femmes est également assez minimaliste³.

¹ Article L. 4141-4 du code de la santé publique.

² Articles R. 4127-201 à R. 4127-231 du code de la santé publique.

³ Articles R. 4127-301 à R. 4127-367 du code de la santé publique.

- La réglementation n'apporte que peu de précisions, l'article R. 4127-357 du code de la santé publique se contentant de prévoir qu'une sage-femme ne peut être remplacée que par une sage-femme inscrite au tableau de l'ordre ou, sous réserve d'une autorisation délivrée par le conseil départemental de l'ordre des sages-femmes et pour une durée limitée, par un étudiant sage-femme effectuant sa formation en France¹.

- Le même article précise que la sage-femme « *ne peut se faire remplacer dans son exercice que temporairement* », **sans interdire la poursuite de tout exercice professionnel pendant le remplacement**. Le code de déontologie des sages-femmes mentionne une durée de trois mois, éventuellement renouvelable².

- Le conseil de l'ordre compétent doit être informé préalablement à la réalisation du remplacement.

- Enfin, il est interdit à la sage-femme remplacée « *de pratiquer des actes réservés à sa profession et donnant lieu à rémunération pendant la durée du remplacement* »³. Elle ne peut donc pas poursuivre d'activité professionnelle en tant que sage-femme pendant la durée du remplacement.

¹ Article L. 4151-6 du code de la santé publique.

² Articles R. 4127-342 et R. 4127-344 du code de la santé publique.

³ Article R. 4127-342 du code de la santé publique.

Les conditions de remplacement des pharmaciens

Le remplacement des pharmaciens titulaires d'une officine obéit à des règles spécifiques qui se distinguent de celles prévues pour les médecins, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes. Le code de la santé publique prévoit notamment que la qualité des personnes habilitées à effectuer un remplacement varie selon la durée du remplacement¹.

Le tableau ci-dessous récapitule les cas prévus par la réglementation.

	Remplacement de 1 mois maximum	Remplacement de 1 à 4 mois	Remplacement de 4 mois à 1 an
Pharmacien inscrit au tableau de la section D de l'ordre national, sans autre activité professionnelle pendant le remplacement	X	X	X
Pharmacien adjoint de la même officine	X	X	X
Pharmacien ayant sollicité son inscription au tableau de l'une des sections de l'ordre national, sans autre activité professionnelle pendant le remplacement	X	X	
Étudiant en pharmacie ¹ ayant validé la 5 ^e année d'études du diplôme de docteur en pharmacie et 6 mois de pratique professionnelle dans le cadre du 3 ^e cycle	X	X	
Pharmacien cotitulaire de la même officine	X		

2. Des dispositions réglementaires diversement interprétées et appliquées par les conseils départementaux des ordres des professions concernées

- Les conditions d'appréciation des demandes d'autorisation de remplacement ne semblent pas faire l'objet d'une doctrine formalisée et partagée entre les conseils départementaux des ordres des professions concernées. Chaque conseil départemental est ainsi souverain dans son appréciation des demandes de remplacement et dans les décisions qu'il rend.

Néanmoins, les codes de déontologie des médecins, des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes prévoient que les décisions prises par chacun de ces ordres en application dudit code doivent être motivées, et que les décisions prises par les conseils départementaux peuvent être réformées ou annulées par le conseil national².

- **Pour les médecins, l'exercice régulier d'une activité salariée par le praticien remplacé n'est pas strictement prohibé par la loi.** Néanmoins, parmi les règles sur lesquelles s'exerce le contrôle du conseil de l'ordre des médecins, celle de **la gérance de cabinet**³, selon laquelle « *il est interdit à un médecin de faire gérer son cabinet par un confrère* » fait l'objet d'une vigilance particulière, dès lors qu'elle peut prendre la forme déguisée de remplacements réguliers.

À titre d'illustration, le conseil départemental de l'ordre des médecins de Côte d'Or indique sur son site internet qu'en application de l'article R. 4127-65 du code de la santé publique, un médecin organisant son remplacement « *pour pallier son absence au cabinet due à un exercice habituel, fût-il salarié, dans un autre lieu, ce remplacement, a fortiori si les conditions financières prévues permettent au médecin remplacé d'en tirer bénéfice, doit être regardé comme contraire à l'article 89 du code.* » **L'exercice médical périodique en dehors de son cabinet, y compris salarié, est donc susceptible d'être refusé par le conseil de l'ordre au motif qu'il peut être constitutif d'une situation de gérance.**

- Interrogé sur les dispositions du présent article, **le conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes** a indiqué que les décisions de refus de remplacement étaient rares, et qu'elles se justifiaient le plus souvent par des situations d'insuffisance professionnelle du remplaçant ou une volonté de certains praticiens de s'exempter d'une participation au service de garde.

- S'agissant des **médecins**, si la continuité des soins semble être le principal motif de refus invoqué par l'ordre, **l'application des règles relatives au remplacement semble toutefois hétérogène d'un département à un autre**, traduisant un défaut d'harmonisation au niveau national. Selon un sondage conduit par le collectif pour une médecine libre et indépendante (Comeli) auprès de ses membres au mois d'avril 2025, 40 % des 348 répondants signalent une interprétation variable de ces règles selon les départements⁴.

- **Le conseil national de l'ordre des sages-femmes** identifie comme principale difficulté l'interprétation du terme « *temporairement* », dans l'instruction des demandes de remplacement, notion qui vise à limiter la durée des remplacements réalisés et qui peut être diversement évaluée par les conseils départementaux⁵.

¹ Article R. 5125-39 du code de la santé publique.

² Articles R. 4127-112, R. 4127-287 et R. 2127-367 du code de la santé publique.

³ Article R. 4127-89 du code de la santé publique.

⁴ Réponse du Comeli au questionnaire transmis par la rapporteure.

⁵ Cf. supra, article R. 4127-357.

B. Le dispositif proposé

1. Ériger la faculté de remplacement en droit du praticien

- Le présent article vise à faciliter la délivrance d'une autorisation de remplacement aux praticiens libéraux projetant de s'absenter pour concourir à l'accès aux soins dans des territoires caractérisés par une offre de soins sous-dense. Il s'agit, par exemple, de favoriser les remplacements ponctuels pour permettre à un médecin de participer à l'activité d'un service d'accueil des urgences (SAU) en établissement de santé.

À cette fin, les 1°, 2° et 3° complètent les articles relatifs au remplacement des médecins, des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes, c'est-à-dire, respectivement, les articles L. 4131-2, L. 4141-4 et L. 4151-6 du code de la santé publique. Les alinéas 3 (1°), 5 (2°) et 7 (3°) prévoient ainsi que le remplacement est, par principe, de droit puisqu'elle ne peut être refusée que pour certains motifs impérieux (cf. *infra*).

- **Cette évolution législative revient à autoriser explicitement, pour les trois professions, la poursuite d'un exercice professionnel pendant la durée du remplacement.** Les limites et conditions dans lesquelles cette activité peut être réalisée devront être définies au niveau réglementaire.

Elle devrait également se traduire par **une exigence renforcée de motivation** des avis des conseils départementaux des ordres compétents, alors que la justification de ces avis n'apparaît pas toujours suffisante ou bien comprise¹. Ces avis sont assimilables à des décisions faisant grief et donc, susceptibles de recours².

2. Circonscrire plus clairement les motifs de refus du remplacement

- Afin de circonscrire les possibilités de refus, les alinéas 3, 5 et 7 conditionnent le refus de l'autorisation de remplacement à l'invocation d'un motif impérieux par le conseil départemental de l'ordre compétent.

Ce motif doit tenir à la qualité et à la sécurité des soins, ou à un manquement aux principes de moralité, de probité, de compétence et de dévouement prévus à l'article L. 4121-2, aux devoirs professionnels et aux règles édictées par le code de déontologie, ou au respect du principe de non-discrimination dans l'accès à la prévention ou aux soins mentionné à l'article L. 4122-1.

¹ Selon le même sondage du Comeli, 50 % des 348 répondants indiquent que les refus des CDOM ne sont pas clairement justifiés.

² Conseil d'État, 20 mars 2000, n° 196915.

II - La position de la commission

- À titre liminaire, la commission a relevé le caractère relativement laconique des dispositions relatives au remplacement des médecins, des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes, tant au niveau législatif que réglementaire. **Celles-ci, diversement rédigées pour chacune des professions concernées, manquent de précision et sont susceptibles d'engendrer des interprétations non homogènes** des conseils départementaux des ordres, *a fortiori* en l'absence de partage d'une doctrine homogène. Le collectif pour une médecine libre et indépendante fait également état de **difficultés tenant à l'absence de justification claire ou explicite de certaines décisions de refus**, créant un sentiment « *d'opacité ou d'arbitraire* »¹.

Surtout, les règles en vigueur **brident la possibilité de réaliser des activités ponctuelles, éventuellement régulières, concourant à l'accès aux soins dans des territoires caractérisés par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins**. La réalisation de telles activités n'est ainsi autorisée ni pour les chirurgiens-dentistes ni pour les sages-femmes pendant la durée de leur remplacement. Elle apparaît par ailleurs fortement contrainte pour les médecins, malgré l'absence d'interdiction formulée par le code de la santé publique d'exercer une activité salariée, et alors même que le code de déontologie prévoit des dérogations à l'interdiction d'exercice libéral pendant la durée du remplacement, « *dans l'intérêt de la population* » et lorsqu'il existe une carence ou une insuffisance de l'offre de soins.

- En conséquence, sans remettre en cause la liberté d'appréciation dont jouissent les conseils des ordres des médecins, des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes dans le contrôle du respect du code de déontologie de leur profession, **la commission a jugé utile d'aménager dans la loi un espace de souplesse supplémentaire pour favoriser l'octroi des autorisations de remplacement aux praticiens projetant de s'absenter pour l'exécution d'une mission favorisant l'accès aux soins dans des zones de sous-densité médicale**. Elle a ainsi souscrit au dispositif proposé, qui lui a paru prolonger l'ambition des dérogations d'ores et déjà autorisées par le code de déontologie médicale pour la poursuite d'une activité professionnelle : l'intérêt de l'usager.

Si l'enjeu du dispositif lui a semblé porter essentiellement sur le remplacement des médecins, elle a maintenu l'intégralité des dispositions de l'article dans un souci d'harmonisation des conditions de remplacement des médecins, des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes.

Il reviendra au Gouvernement, en concertation avec les conseils des ordres des professions concernées, de déterminer les limites souhaitables de ce dispositif, par exemple en le restreignant en termes de durée ou en nombre de demi-journées.

La commission a adopté cet article sans modification.

¹ Réponse du collectif pour une médecine libre et indépendante (Comeli) au questionnaire transmis par la rapporteure.

Article 7

**Expérimenter un recours simplifié aux contrats à durée déterminée (CDD)
dans les centres de santé**

Cet article propose de mettre en œuvre, pour une durée de trois ans, une expérimentation visant à autoriser des centres de santé situés dans des territoires caractérisés par une offre de soins insuffisante à conclure des contrats à durée déterminée (CDD) dans des conditions dérogeant au droit du travail.

La commission a adopté cet article modifié par les amendements qu'elle a adoptés.

I – Le dispositif proposé

A. Les centres de santé, maillon essentiel de l'offre de premier recours

1. Des structures sanitaires de proximité visant à favoriser l'accès aux soins de premier recours

a) Un objectif : améliorer l'accès à l'offre de soins de premier recours

Les centres de santé ont été créés par l'ordonnance n° 2018-17 du 12 janvier 2018 relative aux conditions de création et de fonctionnement des centres de santé, prise sur le fondement d'une habilitation inscrite à l'article 204 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

Les centres de santé, « *structures sanitaires de proximité, dispensant des soins de premier recours et, le cas échéant, de second recours* », assurent des activités de prévention, de diagnostic et de soins, et « *sont ouverts à toutes les personnes sollicitant une prise en charge médicale ou paramédicale relevant de la compétence des professionnels y exerçant* ».

Les centres de santé **concourent à l'accès aux soins de premier recours dans les territoires, tout en garantissant l'accessibilité financière de l'offre**. À cette fin, la loi prévoit notamment :

- que les centres de santé réalisent, à titre principal, des prestations remboursées par l'assurance maladie¹ ;
- qu'ils ont l'obligation de pratiquer le tiers payant et des tarifs opposables².

En outre, quelle qu'en soit la structure gestionnaire, la loi prévoit que les bénéfices issus de l'exploitation des centres de santé ne peuvent être distribués³.

¹ Article L. 6323-1 du code de la santé publique.

² Article L. 6323-1-7 du code de la santé publique.

³ Article L. 6323-1-4 du code de la santé publique.

Les centres de santé peuvent être gérés par des organismes à but non lucratif, par les départements, les communes ou leurs groupements, par des établissements publics de santé ou par des personnes morales gestionnaires d'établissements privés de santé, à but lucratif ou à but non lucratif¹. Ils peuvent également, sous certaines conditions, être créés et gérés par une société coopérative d'intérêt collectif. Près des deux tiers des centres de santé sont aujourd'hui gérés par des associations², toutes catégories de centres confondus – médicaux, dentaires, polyvalents, infirmiers.

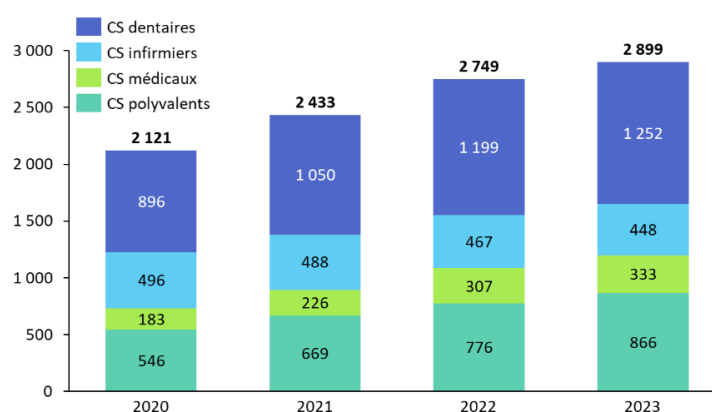
Enfin, les professionnels de santé exerçant au sein des centres de santé sont des personnels salariés³.

b) Un constat : une implantation inégale des centres de santé dans les territoires

Les créations de centres de santé, soutenues par les pouvoirs publics, ont été particulièrement dynamiques ces dernières années. Le nombre de structures recensées, passant de 2 121 à 2 899⁴, a ainsi connu une augmentation globale de 36,3 % entre 2020 et 2023. La hausse a été plus marquée pour les centres de santé polyvalents (+ 58,6 %) et pour les centres de santé médicaux (+ 82 %).

En 2023, parmi les 2 899 centres de santé adhérents à l'accord national signé entre les organisations représentatives des gestionnaires de centres de santé et l'assurance maladie, on dénombrait 1 199 centres polyvalents (avec ou sans auxiliaire médical) et médicaux, 1 252 centres de santé dentaire et 448 centres de santé infirmiers⁵.

Nombre de centres de santé, par catégorie, adhérent à l'accord national conclu avec l'assurance maladie



Source : Sénat, rapport d'information sur la financiarisation de l'offre de soins, par C. Imbert, B. Jomier et O. Henno, fait au nom de la commission des affaires sociales, septembre 2024

¹ Article L. 6323-1-3 du code de la santé publique.

² Données 2024 de l'observatoire des centres de santé.

³ Article L. 6323-1-5 du code de la santé publique.

⁴ Sénat, rapport d'information n° 776 (2023-2024) sur la financiarisation de l'offre de soins, par C. Imbert, B. Jomier et O. Henno, fait au nom de la commission des affaires sociales, septembre 2024.

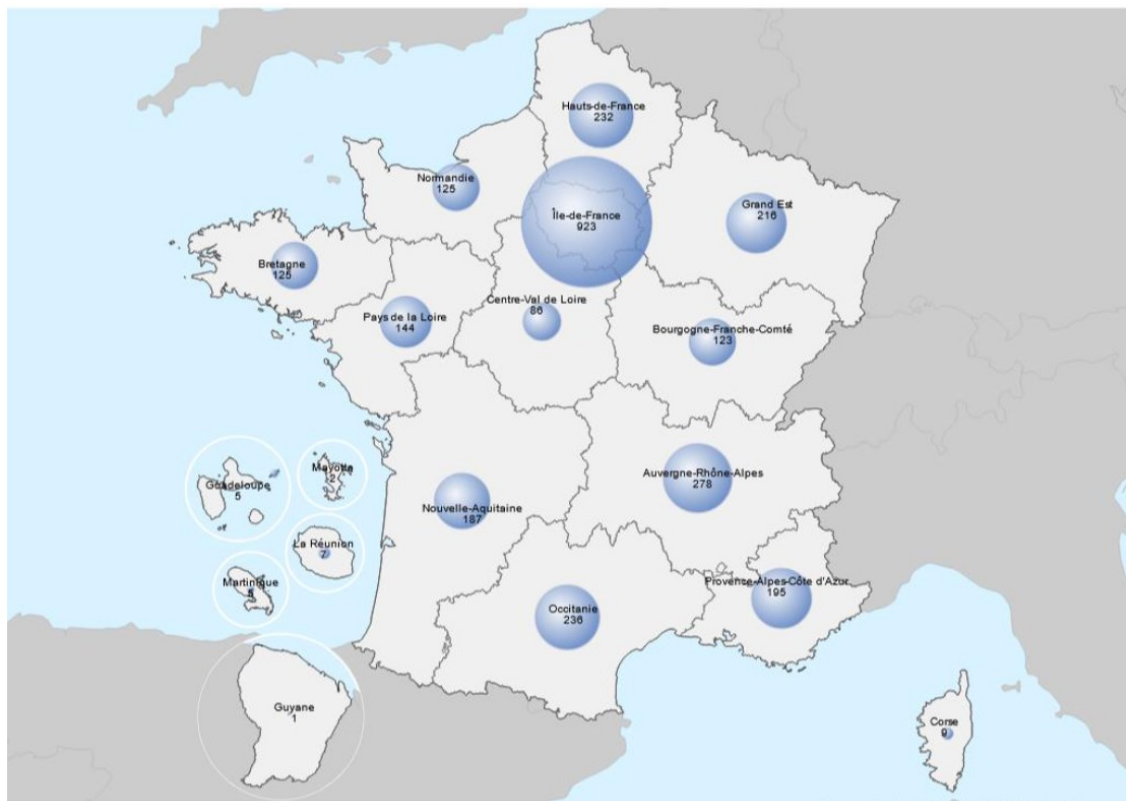
⁵ Cnam, rapport charges et produits 2025, p. 209.

Ces données, communiquées par l'assurance maladie, diffèrent légèrement de celles relevées par l'observatoire des centres de santé qui indique recenser 1 229 centres de santé médicaux et polyvalents en 2023 dont 976 comptent au moins un médecin généraliste, 1 266 centres de santé dentaires et 450 centres de santé infirmiers.

L'observatoire des centres de santé indique également que plus de 90 % des centres médicaux et polyvalents se situent en zone urbaine, dont 28 % en quartier prioritaire de la ville, et 8,5 % environ en zone rurale.

Par ailleurs, l'implantation des centres de santé révèle certains déséquilibres territoriaux : ces structures apparaissent ainsi relativement plus concentrées en Île-de-France (31,8 %) et en Auvergne-Rhône-Alpes (9,6 %).

Nombre de centres de santé, par région, adhérents à l'accord national des centres de santé en 2023



© Observatoire des territoires, ANCT 2023 - IGN Admin Express

Source : Cnam, rapport charges et produits 2025, p. 210

2. Face à la persistance des déserts médicaux, l'esquisse d'un nouveau modèle de centres de santé « solidaires »

a) Des initiatives locales volontaristes mais limitées

L'association Médecins solidaires, fondée en 2022 par le Dr Martial Jardel et l'association Bouge ton coQ !, a développé un modèle original de centres de santé médicaux et polyvalents à partir du concept de « **temps partagé médical solidaire** »¹. Fonctionnant grâce au concours périodique et régulier de médecins généralistes volontaires – libéraux, hospitaliers ou retraités –, ces centres permettent d'offrir un accès aux soins de premier recours aux populations résidant dans des territoires ruraux qualifiés de déserts médicaux.

Les praticiens interviennent au sein des centres créés par l'association sous statut salarié, à hauteur d'une semaine par an le plus souvent. Un assistant médical permanent, présent au sein de chaque centre, assure par ailleurs le suivi administratif de l'activité du centre.

En 2025, l'association gèrera huit centres de santé implantés dans sept départements (Creuse, Cher, Nièvre, Haute-Vienne, Deux-Sèvres, Indre, Lot-et-Garonne) de trois régions (Nouvelle Aquitaine, Centre Val-de-Loire, Bourgogne Franche Comté). Tous se situent en zone rurale ou péri-urbaine. Six de ces centres fonctionnent avec 1 équivalent temps plein (ETP) de médecin généraliste, et deux avec deux ETP de médecin généraliste.

Implantation géographique des centres de santé gérés par l'association Médecins solidaires (2025)



Source : Médecins solidaires

¹ Selon l'association, « Au lieu de demander beaucoup à peu, on peut essayer de demander peu à beaucoup » (rapport d'activité 2023 de Médecins solidaires et réponses au questionnaire de la rapporteure).

Le modèle promu par ces centres de santé, qui constitue une forme d'innovation organisationnelle, permet d'assurer, tout au long de l'année, une présence médicale continue dans certains points fixes de consultation grâce à un partage des ressources médicales disponibles dans un territoire au profit des zones rurales.

Toutefois, **le développement de ce modèle se heurte à diverses dispositions du code du travail, fragilisant le fonctionnement et la pérennité des structures.**

b) Des obstacles juridiques liés au droit du travail

Le cadre juridique actuel n'offre pas de solution satisfaisante ni sécurisée pour le développement de centres de santé fonctionnant sur une rotation hebdomadaire des personnels.

D'une part, le recours aux contrats à durée déterminée, strictement encadré par le code du travail, apparaît en l'espèce inapproprié. En effet, un CDD « *ne peut avoir ni pour objet ni pour effet de pourvoir durablement un emploi lié à l'activité normale et permanente de l'entreprise* »¹ ; or les emplois de médecins pourvus au sein des centres de santé sont bien liés à son activité normale et permanente. En outre, un CDD est nécessairement conclu pour l'exécution d'une tâche précise et temporaire et uniquement pour les motifs prévus par le code du travail, notamment le remplacement d'un salarié absent ou un accroissement temporaire d'activité². Enfin, le code du travail impose le respect de délais de carence entre l'expiration d'un CDD et la conclusion d'un autre CDD pour pourvoir le même emploi³. Ces dispositions ne permettent pas d'assurer une continuité des soins vis-à-vis des patients.

D'autre part, il ne semble pas possible de recourir aux contrats à durée indéterminée (CDI) pour faire prospérer ce modèle original de centres de santé solidaires. En effet, la conclusion d'un tel contrat supposerait sa rupture, à l'initiative de l'employeur, du salarié, ou d'un commun accord par les deux parties. Si les parties peuvent convenir *ex ante* d'un engagement moral à rompre d'un commun accord le CDI, cette pratique n'est pas sécurisante pour l'employeur. En outre, une pratique tenant à des ruptures régulières de CDI en cours de période d'essai à l'initiative de l'employeur pourrait être regardée comme abusive par le juge. La Cour de cassation a notamment jugé que la résiliation d'un CDI au cours de la période d'essai pour un motif non inhérent à la personne du salarié est abusive⁴.

En conséquence, un cadre juridique *ad hoc* apparaît nécessaire pour autoriser le fonctionnement de centres de santé sur la base de temps partagés médicaux impliquant un enchaînement de contrats de travail de durée courte.

¹ Article L. 1242-1 du code du travail.

² Article L. 1242-2 du code du travail.

³ Article L. 1244-3 du code du travail.

⁴ Cour de cassation, civile, chambre sociale, 20 novembre 2007, n° 06-41.212.

B. Une expérimentation dérogeant au code du travail pour favoriser l'accès aux soins

L'expérimentation vise à autoriser, pour une durée de trois ans, des centres de santé situés dans un territoire caractérisé par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins à conclure des contrats de travail à durée déterminée (CDD) dans des conditions dérogeant au droit du travail.

1. Un précédent : la loi du 7 octobre 2016 pour une République numérique

a) La création d'un régime juridique ad hoc pour les joueurs professionnels de jeux vidéo

L'article 102 de la loi n° 2016-1321 du 7 octobre 2016 pour une République numérique a fixé un cadre de recrutement et d'emploi inédit pour les joueurs professionnels de jeu vidéo. La création de ce contrat de travail atypique répondait à la préoccupation d'encadrer le statut des joueurs salariés dans un secteur en développement, et dont les spécificités justifiaient la dérogation à diverses règles du droit du travail.

Plus précisément, les contrats conclus sur le fondement de cet article sont qualifiés de CDD et le professionnel est défini comme « *toute personne ayant pour activité rémunérée la participation à des compétitions de jeu vidéo dans un lien de subordination juridique avec une association ou une société bénéficiant d'un agrément du ministre chargé du numérique* »¹. Dans ce dispositif, les associations ou sociétés ayant pour objet de participer aux compétitions de jeux vidéo doivent solliciter un agrément ministériel. L'obtention de cet agrément est une condition préalable à la possibilité de conclure les contrats précités pour les joueurs professionnels.

b) Une dérogation large aux dispositions législatives du code du travail

Le cadre de recrutement et d'emploi des joueurs professionnels de jeu vidéo déroge largement aux dispositions législatives du code du travail. En effet, l'article 102 de la loi précitée du 7 octobre 2016 prévoit :

« II.-Le code du travail est applicable au joueur professionnel salarié de jeu vidéo compétitif, à l'exception des articles L. 1221-2, L. 1242-1 à L. 1242-3, L. 1242-5, L. 1242-7, L. 1242-8, L. 1242-8-1, L. 1242-12, L. 1242-17, L. 1243-8 à L. 1243-10, L. 1243-13, L. 1243-13-1, L. 1244-3 à L. 1245-1, L. 1246-1 et L. 1248-1 à L. 1248-11 relatifs au contrat de travail à durée déterminée.

III.-Tout contrat par lequel une association ou une société bénéficiant de l'agrément prévu au I du présent article s'assure, moyennant rémunération, le concours d'un joueur mentionné au même I est un contrat de travail à durée déterminée. »

¹ Article 102 de la loi n° 2016-1321 du 7 octobre 2016 pour une République numérique.

Tout en posant le principe d'une application du code du travail au salarié et en qualifiant les contrats conclus sur le fondement de cet article de CDD, il est ainsi dérogé à pas moins de 32 articles législatifs du code du travail, notamment :

- au fait que le CDD ne peut avoir ni pour objet ni pour effet de pourvoir durablement un emploi lié à l'activité normale et permanente de l'entreprise¹ ;

- aux divers motifs limitativement énumérés autorisant la conclusion d'un CDD² ;

- à certaines règles applicables en matière de durée totale du CDD³ ;

- au principe de versement d'une indemnité de fin de contrat destinée à compenser la précarité de la situation du salarié, lorsque, à l'expiration d'un CDD, la relation de travail ne se poursuit pas par un CDI⁴ ;

- au respect du délai de carence applicable à l'expiration d'un CDD pour pourvoir le poste du salarié dont le contrat a pris fin⁵.

Enfin, ce même article prévoit que la durée de ces CDD est en principe comprise entre un an et cinq ans. Les règles prévues par le code du travail en matière de sécurité et de santé au travail sont applicables à ces salariés.

2. Un cadre expérimental adapté à l'objectif d'accès aux soins et aux besoins de fonctionnement d'un centre de santé

a) Une dérogation au droit du travail plus limitée

Les dispositions du présent article, qui visent à promouvoir le modèle des centres de santé solidaires, reprennent une partie substantielle de celles de l'article 102 de la loi n° 2016-1321 du 7 octobre 2016 pour une République numérique. Toutefois, elles s'en distinguent par plusieurs aspects et dérogent finalement de façon plus circonscrite au code du travail.

En premier lieu, l'article propose d'autoriser les dérogations au code du travail à titre expérimental, pour une durée de trois ans.

En deuxième lieu, seuls les territoires caractérisés par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins sont visés.

¹ Article L. 1242-1 du code du travail.

² Article L. 1242-2 du code du travail.

³ Articles L. 1242-8 et L. 1242-8-1 du code du travail.

⁴ Articles L. 1243-8 à L. 1243-10 du code du travail.

⁵ Articles L. 1244-3 à L. 1244-4-1 du code du travail.

En troisième lieu, la liste des articles législatifs du code du travail auxquels il est proposé de déroger est plus limitée que celle figurant au sein de l'article 102 de la loi du 7 octobre 2016 pour une République numérique. Ainsi, le II de l'article mentionne en particulier les 27 articles suivants :

- l'article L. 1221-2, qui impose le CDI comme « *la forme normale et générale de la relation de travail* » et limite strictement le recours au CDD aux cas et conditions prévus par la loi ;

- les articles L. 1242-1 à L. 1242-3, lesquels prévoient que le CDD ne peut avoir pour objet de pourvoir durablement un emploi lié à l'activité normale et permanente de l'entreprise, qu'il ne peut être conclu que pour l'exécution d'une tâche précise et temporaire et pour certains motifs ou sous certaines conditions prévues par la loi ;

- les articles L. 1242-8 et L. 1242-8-1, relatifs à la durée totale d'un CDD ;

- les articles L. 1243-8 à L. 1243-10, relatifs aux indemnités de fin de contrat dues par l'employeur lorsque le CDD ne se poursuit pas par un CDI ;

- les articles L. 1243-13 et L. 1243-13-1, relatifs au nombre maximal de renouvellements possibles d'un CDD ;

- les articles L. 1244-3 à L. 1244-4-1, qui fixent les délais de carence applicables entre la fin d'un CDD et la conclusion d'un nouveau CDD pour pourvoir le même poste ;

- l'article L. 1245-1, qui qualifie de CDI tout contrat de travail conclu en méconnaissance de diverses dispositions législatives, dont plusieurs auxquelles il est précisément dérogé dans le présent article ;

- les articles L. 1248-1 à L. 1248-11, qui énoncent les dispositions pénales applicables en cas de méconnaissance des dispositions législatives régissant les CDD.

b) Des modalités expérimentales strictement encadrées

Les conditions de l'expérimentation prévues par le présent article permettent d'en circonscrire le cadre.

Tout d'abord, dans son I, l'article restreint le champ de l'expérimentation aux seuls centres de santé créés et gérés par des organismes à but non lucratif mentionnés au I de l'article L. 6323-1-3 du code de la santé publique. Il convient d'en déduire que sont exclues de l'expérimentation les autres structures visées au I de cet article L. 6323-1-3, notamment les personnes morales gestionnaires d'établissements privés de santé à but non lucratif ou à but lucratif¹.

¹ Selon l'article L. 6323-1-3, les centres de santé peuvent également être créés et gérés par les départements, les communes ou leurs groupements ainsi que par les établissements publics de santé.

Ensuite, le II indique qu'à l'exception des articles précités du code du travail, les professionnels exerçant au sein des centres de santé participant à l'expérimentation sont bien soumis aux autres dispositions du code du travail, notamment à celles régissant les CDD.

Par ailleurs, le III fixe la durée minimale du contrat de travail à une semaine, et sa durée maximale à cinq ans, sans préjudice d'un éventuel renouvellement ou de la conclusion d'un nouveau contrat de travail avec le même employeur.

Le IV énonce les sanctions applicables en cas de non-respect des dispositions prévues par le présent article au titre de l'expérimentation.

Le V renvoie les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation à un décret et limite son périmètre à 20 départements au maximum, dont deux d'outre-mer.

Le VI prévoit que l'expérimentation fait l'objet d'un rapport d'évaluation transmis au Parlement au plus tard trois mois avant son terme, en vue de statuer sur son éventuelle généralisation.

II - La position de la commission

- Exprimant sa préoccupation quant à la progression des inégalités territoriales de santé et des déserts médicaux, **la commission a salué la démarche initiée par l'association Médecins solidaires pour implanter une offre de soins de proximité dans des territoires ruraux isolés**. Le modèle des centres de santé « solidaires » semble en effet faire ses preuves sur le terrain : en 2023, ce sont 2 710 patients qui ont retrouvé un médecin traitant dans l'un des centres de santé géré par Médecins solidaires¹ ; la continuité des soins y est par ailleurs effectivement assurée, sans difficulté notable. À ce titre, l'association signale avoir mis en place des outils pour assurer une communication fluide des praticiens sur le dossier des patients, tel qu'un carnet des correspondants locaux pour les prises d'avis ou les besoins d'adressage du patient, des réunions de transmission hebdomadaires entre les équipes, des outils informatiques adaptés et une coordination administrative continue.

- Ce modèle de fonctionnement, basé sur le recours régulier à des praticiens extérieurs, offre aux médecins **une opportunité supplémentaire de diversification de leur mode d'exercice, tout en valorisant le contact avec la ruralité**. Sensible à ces enjeux, la commission a souligné l'intérêt de ce modèle participatif auquel semblent adhérer les professionnels qui y concourent.

Dans ces cas, ce sont les règles du droit public administratif qui s'appliquent, et non celles du droit du travail.

¹ Médecins solidaires, rapport d'activité 2023.

À cet égard, l'Inspection générale des affaires sociales relevait dans un rapport récent consacré au modèle économique des centres de santé pluriprofessionnels que **de plus en plus de professionnels médicaux font le choix d'un exercice « à temps très partiel » au sein de ces centres, témoignant de l'attrait que peut représenter ce mode d'exercice** en complément d'une activité principale.¹ L'exercice en centre de santé permet par ailleurs de décharger les médecins des tâches administratives et financières qui caractérisent l'exercice libéral, ce qui constitue un argument de plus pour attirer des praticiens.

- Après s'être interrogée sur l'opportunité d'un dispositif dérogeant assez largement au code du travail, quoique de façon plus limitée que la loi du 7 octobre 2016 pour une République numérique, **la commission en a soutenu l'économie générale**, d'une part, **au regard des enjeux d'accès à l'offre auquel il est susceptible de répondre** et, d'autre part, du caractère expérimental et proportionné des dérogations consenties. Il lui est notamment apparu que les modalités de l'expérimentation limitaient le risque d'éventuels effets de bord pour d'autres acteurs en matière de droit du travail.

Dans un souci de sécurisation du dispositif, la commission a néanmoins adopté **un amendement COM-15 rect. de consolidation à l'initiative de sa rapporteure, visant à subordonner l'entrée dans l'expérimentation à une autorisation préalable du directeur général de l'agence régionale de santé**. Elle a également adopté deux amendements de précision rédactionnelle (COM-16 et COM-17).

- Sensibilisée à certaines difficultés techniques et administratives rencontrées par l'association Médecins solidaires dans le fonctionnement de ses centres, la commission a par ailleurs signalé la nécessité d'accompagner la mise en œuvre de l'expérimentation de mesures facilitatrices concernant les relations des centres expérimentateurs avec les caisses primaires d'assurance maladie, notamment en matière de facturation. La Caisse nationale d'assurance maladie a admis que le modèle pouvait se heurter à certaines complexités opérationnelles, et a indiqué travailler à les résoudre.

La commission a enfin appelé à une révision rapide des modalités de financement des centres de santé, indispensable au développement et à la pérennité de ces structures, dans un contexte où près des deux tiers des centres de santé étaient en déficit en 2022, selon la direction générale de l'offre de soins².

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

¹ *Inspection générale des affaires sociales, Évaluation du modèle économique des centres de santé pluriprofessionnels, rapport, mars 2024.*

² *Sénat, Rapport d'information sur la financiarisation de l'offre de soins, par C. Imbert, B. Jomier et O. Henno, fait au nom de la commission des affaires sociales, septembre 2024.*

Article 8

Mieux évaluer les besoins de recrutement des praticiens à diplôme hors Union européenne (Padhue)

Cet article vise à préciser dans la loi les critères pris en compte pour fixer chaque année le nombre de places ouvertes aux Padhue candidats à l'autorisation d'exercice, dans le cadre des épreuves anonymes de vérification des connaissances.

L'article érige ce nombre en objectif quantitatif d'admission des candidats Padhue et supprime la notion de « nombre maximum de candidats susceptibles d'être reçus ».

La commission a adopté cet article modifié par l'amendement qu'elle a adopté.

I - Le dispositif proposé

A. Le droit existant

- En France, l'exercice des professions de médecin, de chirurgien-dentiste, de sage-femme¹ et de pharmacien² est, en principe, réservé aux personnes remplissant les conditions suivantes :

- être titulaires d'un diplôme, d'un certificat ou d'un autre titre mentionné par la loi ;

- avoir la nationalité française, la citoyenneté andorrane ou être ressortissant d'un État membre de l'Union européenne (UE) ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen, du Maroc ou de la Tunisie ;

- être inscrit au tableau de l'ordre de la profession concernée.

- Par dérogation, le ministre chargé de la santé peut autoriser individuellement à exercer l'une des professions susmentionnées les personnes titulaires d'un diplôme permettant, dans le pays d'obtention, l'exercice de cette profession³. Les praticiens à diplôme hors Union européenne (Padhue) peuvent s'inscrire dans ce dispositif.

D'autres procédures dérogatoires existent, notamment pour des personnes inscrites en troisième cycle des études de médecine en France⁴, pour des internes en médecine à titre étranger ou pour des médecins ou chirurgiens-dentistes étrangers dans le cadre d'un accord de coopération bilatéral avec la France⁵.

¹ Article L. 4111-1 du code de la santé publique.

² Article L. 4221-1 du code de la santé publique.

³ Article L. 4111-2 du code de la santé publique.

⁴ Article L. 4111-1-1 du code de la santé publique.

⁵ Article L. 4111-1-2 du code de la santé publique.

1. L'accès à l'autorisation individuelle d'exercice des Padhue subordonné à la réussite des épreuves de vérification des connaissances

a) Des conditions d'accès différenciées

- Depuis la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle, il est interdit aux établissements de santé de recruter des médecins titulaires d'un diplôme obtenu hors UE, sauf s'ils justifient avoir exercé des fonctions dans un établissement public de santé avant la publication de ladite loi.

En conséquence, une procédure d'autorisation d'exercice a été définie pour les Padhue candidats à l'exercice de la profession de médecin, de chirurgien-dentiste, de sage-femme ou de pharmacien en France. Ces dernières années, les procédures visant à autoriser l'exercice individuel des Padhue ont fait l'objet de réformes successives, complexes et nombreuses. Schématiquement, trois voies d'accès à l'autorisation d'exercice sont à distinguer selon la situation des Padhue.

- Relèvent de la « **liste A** » les Padhue justifiant d'un diplôme, d'un certificat ou d'un autre titre extracommunautaire permettant l'exercice de la profession de médecin, chirurgien-dentiste, pharmacien ou sage-femme dans le pays d'obtention de ce diplôme, certificat ou titre. Les Padhue de la liste A doivent être lauréats des épreuves nationales de vérification des connaissances, concours organisé par le Centre national de gestion dont le caractère sélectif dépend notamment d'un quota de postes ouverts par profession et, le cas échéant, par spécialité. Après réussite aux EVC, ils exercent des fonctions probatoires au sein d'un établissement de santé, sous un statut qui ne leur confère pas le plein exercice. Au terme de cette période d'exercice probatoire, ils peuvent obtenir l'autorisation de plein exercice.

- Relèvent de la « **liste B** » les Padhue remplissant la même condition de diplôme que ceux de la liste A et s'étant vus reconnaître la qualité de réfugié, d'apatride, de bénéficiaire de l'asile territorial ou de la protection subsidiaire, et les Français ayant regagné le territoire national à la demande des autorités françaises. Ces Padhue peuvent se voir délivrer une attestation permettant un exercice temporaire sans s'être soumis aux EVC. Pour obtenir une autorisation de plein exercice, ils doivent également se soumettre aux EVC. À l'inverse des Padhue de la liste A toutefois, le nombre maximal de postes ouverts aux EVC ne leur est pas opposable. Pour les Padhue de la liste B, les EVC ont donc le caractère d'un examen et non pas d'un concours ; ils doivent obtenir une note supérieure ou égale à la moyenne pour être lauréats.

- Enfin, la loi du 27 juillet 1999 avait introduit des dispositions transitoires pour régler la situation des Padhue justifiant d'un exercice en établissement de santé en France. Ces Padhue, dits « du stock », par opposition au « flux » de la liste A et de la liste B, ont constitué la « **liste C** ». La loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale

pour 2007 a ensuite autorisé des Padhue justifiant d'un recrutement avant le 10 juin 2004 dans un établissement de santé public ou privé participant au service public hospitalier, et de fonctions rémunérées entre décembre 2004 et décembre 2006 de poursuivre leurs fonctions au plus tard jusqu'au 31 décembre 2011. Seul le fait de passer les EVC pouvaient néanmoins leur permettre d'accéder à une autorisation de plein exercice.

Les dispositions permettant de maintenir à titre provisoire les Padhue de la liste C en fonction ont été successivement prolongées par diverses lois¹.

b) Une procédure d'autorisation d'exercice réformée par la loi OTSS du 24 juillet 2019

- La loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, dite loi OTSS, a conduit :

- à la prorogation jusqu'au 30 avril 2023 des fonctions des Padhue de la liste C ;

- à la suppression du recrutement direct des Padhue par les établissements de santé, remplacé par une procédure d'affectation ministérielle, subordonnée au rang de classement aux EVC.

Cette dernière évolution avait vocation à prévenir tout recrutement illégal de praticiens par les établissements de santé, afin de sécuriser les pratiques et d'empêcher la reconstitution d'un « stock » de Padhue susceptible d'alimenter la liste C.

- La procédure d'affectation ministérielle instituée par la loi OTSS a été précisée par le décret n° 2020-672 du 3 juin 2020 portant application de l'article 70 de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé [...]. À l'issue des EVC, une procédure nationale de choix de poste est organisée par le directeur du Centre national de gestion qui permet aux candidats lauréats, dans l'ordre de classement, de choisir une structure et un poste pour la réalisation de leur parcours de consolidation des compétences.

c) Une procédure d'autorisation d'exercice à nouveau réformée par la loi Valletoux du 27 décembre 2023

Les articles 35, 36 et 37 de la loi n° 2023-1268 du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels de santé ont à nouveau modifié la procédure d'autorisation d'exercice des Padhue.

¹ Notamment, la loi n° 2018-1245 du 27 décembre 2018 visant à sécuriser l'exercice des praticiens diplômés hors Union européenne avait prolongé l'exercice des Padhue de la liste C jusqu'au 31 décembre 2020.

- L'article 35 a créé une attestation d'exercice temporaire, d'une durée maximale de 13 mois, renouvelable une fois, délivrée après avis d'une commission avec engagement du praticien à passer les EVC¹.

- L'article 36 a apporté plusieurs modifications substantielles au dispositif d'autorisation d'exercice des Padhue :

- la règle du rang de classement aux EVC pour le choix du poste d'affectation pour la réalisation du PCC a été supprimée ;

- la durée unique du PCC, fixée à 2 ans pour les médecins et les pharmaciens et à un an pour les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes, a été supprimée afin de permettre une modulation de la durée du PCC, adaptée aux besoins de chaque candidat ;

- les Padhue recrutés en outre-mer sur le fondement de l'article L. 4131-5 du code de la santé publique peuvent, à condition d'être lauréats des EVC, être exemptés de PCC s'ils justifient d'au moins cinq années d'exercice dans un territoire ultra-marin.

Par ailleurs, l'article 36 a prévu que des dispositions réglementaires définissent les conditions dans lesquelles est fixé le nombre maximal de candidats susceptibles d'être reçus aux EVC et supprimé, à ce propos, la référence à l'évolution du nombre d'étudiants recrutés dans les études de santé.

- L'article 37 a prolongé jusqu'au 31 décembre 2030 le dispositif dérogatoire d'autorisation d'exercice des Padhue, par le directeur de l'agence régionale de santé, dans certains territoires ultra-marins, et l'a étendu à Mayotte².

2. Depuis 2019, un quadruplement du nombre de postes ouverts aux épreuves de vérification des connaissances pour les médecins

Dans un contexte de démographie médicale sous tension, les Padhue participent indéniablement à l'accès aux soins et au maintien de l'offre dans certaines spécialités.

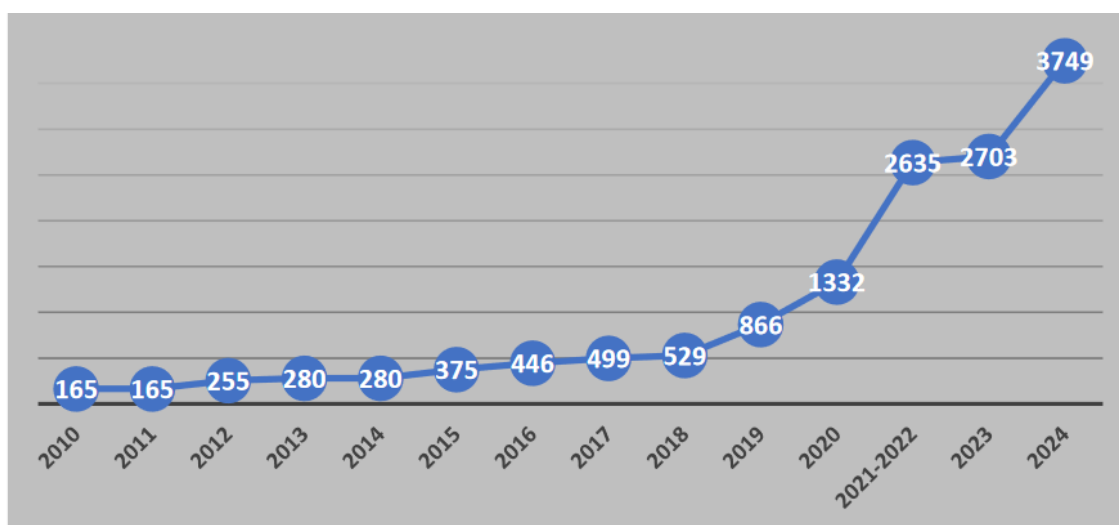
- Le nombre de places ouvertes chaque année aux Padhue candidats aux EVC est fondé sur un recensement des besoins effectué par les ARS auprès des établissements de santé et sur différents critères évalués au niveau national, dont les besoins des spécialités considérées comme particulièrement en tension – notamment l'anesthésie-réanimation, la gynécologie obstétrique, la médecine d'urgence ou la psychiatrie –, l'évolution du nombre d'étudiants de troisième cycle des études médicales en formation, ainsi que le nombre de Padhue en exercice dans un établissement français ayant échoué aux précédentes EVC³.

¹ Articles L. 4111-1-2 et L. 4221-12-1 du code de la santé publique.

² Article L. 4131-5 du code de la santé publique.

³ Réponses de la DGOS au questionnaire transmis par la rapporteure.

**Nombre de postes ouverts au titre de la liste A des EVC
pour la profession de médecin depuis 2010**



Source : Réponse du Conseil national de l'ordre des médecins au questionnaire de la rapporteure

- **L'augmentation spectaculaire du nombre de postes ouverts aux EVC chaque année depuis 2010 témoigne des besoins en temps médical auquel répondent les Padhue :** depuis 2019, le nombre de lauréats de la « liste A » a ainsi été multiplié par plus de 4 pour la profession de médecin.

Au titre des EVC 2024, 4 000 postes ont été ouverts, ce qui représente 1 300 postes supplémentaires par rapport aux EVC organisées en 2023. Le nombre de lauréats admis sur la liste principale augmente de 50 %, passant de 2 205 en 2023 à 3 235 en 2024¹.

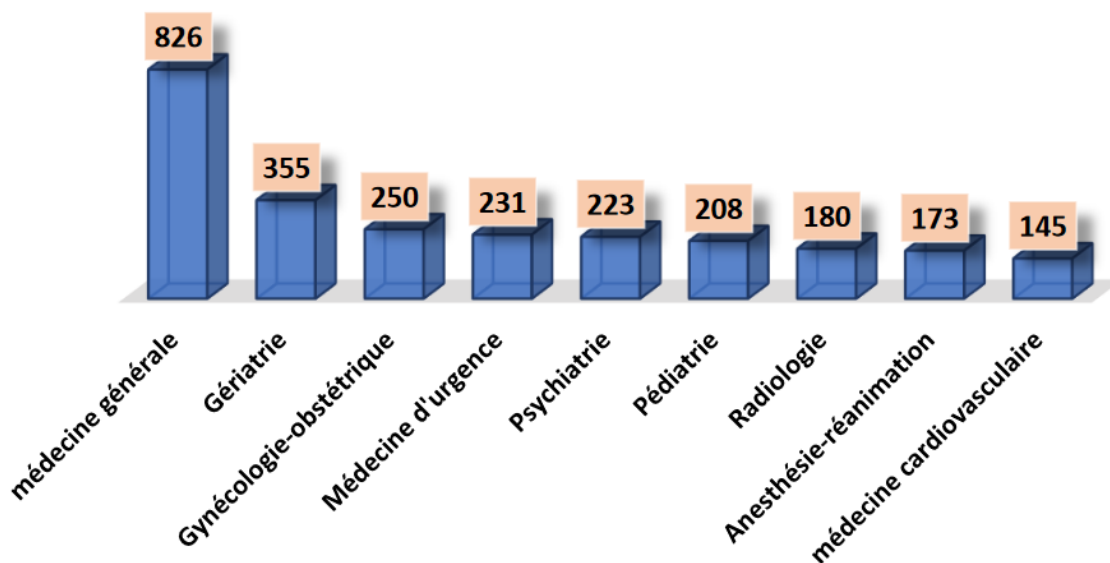
- **Toutefois, et malgré l'existence d'une liste complémentaire, la totalité des postes ouverts chaque année aux EVC n'est pas pourvue.**

En 2024, le différentiel entre le nombre de postes ouverts et le nombre de postes pourvus par la liste principale s'élève à 765, soit 19 % des postes ouverts non pourvus.

Pour cette même année 2024, 638 candidats étaient inscrits sur la liste complémentaire. Sous réserve d'une décision ministérielle d'affectation de ces candidats pour la réalisation d'un parcours de consolidation des compétences, ce sont donc 3 873 Padhue candidats à l'autorisation d'exercice qui pourraient, à terme, déposer un dossier de demande d'autorisation d'exercice.

¹ Données du ministère de la santé et de l'accès aux soins.

Nombre de postes ouverts au titre de la liste A, en 2024,
dans les principales spécialités de médecine



Source : Réponse du Conseil national de l'ordre des médecins au questionnaire de la rapporteure

B. Évaluer de façon précise et transparente les besoins de recrutement des Padhue candidats à l'autorisation d'exercice

1. Substituer un « objectif quantitatif d'admission de candidats » Padhue au « nombre maximum de candidats susceptibles d'être reçus » aux EVC

- En modifiant les articles L. 4111-2 et L. 4221-12 du code de la santé publique, l'article propose de supprimer la notion de « *nombre maximum de candidats susceptibles d'être reçus* » aux EVC, pour la remplacer par un « *nombre de places ouvertes* », défini comme un « *objectif quantitatif d'admission des candidats aux épreuves anonymes de vérification des connaissances* ».

Tel est l'objet des *a* et *b* du 1°, relatif aux Padhue candidats à l'autorisation d'exercer les professions de médecin, de chirurgien-dentiste et de sage-femme, ainsi que des *a* et *b* du 2°, relatif aux Padhue candidats à l'autorisation d'exercer la profession de pharmacien.

L'esprit du dispositif est ainsi modifié : il affiche désormais l'intention du législateur de pourvoir l'ensemble des postes ouverts.

2. Fixer dans la loi les critères pris en compte pour déterminer le nombre de places ouvertes aux EVC

- En modifiant les articles L. 4111-2 et L. 4221-12 du code de la santé publique, il est proposé d'inscrire directement dans la loi les critères visant à arrêter le nombre de postes ouverts chaque année aux EVC, d'une part pour les médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes (*a* du 1°), d'autre part pour les pharmaciens (*a* du 2°).

En effet, malgré les dispositions inscrites dans l'article L. 4111-2 du code de la santé publique depuis la loi Valletoux, aucun texte réglementaire n'a été publié pour définir les conditions dans lesquelles est fixé le nombre maximal de Padhue susceptibles d'être reçus aux EVC annuelles¹.

L'article prévoit ainsi que le nombre de places tient compte des capacités de formation dans chaque région et chaque subdivision, des besoins exprimés par les structures agréées pour l'accueil des candidats, et de la démographie de chaque profession et chaque spécialité.

Enfin, les *c* du 1° et du 2° rétablissent le principe selon lequel les conditions d'organisation des EVC sont définies par voie réglementaire, tandis que les *d* du 1° et du 2° procèdent à des coordinations juridiques.

II - La position de la commission

- Alors que la publication en février 2025 des résultats des EVC de 2024 a suscité de vives critiques de la part de certaines organisations représentatives des Padhue², **la commission a fait part de sa préoccupation quant aux conditions d'intégration de ces praticiens, qui contribuent de façon essentielle au maintien de l'offre de soins** dans de nombreux territoires et établissements.

À cet égard, la commission a exprimé ses attentes concernant l'annonce du ministre de la santé et de l'accès aux soins de « *faire évoluer le concours des épreuves de vérification des compétences pour permettre d'amplifier le nombre de praticiens que nous pourrions accueillir dans nos établissements, au bénéfice de la santé de tous les Français* »³. Elle appelle de ses vœux des travaux rapides pour y parvenir d'ici aux EVC de 2025.

- S'agissant plus précisément de l'évaluation des besoins de recrutement des Padhue, **la commission a regretté le défaut de communication ministérielle qui caractérise cette procédure, aussi bien que le manque de transparence concernant les critères de sélection des Padhue par le concours des EVC**. Elle engage le ministère à renforcer la lisibilité de ces critères, nécessaire à une meilleure compréhension des résultats du concours pour l'ensemble des candidats.

¹ Article L. 4111-2 du code de la santé publique, alinéa 2 : « Des dispositions réglementaires fixent les conditions d'organisation de ces épreuves ainsi que celles dans lesquelles est fixé le nombre maximum de candidats susceptibles d'être reçus. »

² Notamment le syndicat SOS Padhue et la Fédération des praticiens de santé (FPS).

³ Communiqué de presse du ministère chargé de la santé et de l'accès aux soins, « Praticiens à diplôme hors Union européenne : résultats des EVC 2024 et perspectives pour renforcer l'accès aux soins », 5 février 2025.

À propos du volume de places ouvertes au niveau national, la FHF évoque « *un niveau de transparence perfectible sur les critères pris en compte pour fixer ce nombre* » tout en admettant qu'il reflète globalement les besoins de chaque profession et spécialité¹. Elle souligne par ailleurs la nécessité « *de partir des besoins du territoire et des établissements par spécialité pour déterminer le nombre global de places ouvertes aux lauréats des EVC* ».

• **La commission a jugé que l'érection du nombre de places ouvertes aux EVC en objectif quantitatif d'admission des candidats Padhue renforcerait la portée de l'évaluation des besoins de recrutement de Padhue arrêtée annuellement par le ministère, sans porter préjudice à la souveraineté des jurys. La mention d'un objectif quantitatif d'admission des candidats Padhue ne produit pas d'obligation de résultats et n'influence pas le degré de sélectivité des procédures.** En tout état de cause, il ne conduit pas à dégrader les exigences concernant l'évaluation des candidats Padhue.

Souscrivant à l'ambition des dispositions de l'article 8, la commission a souhaité en consolider l'écriture en adoptant un amendement de précision rédactionnelle COM-18 à l'initiative de sa rapporteure. La rédaction proposée fait ainsi référence aux « *besoins prévisionnels du système de santé* » plutôt qu'aux « *besoins exprimés par les structures agréées pour l'accueil des candidats* », s'inspirant des dispositions de l'article L. 632-2 du code de l'éducation à propos des modalités de répartition des postes ouverts aux étudiants accédant au troisième cycle des études de médecine.

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

Articles 9 et 10

Simplifier le dispositif d'autorisation d'exercice des Padhue et favoriser leur orientation vers les zones sous-denses en ville

L'article 9 a pour objet de simplifier le dispositif d'autorisation d'exercice des Padhue affectés dans un établissement de santé en supprimant l'avis de la commission nationale statuant, à son terme, sur l'évaluation du parcours de consolidation des compétences. Il raccourcit en outre le délai d'octroi de l'autorisation d'exercice actuellement fixé au niveau réglementaire.

La commission a adopté cet article modifié par l'amendement qu'elle a adopté.

L'article 10 propose d'orienter les Padhue affectés dans un centre de santé ou une maison de santé prioritairement dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins.

Elle a adopté cet article sans modification.

¹ Réponse écrite de la FHF au questionnaire transmis par la rapporteure.

I – Le dispositif proposé

A. Le droit existant

1. L'obtention de l'autorisation individuelle d'exercice, subordonnée à l'avis favorable d'une commission nationale et à une décision ministérielle

- Pour les quatre professions de médecin, de chirurgien-dentiste, de sage-femme et de pharmacien, la voie d'accès de droit commun à l'autorisation de plein exercice comprend quatre étapes :

- les épreuves anonymes de vérification des connaissances (EVC)¹ ;

- pour les candidats lauréats des EVC, la réalisation d'un parcours de consolidation des compétences (PCC), après affectation sur un poste par décision ministérielle ; sa durée est déterminée par voie réglementaire²,

- l'évaluation par une commission nationale, qui émet un avis sur la poursuite éventuelle du PCC et qui peut décider de la réalisation d'un stage complémentaire ;

- la décision ministérielle d'autorisation individuelle d'exercice.

- La commission nationale appelée à se prononcer sur l'éventuelle poursuite du PCC est en majorité composée de professionnels de santé et comprend notamment des délégués des conseils nationaux des ordres et des organisations nationales des professions intéressées³.

En cas d'avis défavorable relatif à l'autorisation d'exercice du candidat, elle peut proposer une prolongation du PCC. Son avis est motivé⁴. **Pour rendre son avis, la commission se fonde notamment sur un rapport d'évaluation établi par le responsable de la structure d'affectation du candidat Padhue**, au sein de laquelle celui-ci a effectué son PCC⁵.

Les données communiquées par la direction générale de l'offre de soins (DGOS) indiquent qu'**en 2023, 85,9 % des dossiers examinés par la commission nationale ont donné lieu à un avis favorable, et 87 % en 2024**. Dans les autres dossiers, la commission a proposé une prolongation du PCC ou a sursis à statuer. **La proportion de dossiers pour lesquels la commission nationale ne rend pas un avis favorable est donc limitée.**

¹ Un candidat Padhue ne peut se présenter plus de quatre fois à ces épreuves.

² La loi n° 2023-1268 du 27 décembre 2023 a supprimé la durée fixe du parcours de consolidation des compétences, qui était fixée à deux ans pour les médecins et les pharmaciens, et à un an pour les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes.

³ Article D. 4111-10 du code de la santé publique.

⁴ Article R. 4111-11 du code de la santé publique.

⁵ Article D. 4111-8 du code de la santé publique.

Le secrétariat de la commission est assuré par le Centre national de gestion, avec l'appui du Conseil national de l'Ordre des médecins pour les commissions compétentes pour l'autorisation des médecins¹.

- S'agissant de la décision ministérielle autorisant individuellement les Padhue lauréats des EVC à exercer l'une des professions précitées, celle-ci doit intervenir, selon la loi, « *dans un délai fixé par voie réglementaire à compter de la proclamation des résultats* » des EVC².

L'article R. 4111-12 du code de la santé publique prévoit que **le Padhue adresse au Centre national de gestion, à l'issue de son PCC, une demande d'autorisation d'exercice** accompagnée d'un dossier, comprenant diverses pièces dont la liste est fixée par arrêté.

L'autorisation d'exercice est délivrée par le directeur du centre national de gestion, après avis de la commission nationale compétente. **En l'absence de réponse pendant une durée d'un an à compter de la réception d'un dossier complet, la demande d'autorisation d'exercice est réputée rejetée.**

Actuellement, la durée moyenne de la période comprise entre la fin du PCC et la délivrance de l'autorisation d'exercice atteint 6 mois en moyenne. La DGOS indique se fixer pour objectif, avec le Centre national de gestion, de réduire ce délai.

2. Une volonté d'élargir les structures d'accueil des Padhue candidats à l'autorisation d'exercice pour la réalisation de leur PCC

- Depuis la loi n° 2023-1268 du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels de santé – dite « loi Valletoux » –, les articles L. 4111-2 et L. 4221-12 du code de la santé publique, relatifs respectivement aux Padhue candidats à l'exercice des professions de médecin, de chirurgien-dentiste et de sage-femme d'une part, et de pharmacien d'autre part, prévoient que **le parcours de consolidation de compétences peut être réalisé** non seulement au sein des établissements de santé publics ou privés à but non lucratif et au sein des établissements sociaux ou médico-sociaux, mais également « *au sein des structures d'exercice coordonné mentionnées aux articles L. 6323-1 et L. 6323-3.* »

Les structures d'exercice coordonné mentionnées à l'articles L. 6323-1 du code de la santé publique sont les centres de santé ; celles mentionnées à l'article L. 6323-3 du même code sont les maisons de santé.

- **Le recensement des structures susceptibles d'accueillir des Padhue** candidats à l'autorisation d'exercice pour la réalisation de leur parcours de consolidation des compétences **est confié aux agences régionales de santé**, qui en proposent une liste au ministre chargé de la santé³.

¹ Article D. 4111-13 du code de la santé publique.

² Articles L. 4111-2 et L. 4221-12 du code de la santé publique.

³ Articles R. 4111-1-1 et R. 4221-7-1 du code de la santé publique.

En dépit des dispositions du décret n° 2020-672 du 3 juin 2020 portant application de l'article 70 de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé [...], aucun arrêté n'est venu définir les modalités de recensement ni les conditions de validation des structures d'accueil par les agences régionales de santé.

B. Des propositions d'évolution du dispositif d'autorisation dans un souci de simplification des procédures, et d'orientation des Padhue dans les territoires sous-dotés

1. Simplifier le dispositif d'évaluation des Padhue au terme du PCC

• **L'article 9 vise à supprimer l'avis de la commission nationale qui statue sur l'autorisation individuelle d'exercice des Padhue affectés dans un établissement de santé pour la réalisation de leur PCC¹.**

Le *a* du 1°, qui s'applique aux médecins, aux chirurgiens-dentistes et aux sages-femmes, et le *a* du 2°, qui s'applique aux pharmaciens, suppriment cet avis.

En conséquence, le *b* du 1° et le *b* du 2° prévoient :

- **que lorsque le Padhue est affecté dans un établissement de santé pour la réalisation de son PCC, l'avis de la commission nationale est remplacé par les avis du chef de service, du chef de pôle et du président de la commission médicale d'établissement ;**

- **qu'en cas d'avis défavorable de l'une de ces autorités, une commission nationale est saisie pour décider de la prolongation éventuelle du PCC.**

• Par ailleurs, lorsque les Padhue sont affectés dans un établissement social ou médico-social ou dans une structure d'exercice coordonné en ville, c'est-à-dire dans un centre de santé ou dans une maison de santé, l'avis sur l'autorisation d'exercice demeure rendu par une commission nationale, qui décide de l'éventuelle prolongation du PCC.

La différence de traitement opérée entre les Padhue affectés en établissement de santé et les autres se justifie, *a priori*, par la difficulté voire par l'impossibilité de solliciter l'avis de plusieurs autorités médicales dans les établissements sociaux, médico-sociaux ou dans les structures d'exercice coordonné.

¹ Malgré la possibilité ouverte par la loi Valletoux d'affecter des Padhue dans des structures d'exercice coordonné en ville, des difficultés techniques et financières font toujours obstacle à la réalisation de ces affectations. En conséquence, les Padhue sont actuellement tous affectés en établissement de santé ou médico-social. À terme, les affectations en ville devraient se développer, notamment pour les Padhue candidats à l'autorisation d'exercice en médecine générale.

2. Accélérer le processus décisionnel aboutissant à l'autorisation individuelle d'exercice du Padhue

- **L'article 9 fixe directement dans la loi le délai maximal au terme duquel la décision d'autorisation ministérielle est rendue** lorsque les avis des autorités médicales appelées à se prononcer sur l'évaluation du PCC sont unanimement favorables ou lorsque la commission nationale compétente ne décide pas de la prolongation du PCC. Ce délai est fixé à quatre mois. Tel est l'objet du dernier alinéa du *b* du 1° et du *b* du 2°.

- Dans ces deux cas, la rédaction de l'article revient à placer le ministre **en situation de compétence liée**. Il en résulte qu'à défaut de décision ministérielle rendue dans le délai susmentionné, l'autorisation individuelle d'exercice est réputée délivrée au Padhue.

Il s'agit donc d'une inversion procédurale partielle, par rapport à la situation actuelle, la décision étant à ce jour réputée défavorable en l'absence de réponse pendant un délai d'un an de l'autorité compétente (*cf. supra*).

3. Favoriser l'orientation des Padhue réalisant leur PCC en ville dans les territoires caractérisés par une offre de soins insuffisante

L'article 10 prévoit que les Padhue affectés dans une structure d'exercice coordonné en ville pour la réalisation de leur PCC le sont en priorité dans les zones de sous-densité médicale.

Le 1° s'applique aux Padhue candidats à l'exercice de la profession de médecin, de chirurgien-dentiste et de sage-femme ; le 2° s'applique aux Padhue candidats à l'exercice de la profession de pharmacien.

II - La position de la commission

- Après avoir exprimé ses attentes concernant l'annonce ministérielle d'une évolution de la procédure d'autorisation d'exercice des Padhue pour les EVC 2025, **la commission a salué la volonté de simplification de la procédure portée par l'article 9 et approuvé l'opportunité d'accélérer la délivrance des autorisations d'exercice à l'issue du PCC**. Alors que les Padhue candidats à l'autorisation d'exercice sont engagés dans des parcours de validation longs et demeurent parfois durablement dans des situations précaires, l'intention marquée par le dispositif de l'article 9 lui est apparue salubre.

La DGOS s'est dite favorable à un dispositif visant à substituer l'avis des autorités médicales locales à celui de la commission nationale d'autorisation d'exercice, qui contribuerait à « *fluidifier grandement le parcours d'autorisation d'exercice des candidats* »¹. Elle a ainsi indiqué que « *les délais de réunion des commissions nationales d'autorisation d'exercice sont parfois de plusieurs mois, et peuvent fragiliser la situation des Padhue ayant finalisé leur parcours de consolidation des compétences, notamment au regard du droit au séjour* ».

¹ Réponses de la DGOS au questionnaire transmis par la rapporteure.

- Au cours des auditions, **la rapporteure a toutefois été sensibilisée au risque que comporterait une évaluation directe du candidat Padhue par ses pairs au sein de son établissement d'affectation.** Un tel schéma ne serait pas exempt de tout conflit d'intérêts et pourrait entacher l'impartialité de l'évaluation du candidat. La conférence des présidents de commission médicale d'établissement (CME) des centres hospitaliers universitaires, consultée sur cet article, a ainsi indiqué qu'il serait « *dangereux de donner la capacité de valider les compétences d'un praticien à des professionnels totalement en conflits d'intérêt* ».

De même, **les conseils nationaux des ordres professionnels ont exprimé leurs réticences à l'égard de la suppression de l'avis de la commission nationale d'autorisation d'exercice, et souligné la nécessité de conserver une évaluation objective des candidats.** Le Conseil national de l'Ordre des médecins a néanmoins indiqué que la procédure actuelle mériterait d'être améliorée, en particulier en travaillant à harmoniser les exigences du concours entre les disciplines et les spécialités. La problématique de l'hétérogénéité du concours, selon les spécialités, a également été soulignée par la Fédération hospitalière de France et la conférence des présidents de CME des centres hospitaliers universitaires.

- **La commission souscrit sans ambiguïté à la nécessité de préserver l'impartialité de l'évaluation des candidats Padhue et de veiller à la qualité de leur parcours de formation.**

Dans le cadre de sa réflexion sur les pistes d'évolution souhaitables de la procédure actuelle, il lui a d'abord semblé utile d'œuvrer au renforcement de l'accompagnement universitaire du Padhue, en prenant en compte l'avis du coordonnateur local de la spécialité. Plusieurs des acteurs auditionnés ont jugé cette perspective nécessaire à l'amélioration de la qualité du parcours des candidats, et la DGOS a indiqué souhaiter concrétiser cette mesure pour les prochaines EVC afin de « *prévenir les avis négatifs de la commission nationale d'autorisation d'exercice reposant sur un PCC insuffisamment adapté à l'exercice de la spécialité.* »¹

Ensuite, **considérant que la compétence conférée à la commission nationale pour statuer sur le PCC et l'autorisation d'exercice constitue un gage d'impartialité, la commission, à l'initiative de sa rapporteure, a privilégié le maintien de cette étape de validation pour l'ensemble des Padhue lauréats des EVC.**

Elle a, en conséquence, proposé un amendement COM-19 de réécriture globale pour réorienter le dispositif de l'article 9 en autorisant une saisine de la commission nationale d'autorisation d'exercice avant la fin du PCC, conjointement par le chef de service, le chef de pôle et le coordonnateur local de la spécialité. Ce faisant, elle a entendu conférer aux acteurs locaux un pouvoir d'appréciation autonome pour autoriser un raccourcissement de la

¹ Ibid.

durée du PCC, sous réserve d'un avis favorable de la commission nationale. Ce nouveau dispositif, qui prolonge l'ambition de la loi dite Valletoux du 27 décembre 2023, permettrait :

- de moduler la durée du PCC en fonction de l'évaluation du Padhue par les praticiens directement chargés de sa supervision ;
- d'intégrer un accompagnement universitaire des candidats pour renforcer la qualité de leur formation.

Au surplus, ayant relevé que la rédaction de l'article 9 pourrait mieux prendre en compte les spécificités de la profession de sage-femme, la commission a substitué l'avis du coordonnateur en maïeutique et celui du directeur de la structure de formation en maïeutique à ceux du chef de service et du coordonnateur local de la spécialité, prévus pour les autres professions.

S'agissant de la réforme des EVC, la commission s'en remet aux annonces du Gouvernement pour proposer, en concertation avec les représentants des Padhue et les conseils nationaux des ordres professionnels, des évolutions répondant aux limites soulignées par l'ensemble des acteurs, en veillant à préserver la qualité des parcours et les exigences de la procédure d'évaluation des candidats.

• **Enfin, la commission a souhaité renforcer les dispositions de l'article 9 visant à encadrer et à réduire le délai d'octroi de l'autorisation d'exercice.** À l'initiative de sa rapporteure, elle a proposé d'inscrire plus explicitement qu'en cas de silence gardé par l'autorité compétente, la décision d'autorisation d'exercice était réputée favorable et délivrée.

• À propos de l'article 10, considérant que le territoire dans lequel se déroulent les études des praticiens est un critère déterminant de l'installation ultérieure des praticiens, **la commission a soutenu l'ambition d'un dispositif visant à favoriser l'installation des Padhue dans les centres de santé et les maisons de santé situés en zones sous-denses.** L'ouverture des affectations dans des structures d'exercice coordonné, depuis la loi Valletoux, et l'encouragement à recenser des structures dans les territoires sous-dotés, pourraient ainsi faciliter des installations de Padhue autorisés à exercer dans ces territoires.

La commission a néanmoins regretté que les affectations des Padhue en ville soient actuellement freinées par des difficultés opérationnelles tenant aux modalités de financement et de prise en charge de la rémunération du Padhue, ainsi qu'aux conditions de son encadrement. **Elle appelle le ministère à lever ces obstacles dans les plus brefs délais, pour conférer toute leur portée aux dispositions de la loi Valletoux,** et à accompagner l'augmentation du nombre de praticiens agréés maîtres de stage des universités pour accueillir davantage de Padhue en ville.

La commission a adopté l'article 9 ainsi modifié.

Elle a adopté l'article 10 sans modification.

Article 11

Favoriser le recours aux protocoles de coopération dans les structures d'exercice coordonné

Cet article vise à favoriser la coopération interprofessionnelle dans les structures d'exercice coordonné, notamment par le recours à des protocoles de coopération.

La commission a adopté cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

A. Progressivement simplifié, le recours aux protocoles de coopération demeure toutefois décevant

1. Pour favoriser le partage de compétences, le recours aux protocoles de coopération a été progressivement encouragé

- Créés par la loi dite « *Hôpital, patients, santé et territoires* » (HPST) de 2009¹, les protocoles de coopération permettent à des professionnels de santé travaillant en équipe de s'engager, à leur initiative, dans une **démarche de coopération** pouvant impliquer :

- des **transferts d'activités ou d'actes** de soins et de prévention ;
- ou une **réorganisation de leurs modes d'intervention** auprès des patients².

La conclusion de ces protocoles peut, d'abord, viser à **expérimenter des partages de tâches**, en dérogeant aux périmètres législatifs et réglementaires des compétences des professions de santé. Le comité national des coopérations interprofessionnelles (CNCI) est, ainsi, chargé d'identifier et prioriser les projets en tenant compte des besoins nationaux de santé et de l'accès aux soins³. Il assure l'évaluation des protocoles autorisés et peut proposer l'intégration des actes dérogatoires dans les compétences réglementaires des professionnels, ainsi que leurs modalités de financement et de rémunération définitives⁴.

¹ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

² Article L. 4011-1 du code de la santé publique.

³ Article D. 4011-3 du code de la santé publique.

⁴ Article L. 4011-3 du code de la santé publique.

Certains protocoles visent, par ailleurs, à **sécuriser juridiquement des glissements de tâches** observés sur le terrain, conduisant certains professionnels à réaliser des actes excédant le périmètre de leurs compétences reconnues. Le délit d'exercice illégal de la médecine n'est pas applicable aux actes que les médecins ont volontairement transférés à d'autres professionnels de santé dans le cadre d'un protocole de coopération¹.

Les protocoles envisagés doivent, toutefois, offrir des **garanties de qualité et de sécurité**. Ils doivent, notamment, préciser les formations nécessaires à leur mise en œuvre et permettre l'information du patient². Des « exigences essentielles » sont définies par décret et comprennent, par exemple, le fait :

- de respecter les recommandations de bonnes pratiques élaborées ou validées par la Haute Autorité de santé (HAS) ;
- d'énoncer les conditions d'expérience professionnelle et de formation complémentaire théorique et pratique requises ;
- de définir les modalités d'information du patient et de partage des données de santé dans un cadre sécurisé³.

• Les **procédures de conclusion de protocoles de coopération ont été simplifiées** ces dernières années, afin d'encourager les professionnels de santé et les structures d'exercice coordonné à y recourir.

La **loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (OTSS) de 2019** a, d'abord, distingué protocoles nationaux et protocoles locaux.

Les **protocoles nationaux** sont portés par le CNCI, qui lance des appels nationaux à manifestation d'intérêt pour inviter les professionnels de santé volontaires à participer à leur rédaction, avec l'appui des conseils nationaux professionnels (CNP) et des ordres des professions concernées. Lorsqu'il est établi, le protocole est autorisé sur l'ensemble du territoire national par arrêté pris après avis de la HAS. Les structures d'emploi ou d'exercice des professionnels souhaitant le mettre en œuvre sont libres de le faire sous leur responsabilité, sur simple déclaration à l'agence régionale de santé (ARS)⁴.

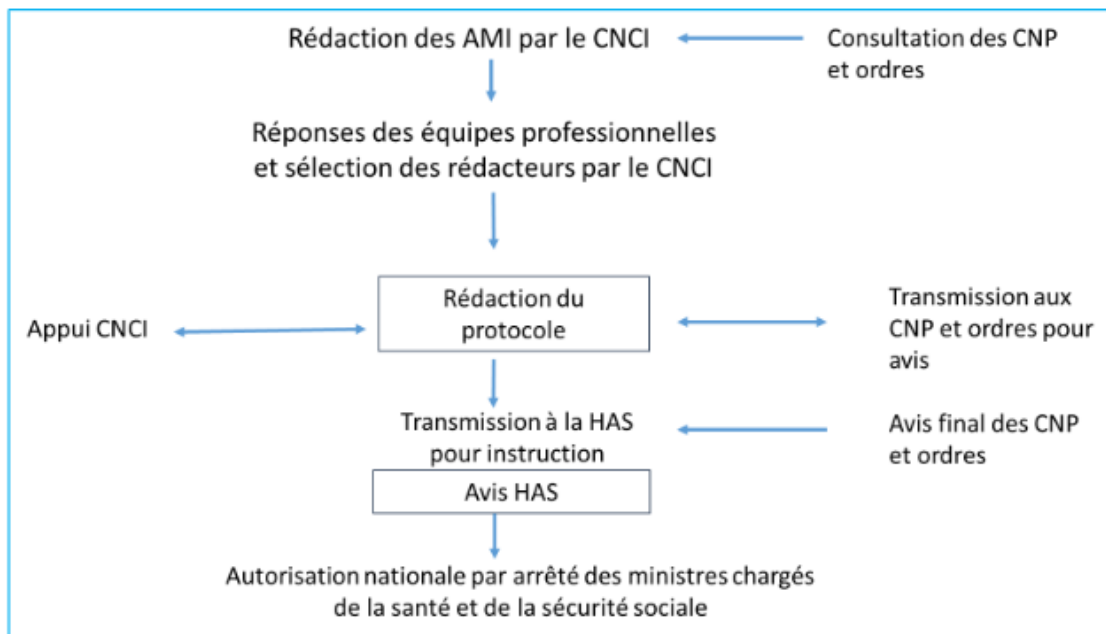
¹ Articles L. 4011-1 et L. 4161-1 du code de la santé publique.

² Article L. 4011-1 du code de la santé publique.

³ Article R. 4011-1 du code de la santé publique.

⁴ Article L. 4011-3 du code de la santé publique.

Procédure d'élaboration et de validation des protocoles nationaux



Source : Inspection générale des affaires sociales (2024)

Les **protocoles locaux**, autrefois réservés aux établissements de santé et groupements hospitaliers de territoire¹, ont été étendus par la loi dite « Rist » d'avril 2021² au secteur médico-social³, aux équipes de soins primaires et spécialisés et aux communautés professionnelles territoriales de santé⁴ (CPTS). Ces protocoles ne sont valables, après déclaration au directeur général de l'ARS⁵, que dans les établissements, équipes ou CPTS qui en sont à l'initiative. Sur proposition du CNCI, ils peuvent toutefois être étendus à l'ensemble du territoire national par arrêté pris après avis de la HAS⁶.

La loi dite « Rist 2 » de 2023⁷ a, enfin, cherché à **simplifier l'adaptation des protocoles nationaux**. Elle a permis au CNCI, après consultation des CNP concernés et avis de la HAS, d'adapter les protocoles nationaux autorisés pour les actualiser en fonction de l'évolution des recommandations de bonnes pratiques, en modifier le périmètre ou ajuster les modalités selon lesquelles les professionnels sont autorisés à les mettre en œuvre. Les protocoles ainsi adaptés doivent à nouveau être autorisés par arrêté⁸.

¹ Article L. 4011-4 du code de la santé publique.

² Article 3 de la loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification.

³ Article L. 4011-4-2 du code de la santé publique.

⁴ Article L. 4011-4-1 du code de la santé publique.

⁵ Article L. 4011-4-4 du code de la santé publique.

⁶ Article L. 4011-4-6 du code de la santé publique.

⁷ Article 8 de la loi n° 2023-379 du 19 mai 2023 portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé.

⁸ Article 4011-3 du code de la santé publique.

2. La portée des protocoles de coopération conclus demeure toutefois décevante

Malgré ces dispositions volontaristes, **le nombre, le périmètre et le destin des protocoles conclus demeurent décevants.**

- **Le nombre de protocoles conclus et de professionnels de santé concernés** apparaît, d'abord, relativement faible.

L'Inspection générale des affaires sociales (Igas) observait, dans un rapport relatif à la profession infirmière de 2022, que « *Depuis 2009, les protocoles souffrent d'un manque d'adhésion des acteurs en raison de procédures qui, malgré les assouplissements récents, restent longues et lourdes à initier...* » Elle dénombrait 56 protocoles de coopération nationaux autorisés, dont 43 concernaient les infirmiers. Parmi eux, 34 étaient autorisés en établissements de santé et 9, seulement, en structure pluri-professionnelle ou en libéral¹.

Sur la base, notamment, de remontées des ARS, l'Igas estimait également, dans un rapport de 2021 relatif aux compétences des professionnels de santé, à 8 700 le nombre de professionnels de santé engagés dans des protocoles de coopération, représentant seulement 0,23 % des infirmiers et 2,31 % des médecins².

- **Le périmètre des compétences couvertes par les protocoles existants** apparaît, en outre, relativement limité.

La Cour des comptes relève, ainsi, dans un rapport de 2024, que « *nombre de bilans ont montré que les délégations étaient, en France, moins larges que dans les autres pays développés, le médecin généraliste demeurant plus qu'ailleurs le pivot et le dispensateur des soins : c'est le cas des délégations envers les infirmières, les sages-femmes et les pharmaciens* »³.

Si les protocoles de coopération conclus touchent des champs thérapeutiques relativement diversifiés, ils **ne couvrent toutefois que rarement l'ensemble du processus médical**, du diagnostic jusqu'à l'intervention thérapeutique. L'Igas observait, dans son rapport précité de 2021 relatif aux compétences, qu'un tiers seulement des protocoles conclus couvrent à la fois l'étape diagnostique et l'intervention thérapeutique, les autres ne couvrant qu'une partie de la prise en charge du patient : pré-diagnostic, lecture des résultats, réalisation des soins, etc.⁴

- Enfin, les protocoles conclus **n'aboutissent que rarement sur une évolution pérenne de la répartition des compétences** entre professions de santé.

¹ Igas, Évolution de la profession et de la formation infirmières, octobre 2022, p. 18.

² Igas, Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé, novembre 2021, p. 40.

³ Cour des comptes, Organisation territoriale des soins de premier recours, mai 2024, p. 63.

⁴ Igas, Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé, op. cit., p. 42.

Il faut observer, d'abord, que **certains protocoles ont connu un succès important**. Il en va ainsi, notamment, du protocole « Asalée », fondé sur une coopération entre des infirmiers formés à l'éducation thérapeutique et des médecins généralistes, pour améliorer la prise en charge de maladies chroniques. Le protocole a été étendu à l'ensemble du territoire national par un arrêté de 2021¹ et impliquerait aujourd'hui 1 800 infirmiers².

Toutefois, l'Igas observait, en 2022, que de nombreux protocoles ont, dans la pratique, une « *portée trop contextualisée (...) pour faire l'objet d'une généralisation* ». Elle observait qu'à l'exception, notable, du protocole Asalée, « *les protocoles nationaux qui concernent les infirmiers impliquent une proportion trop faible de professionnels ou demandent une formation trop spécifique pour qu'on puisse vraiment envisager de les inclure dans la profession socle sans prévoir, en plus de la formation initiale, des formations complémentaires...* »³.

B. L'article 11 vise à favoriser le recours aux protocoles de coopération au sein des structures d'exercice coordonné

L'article 11 vise à favoriser le recours aux protocoles de coopération, en incluant la coopération interprofessionnelle parmi les missions des principales structures d'exercice coordonné, rassemblant des professionnels partageant une patientèle commune.

- Le **1° de l'article** complète les dispositions de l'article L. 1411-11-1 du code de la santé publique relatives aux équipes de soins primaires, pour prévoir que ces dernières doivent contribuer à favoriser le développement des coopérations entre professionnels de santé.

- Les **2° et 3° de l'article** complètent les dispositions du code de la santé publique relatives aux centres de santé.

Le **2°** insère, à l'article L. 6323-1, des dispositions prévoyant que les centres de santé doivent favoriser le développement des coopérations entre les professionnels qui y exercent.

Le **3°** complète l'article L. 6323-1-10 pour prévoir que le projet de santé des centres de santé précise les conditions dans lesquelles ce dernier entend développer ces coopérations, notamment par la mise en œuvre de protocoles de coopération.

¹ Arrêté du 1^{er} mars 2021 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Asalée : travail en équipe infirmier(e)s délégué(e)s à la santé populationnelle & médecins généralistes pour l'amélioration de la qualité des soins et l'allocation optimisée de la disponibilité des professionnels de santé sur le territoire concerné ».

² Cour des comptes, Organisation territoriale des soins de premier recours, op. cit., p. 62.

³ Igas, Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé, op. cit., p. 53.

- Le 4° de l'article, enfin, insère à l'article L. 6323-3 du code de la santé publique des dispositions prévoyant que les projets de santé des maisons de santé pluriprofessionnelles doivent préciser les conditions dans lesquelles ces dernières entendent développer les coopérations entre les professionnels de santé qui y exercent, notamment par la mise en œuvre de protocoles de coopération.

II - La position de la commission

La commission a **favorablement accueilli ces dispositions**, susceptibles de favoriser le développement des protocoles de coopération, en ville, au sein des structures d'exercice coordonné.

Soucieuse de renforcer les partages de tâches pour améliorer la prise en charge des patients, favoriser un meilleur accès aux soins et une meilleure reconnaissance des compétences des professionnels de santé, elle avait soutenu, déjà, la refonte du cadre juridique des protocoles lors de l'examen de la loi de 2019¹, ou les dispositions de la loi « Rist 2 » qui ont favorisé l'adaptation des protocoles nationaux².

La commission regrette, à cet égard, que ce dispositif ne suscite encore, pour le moment, qu'un **engouement modéré**. Elle observe que, face à ce constat, la Cour des comptes a récemment proposé d'inciter financièrement les structures d'exercice coordonné à déployer des protocoles de coopération. La Cour juge, notamment, que *« Le soutien financier qui leur est attribué devrait être ainsi conditionné par un effort suffisant en ce sens (via l'inscription du développement des coopérations entre professionnels de santé parmi les missions socle, dont la réalisation est une condition nécessaire au versement de toute aide). »*³

En fixant pour mission aux équipes de soins primaires, aux centres de santé et aux maisons de santé pluriprofessionnelles de développer les coopérations entre professionnels de santé, notamment par la mise en œuvre de protocoles de coopération, les présentes dispositions s'inscrivent pleinement dans cet objectif.

La commission souhaite que le développement des coopérations interprofessionnelles figure désormais, chaque fois que cela sera possible, parmi les **critères conditionnant le versement d'aides financières à ces structures**.

La commission a adopté cet article sans modification.

¹ Rapport n° 380 (2018-2019) de M. Alain Milon, fait au nom de la commission des affaires sociales sur le projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé, déposé le 22 mai 2019.

² Rapport n° 328 (2022-2023) de Mme Corinne Imbert, fait au nom de la commission des affaires sociales sur la proposition de loi portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé, déposé le 8 février 2023.

³ Cour des comptes, Organisation territoriale des soins de premier recours, op. cit., p. 93.

Article 12

Prise en charge de certaines situations cliniques par les pharmaciens d'officine

Cet article autorise les pharmaciens d'officine à contribuer à l'évaluation et à la prise en charge de situations cliniques, listées par arrêté, ainsi qu'à l'orientation du patient dans le parcours de soins. Il prévoit que la convention nationale des pharmaciens d'officine devra fixer les tarifs de ces prestations.

La commission a adopté cet article modifié par deux amendements visant à sécuriser la mise en œuvre de cette nouvelle compétence.

I – Le dispositif proposé

A. Les pharmacies d'officine constituent des maillons essentiels de l'accès aux soins

1. Un maillage officinal performant

- La France bénéficie historiquement d'un maillage officinal performant, assis sur **un nombre important de pharmacies d'officine**.

Au 1^{er} janvier 2024, 19 887 pharmacies d'officine étaient décomptées sur le territoire national, devant permettre d'assurer la desserte de l'ensemble du territoire¹.

La **densité française de pharmacies d'officine apparaît, par ailleurs, relativement élevée**. Elle se situait, ces dernières années, au-dessus de la densité moyenne constatée dans les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). En 2019, la France comptait ainsi 32 officines pour 100 000 habitants quand l'Allemagne n'en comptait que 23 et le Royaume-Uni, 21².

- La **répartition territoriale des pharmacies d'officine apparaît, par ailleurs, relativement équilibrée**.

Les transferts, regroupements et créations d'officines font l'objet d'une **régulation législative ancienne et applicable sur l'ensemble du territoire national**. Ces dispositions confient au directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) le soin de n'autoriser l'ouverture d'une pharmacie d'officine que lorsque celle-ci respecte des seuils démographiques appréciés au niveau communal³, permet une desserte optimale en médicaments⁴ et ne compromet pas l'approvisionnement nécessaire d'une population⁵.

¹ Cnop, Les pharmaciens. Panorama au 1^{er} janvier 2024, 25 juin 2024.

² OCDE, Panorama de la santé 2021. Les indicateurs de l'OCDE, 10 décembre 2021.

³ Article L. 5125-4 du code de la santé publique.

⁴ Article L. 5125-3-2 du code de la santé publique.

⁵ Article L. 5125-3 du code de la santé publique.

De nombreuses officines demeurent installées dans les territoires ruraux et contribuent, ainsi, à l'offre de soins de proximité. Selon le Conseil national de l'Ordre des pharmaciens (Cnop), 35 % des officines étaient installées au sein de communes de moins de 5 000 habitants en 2024 et 31 % des officines au sein d'une commune comptant entre 5 000 et 30 000 habitants¹.

Ce maillage apparaît performant : un rapport de l'Inspection générale des finances (IGF) et de l'inspection générale des affaires sociales (Igas) soulignait, en 2016, que 97 % des Français vivaient à moins de dix minutes en voiture d'une pharmacie d'officine, et 99,5 % d'entre eux à moins de quinze minutes².

2. Une extension progressive des missions des pharmaciens

Pour améliorer l'accès aux soins, **les missions des pharmaciens d'officine ont été progressivement étendues** ces dernières années.

- Le législateur a reconnu à la profession, d'abord, des **compétences de prescription ou de dispensation sans ordonnance**.

La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2023³ autorise, ainsi, les pharmaciens à **prescrire certains vaccins listés par arrêté**⁴.

La LFSS pour 2022 avait, de son côté, autorisé l'expérimentation, dans trois régions et pour deux ans, d'une prise en charge par l'assurance maladie des traitements du sevrage tabagique par des **substituts nicotiniques dispensés sans ordonnance par les pharmaciens d'officine**⁵.

Enfin, alors que l'utilisation de tests rapides d'orientation diagnostique (Trod) était encouragée depuis plusieurs années, la LFSS pour 2024⁶ a autorisé les pharmaciens d'officine à **délivrer certains médicaments sans prescription médicale préalable, après la réalisation d'un test**. Un arrêté de juin 2024 est venu leur permettre de délivrer sur cette base :

- des antibiotiques préconisés pour le traitement d'une angine bactérienne ;

- des antibiotiques préconisés pour le traitement d'une cystite aiguë non compliquée chez la femme⁷.

¹ Cnop, Les pharmaciens. Panorama au 1^{er} janvier 2024, op. cit.

² IGF et Igas, La régulation du réseau des pharmacies d'officine, octobre 2016, p. 5.

³ Article 33 de la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023.

⁴ Article L. 5125-1-1 A du code de la santé publique.

⁵ Article 66 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022.

⁶ Article 52 de la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024.

⁷ Arrêté du 17 juin 2024 fixant les modalités de délivrance de médicaments sans ordonnance après la réalisation d'un test rapide d'orientation diagnostique, les modalités de formation spécifique des pharmaciens d'officine en la matière et précisant les conditions de recours à une ordonnance de dispensation conditionnelle.

- Les **missions d'accompagnement** des pharmaciens d'officine ont également été progressivement renforcées ces dernières années.

Plusieurs **entretiens** ont été reconnus ou revalorisés ces dernières années, notamment par la voie conventionnelle : l'entretien d'accompagnement pharmaceutique des femmes enceintes, l'entretien pharmaceutique ou le bilan partagé de médication¹.

La convention pharmaceutique de 2022, enfin, valorise le rôle d'accompagnement du pharmacien dans le cadre de **téléconsultations réalisées en officine**. Le pharmacien est notamment appelé à assister le téléconsultant dans la réalisation de certains actes nécessaires à l'examen clinique et à accompagner le patient dans la bonne compréhension de la prise en charge proposée².

B. L'article 12 vise à permettre la généralisation et le prolongement de l'expérimentation Osys

1. Le succès de l'expérimentation « Osys »

- Lancée en 2021³, en Bretagne, sur le fondement des dispositions dites « de l'article 51 », l'expérimentation « Orientation dans le système de soins » (Osys) avait pour objectif de **permettre l'implication du pharmacien d'officine dans la prise en charge des soins non programmés de premier recours**, dans des territoires où l'accès à un médecin généraliste est difficile.

Dans le cadre de cette expérimentation, le pharmacien est amené à **orienter, à l'aide d'arbres décisionnels validés**, le patient qui vient en première intention à l'officine. Il peut, sous certaines conditions, **délivrer sans ordonnance des médicaments sous prescription médicale obligatoire** dans le cadre de protocoles nationaux de coopération.

L'expérimentation comprenait initialement **treize situations cliniques**, ou « de triage », pouvant être ainsi prises en charge en première intention par le pharmacien d'officine⁴.

¹ Article III de la convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie de 2022.

² Article V de la convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie de 2022.

³ Arrêté n°2021/001 portant autorisation de l'expérimentation « Orientation dans le Système de Soins (OSyS) » du directeur général de l'ARS Bretagne du 18 février 2021.

⁴ La rhinite, la douleur pharyngée incluant l'angine, la douleur lombaire, les diarrhées, la vulvo-vaginite, les céphalées, la constipation, la douleur mictionnelle, la conjonctivite, la piquûre de tique, la plaie simple, la brûlure au premier degré les dyspepsies fonctionnelles.

- Ayant reçu un avis favorable du Comité technique de l'innovation en santé (CTIS), l'expérimentation a été **étendue, en 2023, aux régions Centre-Val de Loire, Corse et Occitanie** pour une durée de 24 mois devant prendre fin le 31 décembre 2025¹. L'expérimentation a été, à cette occasion, recentrée sur les **six situations cliniques les plus fréquentes**. Leur nombre a, par une mise à jour du cahier des charges de novembre 2024, encore été réduit à quatre, pour tenir compte de l'entrée dans le droit commun de la prise en charge, par le pharmacien d'officine, des cystites et angines².

- **Les premiers éléments d'évaluation de l'expérimentation sont positifs.**

Dans son **avis de juin 2023 relatif à l'expérimentation**, le CTIS s'est prononcé favorablement. Il a notamment souligné que l'efficacité d'une telle organisation était décrite « *dans la littérature scientifique internationale qui a évalué de telles prestations à l'étranger* » et que « *les résultats intermédiaires de l'expérimentation Osys en Bretagne tendent à confirmer cette efficacité.* »³

Interrogé par la rapporteure, le ministère de la santé met en avant les effets positifs de l'expérimentation sur le nombre de recours inappropriés aux urgences, sur la libération de temps médical et sur la capacité des patients à trouver une réponse rapide et efficace à leurs demandes de soins non programmés⁴.

2. La généralisation proposée de l'expérimentation

L'article 12 vise à généraliser l'expérimentation Osys en reconnaissant le rôle des pharmaciens d'officine dans la prise en charge de certaines situations cliniques.

- Pour ce faire, le **I de l'article 12** insère à l'article L. 5125-1-1 A du code de la santé publique, relatif aux missions des pharmaciens d'officine, des dispositions prévoyant que ces derniers contribuent à l'évaluation et à la prise en charge de situations cliniques ainsi qu'à l'orientation du patient dans le parcours de soins.

Il renvoie à un arrêté du ministre chargé de la santé, pris après avis de la Haute Autorité de santé, le soin de fixer la liste des situations cliniques concernées.

¹ Arrêté du 14 septembre 2023 relatif à l'extension aux régions Centre-Val de Loire, Corse et Occitanie de l'expérimentation « Orientation dans le système de soins (Osys) » portant sur la restructuration du parcours de soins et la dispensation pharmaceutique encadrée.

² Voir supra.

³ Avis du Comité technique de l'innovation en santé sur l'extension de l'expérimentation « Orientation dans le système de soins (Osys) » portant sur la restructuration du parcours de soins et la dispensation pharmaceutique encadrée de juin 2023.

⁴ Réponses de la direction générale de l'offre de soins (DGOS) au questionnaire transmis par la rapporteure.

- Pour permettre la prise en charge de cette nouvelle mission, le **II** complète les dispositions de l'article L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale, relatives aux conventions nationales régissant les rapports entre l'assurance maladie et les pharmaciens d'officine, pour prévoir que ces conventions devront fixer les tarifs des nouvelles prestations confiées aux pharmaciens.

II - La position de la commission

- Favorable à l'approfondissement des partages de compétences, la commission a **favorablement accueilli les dispositions du présent article**.

Elle juge, d'abord, que les expérimentations telles qu'« Osys » ont précisément pour objectif d'**évaluer l'opportunité d'évolutions dans les compétences légales et réglementaires de professions de santé**. Il lui semble donc souhaitable de tenir compte du succès rencontré par cette expérimentation en offrant aux pharmaciens, de manière pérenne, la faculté de prendre en charge directement des situations cliniques simples.

La commission juge qu'une telle extension des compétences des pharmaciens d'officine devrait, compte tenu de la qualité du maillage officinal, **contribuer à améliorer l'accès aux soins des patients**, particulièrement dans les zones les plus dépourvues en médecins généralistes. Cette mesure devrait également permettre de **libérer du temps médical** et de réduire le nombre de recours aux urgences.

Lors de son audition, le Cnop a approuvé cette mesure. Il a précisé que celle-ci devrait permettre aux pharmaciens, « *en fonction des situations cliniques et selon des arbres décisionnels* », de « *prendre en charge directement une liste de pathologies bénignes, en plus des cystites et angines, en délivrant le cas échéant des médicaments à prescription médicale obligatoire* » ou « *d'orienter le patient vers un médecin généraliste ou les urgentistes.* »

- À l'initiative de sa rapporteure, la commission a adopté deux amendements visant à sécuriser la mise en œuvre de ces dispositions.

L'**amendement COM-20**, d'une part, ajoute la nouvelle mission confiée aux pharmaciens d'officine parmi les exceptions légales au délit d'exercice illégal de la médecine.

L'**amendement COM-21**, d'autre part, prévoit que l'arrêté fixant la liste des situations cliniques concernées devra également préciser leurs modalités de prise en charge par le pharmacien, en lien avec le médecin traitant. Cette précision pourra, le cas échéant, prendre la forme d'arbres décisionnels sur le modèle de ceux utilisés pour la conduite de l'expérimentation « Osys ».

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

Articles 13 et 14

**Revoir le modèle de financement de la formation
et de l'activité des infirmiers en pratique avancée**

L'article 13 vise à créer un mécanisme de maintien partiel des revenus pour les infirmiers libéraux en formation pour obtenir le diplôme d'infirmier en pratique avancée (IPA).

L'article 14 réforme le modèle de financement de la pratique avancée, notamment en ce qui concerne l'exercice libéral. Il prévoit d'instaurer, en plus des forfaits existants, une tarification à l'activité pour l'ensemble des patients suivis, ainsi qu'un forfait valorisant l'implication des IPA dans la prévention, le dépistage, l'orientation et l'éducation des patients.

Il entend également subordonner toute extension des compétences des IPA à une négociation sur leur rémunération.

Il porte enfin une demande de rapport sur la création de grilles indiciaires spécifiques aux IPA dans les fonctions publiques territoriale et d'État.

La commission a adopté ces articles sans modification.

I – Le dispositif proposé

A. Introduite en France en 2016, la pratique avancée ouvre des compétences renforcées aux auxiliaires médicaux ayant suivi une formation rallongée

1. Consacrée depuis les années 1960 en Amérique du Nord, la pratique avancée infirmière n'a été reconnue, en France, que par la loi de modernisation de notre système de santé en 2016

Le conseil international des infirmiers définit un infirmier exerçant en pratique avancée comme « un infirmier diplômé qui a acquis des **connaissances théoriques**, le **savoir-faire nécessaire** aux prises de décisions complexes, de même que les **compétences cliniques** indispensables à la pratique avancée de sa profession ».

Ce modèle, théorisé **dès les années 1960** aux États-Unis et au Canada¹ comme une **réponse à la pénurie d'accès aux soins**, ne s'est diffusé que **plus tardivement en Europe**, et singulièrement en France. L'exercice en pratique avancée n'a en effet été **consacré qu'en 2016 sur le territoire national**, avec la loi de modernisation de notre système de santé².

¹ 1965 aux États-Unis et 1967 au Canada.

² Article 119 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

2. Les infirmiers en pratique avancée sont des infirmiers disposant d'une expérience professionnelle en soins généraux et titulaires d'un diplôme obtenu après une formation de deux ans

L'article L. 4301-1 du code de la santé publique **subordonne l'exercice en pratique avancée à la réalisation de trois conditions cumulatives.**

Ne peuvent, d'une part, exercer en pratique avancée **que les infirmiers disposant d'une expérience professionnelle suffisante.** Un décret est venu fixer à **trois ans** en équivalent temps plein¹ la durée minimale d'exercice préalable à l'accession à la pratique avancée.

D'autre part, la loi fait obligation à l'auxiliaire médical souhaitant exercer en pratique avancée **d'être titulaire d'un diplôme de formation en pratique avancée délivré par une université** : la pratique avancée suppose donc une formation universitarisée.

Il s'agit, pour les infirmiers, du diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée², qui confère à son titulaire le **grade de master**³, soit **bac+5**.

Ce diplôme fait suite à une **formation de deux ans**, déclinée en quatre semestres⁴, ouverte aux professionnels ayant les qualifications requises pour exercer le métier d'infirmier⁵ – principalement des titulaires du diplôme d'État d'infirmier. Le **diplôme est ouvert en formation initiale**, sans préjudice de la condition d'ancienneté pour exercer en pratique avancée, aussi bien **qu'en formation continue**⁶.

Cette formation, consiste en une **année de tronc commun comportant des enseignements généralistes**, suivie d'une **année de spécialisation**⁷ dans l'une des **cinq mentions prévues par le code de la santé publique**⁸ : pathologies chroniques stabilisées, prévention et polypathologies courantes en soins primaires, oncologie et hémato-oncologie, maladies rénales chroniques, psychiatrie et santé mentale, et urgences. Ces mentions sont **choisies par les candidats** à la formation au moment du **dépôt** de leur dossier auprès de l'établissement de formation⁹, puis **confirmées à l'issue du deuxième semestre de formation.**

¹ Article D. 4301-8 du code de la santé publique.

² Article D. 636-73 du code de l'éducation.

³ Article D. 636-75 du code de l'éducation.

⁴ Article D. 636-75 du code de l'éducation.

⁵ Article D. 636-77 du code de l'éducation.

⁶ Article D. 636-78 du code de l'éducation.

⁷ Article 9 de l'arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée.

⁸ Article R. 4301-2 du code de la santé publique.

⁹ Article 2 de l'arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée.

La formation comprend des « *enseignement théoriques, méthodologiques, appliqués, pratiques et cliniques ainsi que l'accomplissement de stages* »¹. Un premier stage, d'une durée minimale de deux mois, est prévu au cours du deuxième semestre ; et un second stage d'au moins quatre mois et présentant un lien direct avec la mention suivie a lieu au cours du dernier semestre². Elle se conclut par la rédaction d'un mémoire et sa soutenance³.

Les professionnels ayant obtenu les titres de formation requis **sont tenus de se faire enregistrer** avant de commencer à exercer en pratique avancée : il s'agit là de la troisième condition à l'exercice en pratique avancée.

Si la loi ouvre la possibilité **d'une pratique avancée pour l'ensemble des auxiliaires médicaux, seuls les infirmiers** bénéficient aujourd'hui des textes réglementaires d'application nécessaires au déploiement effectif de l'exercice en pratique avancée. Il existe toutefois une **expérimentation d'accès à la pratique avancée pour les masseurs-kinésithérapeutes**, lancée par l'ARS Île-de-France, mais celle-ci n'a pas fait l'objet d'une généralisation à ce jour.

3. Les infirmiers en pratique avancée bénéficient de compétences élargies et d'une autonomie renforcée

Aux termes de l'article R. 4301-1 du code de la santé publique, « *l'infirmier exerçant en pratique avancée dispose de compétences élargies, par rapport à celles de l'infirmier diplômé d'État* » et « *participe à la prise en charge globale des patients* ». Il peut, par exemple, procéder à **l'examen clinique du patient, ou adapter son suivi ou son traitement**⁴. L'infirmier en pratique avancée dispose également **d'un pouvoir de prescription étoffé** par rapport à un infirmier diplômé d'État : il peut notamment prescrire des examens de biologie médicale, certains médicaments et dispositifs médicaux non soumis à prescription médicale obligatoire, et même, dans des cas définis par un récent arrêté⁵, **des produits de santé ou prestations soumis à prescription médicale obligatoire**⁶. Il est aussi fondé à **renouveler ou adapter des prescriptions médicales**.

L'infirmier en pratique avancée se distingue ainsi d'un infirmier diplômé d'État en ce qu'il dispose d'une **autonomie renforcée et d'une responsabilité accrue**⁷.

¹ Article D. 636-76 du code de l'éducation.

² Article 10 de l'arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée.

³ Article D. 636-81 du code de l'éducation.

⁴ Article R. 4301-3 du code de la santé publique.

⁵ Arrêté du 25 avril 2025 modifiant l'arrêté du 18 juillet 2018 fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée en application de l'article R. 4301-3 du code de la santé publique.

⁶ Article R. 4301-3 du code de la santé publique.

⁷ Article L. 4301-1 du code de la santé publique.

L'accès direct est ouvert, depuis la loi dite Rist ²¹, aux **infirmiers en pratique avancée exerçant en établissement de santé**, en établissement ou service médico-social (ESMS), ou dans une **structure d'exercice coordonné** (maison de santé, centre de santé, équipe de soins primaires).

B. Un déploiement timide des infirmiers en pratique avancée en France, lié au coût direct et indirect de la formation et à un modèle économique défaillant

1. Un déploiement des IPA en dessous des espérances, notamment en exercice libéral

À l'aube de la création du statut d'auxiliaire médical en pratique avancée, **le Gouvernement s'était fixé un objectif de 3 000 professionnels en activité à horizon 2022.**

Pourtant, trois ans plus tard, le Conseil national de l'ordre des infirmiers **ne dénombre que 2 365 IPA inscrits** au tableau de l'ordre, exerçant pour **plus de la moitié sous la mention pathologies chroniques stabilisées, prévention et polypathologies courantes en soins primaires.**

Nombre d'IPA inscrits au tableau de l'ordre par mention

Mentions IPA	Nombre d'inscrits
Pathologies chroniques stabilisées, polypathologies courantes en soins primaires	1 300
Psychiatrie et santé mentale	548
Oncologie et hémato-oncologie	314
Maladie rénale chronique, dialyse, transplantation rénale	151
Urgences	65
Nombre total distinct d'IPA	2 365
Dont libéraux et mixtes	419

Source : CNOI

Le nombre d'infirmiers en pratique avancée exerçant sous statut **libéral ou mixte** s'avère particulièrement faible, avec seulement **419 professionnels inscrits** sur l'ensemble du territoire.

Les IPA bénéficient d'une « *forte implantation* » dans certaines régions, comme Bourgogne-Franche-Comté et Grand Est, ce que le Conseil national de l'Ordre des infirmiers (CNOI) attribue à « *une véritable volonté politique de formation et de revalorisation* ».

¹ Article 1^{er} de la loi n° 2023-379 du 19 mai 2023, décret n° 2025-55 du 20 janvier 2025 relatif aux conditions de l'accès direct aux infirmiers en pratique avancée.

Deux principaux freins sont évoqués pour justifier ce déploiement poussif : **un modèle économique inadapté, notamment en exercice libéral, et le coût élevé de la formation.**

2. Le coût de la formation : un obstacle à lever pour accélérer le déploiement des IPA

a) La formation présente à la fois un coût direct et un coût indirect difficile à assumer pour les professionnels

La formation d'infirmier en pratique avancée présente, pour les professionnels, un **double coût**. Au **coût direct**, que constituent les **frais de scolarité**¹, s'ajoutent en effet des **coûts indirects**, liés à la **réduction ou à l'interruption d'activité** qu'une formation de ce niveau d'exigence présume.

Les **frais de scolarité** constituent, en tant que tels, un facteur de dépenses non négligeable. Les droits d'inscription en formation initiale étant fixés nationalement à 250 euros en 2024 – auxquels il convient d'ajouter les 103 euros de contribution de vie étudiante et de campus – la question des coûts directs se pose surtout pour la formation continue. Les universités y ont un certain **degré de liberté pour la fixation des tarifs**, ce qui provoque une hétérogénéité des frais de scolarité sur le territoire.

Ceux-ci s'élèvent, à la faculté de santé de Sorbonne Université, à 1 650 euros annuels en autofinancement ou 5 250 euros en cas de prise en charge par l'employeur ; soit un total nettement inférieur aux **9 000 euros facturés pour l'ensemble de la formation à l'université de Nantes** et aux plus de **14 500 euros à déboursier pour suivre le même cursus à l'université d'Aix-Marseille**.

La Cnam évoque « *un coût moyen d'environ 10 000 euros* »² pour la formation.

S'ajoutent au coût de la formation des **coûts indirects, liés à l'interruption ou la réduction d'activité imposée par le cursus**. Ceux-ci **dépendent de la rémunération perçue** avant l'entrée en formation et du mode d'exercice, engendrant une perte de revenus « *souvent difficilement absorbable, surtout pour les professionnels installés sans remplaçant* »³, selon la Cnam.

L'ensemble des coûts, directs et indirects, constituent « *l'un des principaux freins à l'entrée en formation, notamment en libéral ou chez les IDE exerçant en clinique* »⁴, selon l'Union nationale des infirmiers en pratique avancée (Unipa).

¹ Article D. 636-79 du code de l'éducation.

² Réponses écrites de la Cnam au questionnaire de la rapporteure.

³ Réponses écrites de la Cnam au questionnaire de la rapporteure.

⁴ Réponses écrites de l'Unipa au questionnaire de la rapporteure.

b) Des initiatives des ARS, de la Cnam et des employeurs existent pour limiter le coût de la formation

Pour limiter le coût de la formation, **différents dispositifs existent**, à l'initiative des pouvoirs publics ou, le cas échéant, de l'employeur.

- La plupart des **agences régionales de santé (ARS)** agissent, *via* le fonds d'intervention régional (FIR), pour **accompagner financièrement les infirmiers en formation pour accéder à la pratique avancée**. Toutefois, l'Unipa regrette que **l'absence de caractère systématique** du versement de ces subventions, et **l'hétérogénéité des montants et modalités de l'accompagnement**, reconnue par la Cnam.

L'ARS Île-de-France mène une des politiques les plus volontaristes en la matière : **pour chaque année de formation**, les candidats peuvent prétendre à **32 500 euros de subvention lorsqu'ils exercent en libéral**, 25 000 euros lorsqu'ils exercent en centre de santé ou en établissement médico-social, et 10 600 euros lorsqu'ils exercent en établissement de santé. Ces montants tranchent avec les aides versées dans d'autres régions : celles prévues par l'ARS Bourgogne-Franche-Comté, indépendantes du mode d'exercice, sont **limitées à 10 600 euros par an**.

Certaines ARS imposent une **durée d'exercice minimale** dans la région ; d'autres **réservent les aides à certains statuts**.

- **Les infirmiers libéraux en formation**¹ pour exercer en pratique avancée peuvent bénéficier **d'une aide de 15 000 euros**², versée **en une fois par la Cnam** et prévue par l'avenant n° 10 à la convention nationale des infirmiers libéraux. Est également « *parfois mobilisable, bien que limitée en montant et en conditions* »³, une aide du fonds interprofessionnel de formation des professions libérales.

- Les infirmiers exerçant en établissement ou sous statut salarié peuvent bénéficier d'un **maintien de rémunération total ou partiel par l'employeur**, ou d'une **formation en alternance** permettant d'éviter les coûts directs liés à la formation.

- Les **droits acquis au titre du compte personnel de formation (CPF)** sont « *parfois mobilisables mais souvent insuffisants au regard du coût total* », selon l'Unipa.

c) L'insuffisance des dispositifs existants

Malgré l'ensemble des dispositifs existants, les infirmiers souhaitant entrer en formation pour exercer en pratique avancée demeurent soumis à **d'importants reste à charge**.

¹ Dont le revenu d'activité libérale au titre de l'année précédant l'entrée en formation excède 15 000 euros.

² 17 000 euros pour les infirmiers libéraux exerçant dans les Drom et en formation en métropole.

³ Réponses écrites du CNOI au questionnaire de la rapporteure.

Selon une enquête conduite par l'Unipa en 2025 :

- **38 % des étudiants IPA subiraient un reste à charge au cours de leur formation, avec un coût résiduel moyen direct de 6 370 euros ;**

- *« plus de 50 % des étudiants connaissent une perte de revenus significative durant leur formation »¹.*

Les coûts importants liés à la formation se traduisent par un **renoncement à se former pour des professionnels** qui, quoiqu'en ayant l'ambition, n'en auraient pas les moyens financiers. Le CNOI estime ainsi que *« le reste à charge demeure un frein important »* au déploiement des IPA.

L'Unipa fait également valoir que *« de nombreux étudiants sont contraints de cumuler leur formation avec un emploi à temps partiel ou des remplacements, parfois de nuit ou en intérim, pour compenser la baisse de revenus »*, ce qui nuit à l'équilibre de vie et à la qualité de l'apprentissage des professionnels en formation.

3. La refonte du modèle économique de la pratique avancée infirmière : une urgence pour garantir l'attractivité de la filière

a) Les modalités de valorisation de l'exercice en pratique avancée

• En libéral

Définie par les avenants 7² et 9 de la **convention nationale des infirmiers**, la valorisation de l'activité en pratique avancée varie en fonction de la **filière d'orientation du patient vers l'IPA**. On distingue ainsi, d'une part, les **patients suivis régulièrement par l'IPA**, pour lesquels un protocole d'organisation a été signé avec le médecin et, d'autre part, les **patients adressés ponctuellement**.

La prise en soins des premiers se fait sur une base forfaitaire. L'IPA peut facturer, chaque trimestre, un **forfait de suivi de 50 euros³** par patient dès lors que le patient a bénéficié **d'une séance au moins une fois sur la période**. Le **premier trimestre** de suivi fait l'objet d'une tarification spécifique, à **60 euros**.

Ces forfaits valorisent **l'ensemble de la prise en charge des IPA** : il n'existe pas de rémunération à l'activité pour ces patients, et le **forfait n'est facturable qu'une fois par trimestre quel que soit le nombre de séances effectuées**.

A contrario, la valorisation de l'activité auprès **des patients adressés ponctuellement** – ouverte par l'avenant n° 9 – se fait **plutôt selon une logique de rémunération à l'acte**.

¹ Réponses écrites de l'Unipa au questionnaire de la rapporteure.

² Avenant n° 7 à la convention nationale des infirmiers, conclu le 4 novembre 2019.

³ Pour tout ce paragraphe, sont affichés les tarifs hexagonaux. Les tarifs ultra-marins sont égaux à 1,05 fois les tarifs hexagonaux.

Un **bilan ponctuel** comprenant une anamnèse, un examen clinique et le cas échéant la réalisation d'actes techniques, de mesures éducatives ou préventives est **valorisé 30 euros et facturable une fois par an et par patient**.

Au surplus, jusqu'à **quatre séances de soins ponctuelles** peuvent être **facturées par an et par patient**. Lors de ces séances, **valorisées 16 euros**, l'infirmier en pratique avancée peut être amené à réaliser **des actes techniques relevant de son champ de compétences propre**.

Des **majorations liées à l'âge du patient** – 3,90 euros pour des patients de moins de 7 ans ou plus de 80 ans – s'appliquent également, le cas échéant, sur l'ensemble des prestations facturables.

Modèle de valorisation de l'activité des IPA exerçant en libéral



Source : Cnam

• Dans la fonction publique

Un décret du 29 septembre 2021¹ fixe la **grille indiciaire des infirmiers en pratique avancée exerçant dans la fonction publique hospitalière**. Composée de deux classes de dix et huit échelons, la rémunération indiciaire est comprise entre l'indice brut 518 (**2 215 euros brut mensuels**) et l'indice brut 940 (**3 786 euros brut mensuels**). S'y ajoute, depuis le 1^{er} avril 2022², une **prime spéciale de 180 euros**.

Il n'existe, à ce jour, aucune grille dans les fonctions publiques territoriale et d'État.

b) *Un modèle économique décrié, qui « ne permet pas aux IPA de vivre de leur activité »*

Le modèle économique de l'exercice infirmier en pratique avancée, décrié par la profession, suscite également les plus vives réserves dans les rapports administratifs qui l'évoquent.

¹ Décret n° 2021-1259 du 29 septembre 2021 fixant l'échelonnement indiciaire applicable au corps des auxiliaires médicaux exerçant en pratique avancée de la fonction publique hospitalière.

² Arrêté du 1^{er} mars 2022 fixant le montant de la prime spéciale attribuée aux personnels relevant du corps des auxiliaires médicaux en pratique avancée.

En effet, **malgré une formation allongée et des responsabilités renforcées**, il y a *« très peu d'augmentation voire une perte financière importante lors du passage d'IDE vers IPA »*, selon l'Unipa.

Pour l'Unipa, *« cette situation constitue un frein majeur au déploiement de la pratique avancée, et un signal négatif envoyé à toute une génération de professionnels engagés »*.

- **En libéral**

C'est pour l'exercice libéral que la situation est la plus critique.

Un rapport de l'inspection générale des affaires sociales (Igas)¹ dévoile que les travaux préparatoires à la définition du cadre de rémunération des IPA visaient un **bénéfice non commercial (BNC) autour de « 53 100 euros, sur lesquels doivent être prélevés les frais de fonctionnement et cotisations sociales »**, ce qui devait procurer une **rémunération « autour de 3 300 euros nets par mois »** aux professionnels. Un audit flash de la Cour des comptes, daté de juillet 2023², affirme que l'objectif était ainsi de viser *« un revenu proche de celui d'une infirmière libérale, pour 35 heures de travail sans garde de nuit ni week-end »*.

Or, selon la Cour des comptes, *« les réticences des médecins »* à adresser leur patientèle à des IPA, par crainte d'*« une concurrence financière en libéral mais, aussi, d'être confrontés à des patients à l'état de santé dégradé et en perte de chance »* **ont fait obstacle aux projections initiales de file active pour les IPA**, ce qui s'est traduit par une **inadaptation du modèle de financement**. La direction de la sécurité sociale estime ainsi que *« l'adressage des patients par [les médecins] est un élément clé pour le développement des IPA »*³. La coopération entre médecin et IPA pourrait être facilitée par la création d'un forfait destiné aux médecins coopérant avec les IPA libérales, prévu par l'article 30-4 de la convention médicale.

La **réalité de la rémunération des IPA est donc loin du cadre initialement envisagé** : selon des données issues d'une consultation de l'Unipa, **le BNC moyen des IPA exerçant en libéral s'établirait à 25 500 euros**. La Cnam évoque des honoraires moyens de 34 000 euros par an pour les IPA exclusifs, avec un dernier décile de revenus se situant à 69 000 euros par an. Les professionnels exerçant en libéral déploieraient une **perte moyenne de 20 000 à 30 000 euros par rapport à leur exercice IDE libéral**, ce qui pousse l'Unipa à affirmer que *« le modèle économique des IPA en ville est aujourd'hui non viable »*.

¹ Igas, Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé, novembre 2021.

² Cour des comptes, Les infirmiers en pratique avancée : une évolution nécessaire, des freins puissants à lever, juillet 2023.

³ Réponses écrites de la direction de la sécurité sociale au questionnaire de la rapporteure.

L'aide à l'installation des IPA

La situation financière est **particulièrement difficile pour les IPA dans les premières années suivant l'installation** – l'absence de file active faisant obstacle à la bonne valorisation de l'activité par les forfaits.

Pour pallier cette situation, la Cnam prévoit un **contrat d'aide au démarrage de l'activité des IPA libérales**, dont la conclusion débloque une aide de **40 000 euros en zone d'intervention prioritaire et 27 000 euros ailleurs**. Sur ces montants, respectivement 30 000 euros et 20 000 euros sont versés sans délai.

En signant ce contrat, l'IPA s'engage à **exercer pendant 5 ans dans une zone définie**, à assurer le **suivi d'au moins 30 patients la première année** et 60 la deuxième, et à **atteindre une part d'activité en tant qu'IPA de 25 % la première année**, 50 % la deuxième année et 85 % la troisième année.

Elle est rejointe en cela par le rapport précité de l'Igas, qui estimait, en 2021, que **revoir la rémunération des IPA en libéral constituait « un impératif de survie économique »**.

Si l'inspection a été **partiellement entendue** avec l'avenant n° 9 à la convention des infirmiers, qui a permis la **valorisation de l'adressage ponctuel**, la Cour des comptes¹ a tout de même déploré **« un modèle économique qui, en ville, ne permet pas aux IPA de vivre de leur activité »** et qui, bien qu'ayant évolué, **maintient les IPA « dans une situation économique précaire »**.

• Dans la fonction publique

Compte tenu de leur grille indiciaire et de leur régime indemnitaire, les IPA sont **« légèrement moins bien dotés que les infirmiers anesthésistes diplômés d'État pour une durée d'études équivalente »**², selon la Cour des comptes. La consultation de l'Unipa fait apparaître, quant à elle, une **progression moyenne de la rémunération de 94 euros par mois** au passage d'IDE à IPA dans la fonction publique hospitalière.

Toutefois, dans les **fonctions publiques territoriale et d'État**, l'absence de grille spécifique fait le plus souvent **obstacle à une différenciation des rémunérations**. L'Unipa indique ainsi que la rémunération y est **« basée sur les grilles IDE »**.

¹ Cour des comptes, Les infirmiers en pratique avancée : une évolution nécessaire, des freins puissants à lever, juillet 2023.

² Cour des comptes, Les infirmiers en pratique avancée : une évolution nécessaire, des freins puissants à lever, juillet 2023.

C. Le dispositif proposé

1. L'article 13 prévoit un maintien partiel de rémunération pour les infirmiers libéraux en formation pour exercer en pratique avancée

L'article 13 de la proposition de loi modifie l'article L. 162-9 du code de la sécurité sociale, relatif aux conventions applicables aux chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux.

Les conventions concernées¹ devront, aux termes de cet article, **prévoir les modalités de maintien partiel des revenus pour les auxiliaires médicaux engagés dans une formation en pratique avancée.**

La direction de la sécurité sociale chiffre cette mesure à 7,2 millions d'euros par an à effectifs constants, sur la base d'un maintien de rémunération à hauteur de 50 %.

2. L'article 14 réforme en profondeur les conditions de rémunération des IPA, notamment en exercice libéral

a) Revoir le modèle économique de l'exercice libéral en pratique avancée

Le I de l'article 14 modifie le même article L. 162-9 pour revoir le modèle économique de l'exercice libéral en pratique avancée.

Le 1° du I prévoit de **réformer les modes de rémunération des IPA exerçant en libéral**. Le **paiement à l'activité**, aujourd'hui réservé aux patients adressés ponctuellement, serait **étendu aux patients suivis régulièrement**. Pour ces derniers, la rémunération à l'activité serait **versée en complément, et non en remplacement, du forfait** perçu aujourd'hui.

Le 2° du I renvoie à la convention des infirmiers la définition des **modalités de prise en compte dans la rémunération des activités d'orientation, d'éducation, de prévention et de dépistage** qu'il revient aux IPA d'assurer. Celle-ci pourrait notamment prendre la forme d'un forfait.

Ces dispositions **s'appliquent aux auxiliaires médicaux en pratique avancée au sens large** – ce qui implique qu'ils concerneront, sans qu'une adaptation soit nécessaire, **toute nouvelle profession d'auxiliaire médical** qui se verrait reconnaître une pratique avancée.

b) Éviter toute décorrélation entre compétences et rémunération

Le II de l'article 14 modifie l'article L. 4301-1 du code de la santé publique, relatif à l'exercice en pratique avancée des auxiliaires médicaux, pour prévoir désormais que **toute actualisation des domaines d'intervention, donc des compétences, des auxiliaires médicaux en pratique avancée donne lieu à une négociation sur leur rémunération.**

¹ En l'espèce, seule la convention nationale des infirmiers à ce jour.

c) Envisager la création de grilles indiciaires spécifiques dans les fonctions publiques territoriale et d'État

Le III de l'article 14 consiste en une **demande de rapport** au Gouvernement au sujet de la possibilité et de l'opportunité de **créer des grilles indiciaires spécifiques pour les auxiliaires médicaux en pratique avancée exerçant leur fonction au sein de la fonction publique d'État ou de la fonction publique territoriale**. Le rapport devra être rendu dans les six mois suivant la promulgation de la présente proposition de loi.

Cette demande de rapport constitue un appel à l'action du Gouvernement, **la loi n'étant pas fondée à créer des grilles indiciaires**.

II - La position de la commission

La commission a accueilli favorablement les dispositions des articles 13 et 14, qui répondent aux attentes des infirmiers en pratique avancée en levant un frein à l'entrée en formation et en revoyant largement un modèle économique aujourd'hui manifestement inadapté.

En consacrant une pratique avancée, le législateur a entendu **valoriser les parcours infirmiers, renforcer le partage des compétences et améliorer l'accès aux soins**, dans des conditions qui apparaissent aujourd'hui satisfaisantes pour la structuration et la sécurité des soins. Il s'agit là d'objectifs louables, partagés par la commission.

Sous ces conditions, le déploiement des infirmiers en pratique avancée constituait donc une **solution prometteuse**, bien qu'il ait **toujours été illusoire de croire qu'elle pouvait, à elle seule, résoudre le problème de l'accès aux soins** – c'est d'ailleurs pourquoi la présente proposition de loi présente un faisceau de mesures qui ne s'y cantonnent pas.

L'Igas, dans son rapport précité, encourageait d'ailleurs « *très clairement* » le déploiement des IPA, eu égard à « *l'impact très positif de l'installation des premières IPA en matière de qualité de suivi et de soins des patients comme d'amélioration des conditions d'exercice des médecins impliqués* ».

La commission des affaires sociales **regrette donc que les pouvoirs publics n'aient pas mis les moyens nécessaires au bon déploiement de cette nouvelle modalité d'exercice**.

Le fait que le nombre d'IPA inscrits en 2025 n'atteigne même pas les objectifs fixés pour 2022 a de quoi interpellier sur **l'ampleur des barrières à l'exercice en pratique avancée**, au premier rang desquelles figurent le coût de la formation et l'absence de valorisation économique de la pratique avancée.

Les différents rapports sur le sujet, et notamment l'audit flash précité de la Cour des comptes, auraient certainement dû alerter les gouvernements successifs sur **les risques d'un déploiement poussif de la réforme**, et sur la **nécessité subséquente de revoir en profondeur le modèle de financement de la formation et de l'activité des IPA**. Toutefois, aucune réforme d'ampleur n'a été conduite sur ces axes.

L'absence de volonté politique s'est inexorablement traduite par un **éloignement progressif du nombre d'IPA formés et en formation des objectifs initiaux**. Elle a surtout provoqué, pour les professionnels, une **décorrélacion regrettable** entre le niveau de rémunération auquel peuvent prétendre les IPA et le niveau de formation, d'expertise et de responsabilité associé.

Il a donc semblé nécessaire à la commission que soient apportés, par les articles 13 et 14 de cette proposition de loi, les **changements nécessaires à la pérennité de l'exercice en la pratique avancée**, soutenus par les professionnels concernés.

Le maintien partiel de la rémunération des IDE libérales en formation à la pratique avancée, inspiré du congé pour formation professionnelle prévu pour la fonction publique, aura vocation à **simplifier le paysage des aides applicables aux infirmiers libéraux souhaitant se former à la pratique avancée, et à systématiser leur attribution**, afin de limiter le coût indirect de la formation et de lever ainsi des barrières à l'entrée associées. L'Unipa affirme ainsi « *souten[ir] la mise en place d'un revenu de remplacement mensuel proportionnel aux revenus d'activité antérieurs* », qu'elle considère être un « *signal fort de la reconnaissance de la pratique avancée comme un investissement stratégique* », tandis que le CNOI évoque « *une solution équitable et incitative* », qui permettrait « *de garantir une certaine sécurité financière pendant la formation, de réduire les inégalités d'accès à la formation entre libéraux et salariés [et] d'encourager davantage d'IDE à s'engager dans ce parcours exigeant* ».

La commission appelle également les employeurs d'infirmiers souhaitant devenir IPA à **se saisir de l'ensemble des possibilités à leur disposition pour financer cette formation**, à commencer par l'alternance. Les crédits aujourd'hui accordés par les ARS aux infirmiers libéraux pourraient, dans cette logique, être **redirigés vers l'accompagnement à la formation en pratique avancée des infirmiers salariés et hospitaliers**.

La **révision des modalités de rémunération** des infirmiers en pratique avancée, portée par l'article 14, doit permettre de **sortir les IPA d'un modèle économique défaillant et non viable, qui précarise des professionnels qui ont pourtant suivi une formation renforcée**.

Elle est rendue d'autant plus nécessaire que l'ouverture de l'accès direct aux IPA rend quelque peu caduc le modèle de valorisation actuel. La Cnam affirme ainsi que *« l'accès direct aux IPA et la suppression du protocole d'organisation avec le médecin remettent en question le modèle économique actuel, fondé sur la distinction entre patients suivis régulièrement (ouvrant droit au forfait) et patients ponctuels »*¹.

Les modalités retenues répondent aux attentes de la profession : l'Unipa est favorable à l'introduction d'une part de tarification à l'activité pour tous les patients tant que **celle-ci « reste complémentaire au forfait existant » et ciblé sur « des actes spécifiques »**, tout comme le CNOI qui évoque une *« évolution qui va dans le bon sens »*. De même, l'Unipa soutient une *« ROSP IPA pour la prévention, le suivi des maladies chroniques et la coordination »*, **proche du forfait que se propose de créer l'article 14** autour des activités d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage. Elle considère en effet que *« ces missions sont peu ou pas valorisées dans la nomenclature actuelle, bien qu'elles représentent 20 % à 30 % du temps clinique d'un IPA »* ; un avis partagé par le CNOI.

Elle estime enfin que la **création de grilles spécifiques pour les IPA dans les trois versants de la fonction publique doit être mise en œuvre « de toute urgence »**. **La commission appelle donc le Gouvernement, seul habilité à créer ces grilles, à se saisir sans délai de ce sujet.**

C'est pourquoi la commission a adopté les articles 13 et 14 de cette proposition de loi.

La commission a adopté l'article 13 sans modification.

La commission a adopté l'article 14 sans modification.

¹ Réponses écrites de la Cnam au questionnaire de la rapporteure.

Article 15

**Créer une participation financière à l'acquisition d'équipements
et de logiciels permettant d'assister les médecins
dans leur pratique quotidienne**

Cet article vise à faire participer la Caisse nationale de l'assurance maladie aux frais liés à l'acquisition et au fonctionnement d'équipements et logiciels permettant d'assister les médecins dans leur pratique quotidienne.

Cette aide pourrait notamment être affectée à des outils numériques innovants et à des technologies de pointe, reposant par exemple sur l'intelligence artificielle. Les équipements et logiciels financés devront en tout état de cause permettre d'améliorer la qualité, la sécurité et l'efficacité de la pratique des médecins bénéficiaires, dans l'objectif de renforcer l'accès aux soins.

La commission a adopté cet article modifié par un amendement.

I – Le dispositif proposé

**A. La transformation numérique et l'amélioration de l'équipement :
un virage décisif pour les médecins libéraux et pour le système de soins**

Face à **l'évolution rapide des technologies** et aux exigences croissantes en matière de qualité des soins, les praticiens sont aujourd'hui amenés à **intégrer les outils numériques et de nouveaux équipements** dans leur pratique quotidienne.

Ces technologies, allant des **logiciels de gestion de cabinet aux dispositifs d'aide à la décision clinique ou d'aide à la prescription**, en passant par les outils d'imagerie médicale connectée ou des **équipements favorisant le recours aux téléconsultations**, sont désormais **incontournables** pour garantir une prise en charge optimale des patients.

L'intégration progressive des outils numériques dans la pratique médicale s'inscrit dans le **prolongement des objectifs de modernisation et de simplification des pratiques**, portés par les différentes lois de santé depuis la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé¹. Le **développement de l'espace numérique de santé « Mon Espace Santé »**², intégrant depuis 2022 le dossier médical partagé (DMP) et une messagerie sécurisée de santé (MSSanté), a été accompagné d'une **volonté d'inciter les professionnels à s'approprier ces nouveaux outils**.

¹ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

² Article R. 1111-27 du code de la santé publique.

Les logiciels de gestion de cabinet et les logiciels d'aide à la prescription

Un **logiciel de gestion de cabinet** médical est un **outil numérique conçu pour optimiser l'organisation** et le fonctionnement quotidien d'un cabinet de santé. Il permet aux professionnels de santé, tels que les médecins généralistes ou spécialistes, de **gérer efficacement les consultations, les dossiers médicaux des patients, la facturation, ainsi que les télétransmissions vers l'assurance maladie**. Ce type de logiciel facilite également le suivi administratif, la rédaction d'ordonnances, la mise à jour des antécédents médicaux, et parfois l'analyse de données cliniques, dans le respect des normes de sécurité et de confidentialité imposées par le RGPD¹ et les autorités sanitaires.

Les logiciels de gestion de cabinet sont « **référéncés Ségur** » par l'Agence du numérique en santé (ANS), ce qui **suppose notamment qu'ils intègrent des référentiels et services socles** (application carte Vitale, ordonnance numérique) et qu'ils permettent **l'envoi de documents par messagerie sécurisée** de santé ainsi que **l'alimentation du DMP**.

Ces logiciels peuvent **intégrer ou être complétés par des logiciels d'aide à la prescription**², visant à orienter le choix des médicaments à prescrire en fonction des interactions médicamenteuses et contre-indications propres à chaque patient. Les logiciels d'aide à la prescription sont **certifiés par la Haute Autorité de santé (HAS)**, qui s'assure notamment que ces derniers « *intègrent les recommandations et avis médico-économiques identifiés par la Haute Autorité de santé* ».

Le coût d'un **logiciel de gestion varie considérablement selon ses fonctionnalités**, son mode d'hébergement (local ou en ligne), et le type de licence. En moyenne, l'abonnement mensuel se situe **entre 30 et 150 euros par utilisateur**, certains éditeurs proposant des **licences à vie pour un montant d'un à quelques milliers d'euros**. À cela peuvent s'ajouter des services de maintenance, de sauvegarde ou de formation.

Les **médecins et les biologistes sont ainsi soumis à une obligation de remplissage du DMP**³ pour certains éléments diagnostiques et thérapeutiques, entrée en vigueur de manière échelonnée entre fin 2022 et fin 2023⁴.

Cependant, **l'adoption de ces technologies représente un investissement conséquent**, souvent difficile à assumer pour les médecins libéraux, notamment ceux exerçant en zones rurales ou dans des territoires sous-dotés. Dès lors, il est apparu nécessaire d'envisager des **dispositifs de soutien financier adaptés pour faciliter l'équipement** des cabinets médicaux et encourager l'utilisation des outils numériques et équipements innovants.

¹ Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016, relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE.

² Article L. 161-38 du code de la sécurité sociale.

³ Article L. 1111-15 du code de la santé publique.

⁴ Arrêté du 26 avril 2022 fixant la liste des documents soumis à l'obligation prévue à l'article L. 1111-15 du code de la santé publique.

B. Des dispositifs de soutien à l'équipement des médecins libéraux existent déjà, mais aucun n'est centré sur l'innovation et l'accès aux soins

1. Les outils conventionnels : le forfait structure, remplacé par la Donum

a) Le forfait structure consiste en une aide financière visant à faciliter la gestion des cabinets, aujourd'hui en extinction

La **convention médicale** de 2016¹ a mis en place un **forfait structure**, prorogé par le règlement arbitral de 2023, consistant en une **aide financière visant à faciliter la gestion du cabinet au quotidien, son organisation et son informatisation**.

L'attribution de ce forfait repose sur une **logique de points** attribués aux praticiens selon l'atteinte d'indicateurs donnés. **1 115 points peuvent être attribués, chacun valorisé à sept euros**, soit une aide totale pouvant atteindre **7 805 euros**.

Les points sont répartis entre deux volets :

- un **volet 1 tenant à l'équipement du cabinet**, valant 280 points et conditionnant l'accès au volet 2. Il est requis des médecins qu'ils disposent d'un **logiciel référencé Ségur** et d'un **logiciel d'aide à la prescription certifié par la HAS**, qu'ils intègrent l'application carte Vitale, qu'ils affichent les horaires de leur cabinet dans l'annuaire santé d'Ameli et qu'ils télétransmettent plus des deux tiers des documents éligibles ;

- un **volet 2, tenant au service aux patients**, se fondant sur divers indicateurs, notamment **le taux d'usage du DMP et de la messagerie de santé sécurisée**, le recours aux protocoles de soins électroniques, à la déclaration de médecin traitant dématérialisée, à **l'arrêt de travail en ligne**, ou encore l'utilisation d'ordonnances numériques sur les produits de santé. **Chaque indicateur est associé à un objectif cible en 2023 et en 2024**.

¹ Créé par l'article 20 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016

Indicateurs du volet 2, cibles et pondération associée

Indicateurs	Statut	Cible 2023	Cible 2024	Points
Taux d'usage DMP (1)	Calculé	20 %	30 %	40
Taux d'usage de la messagerie de santé Mon espace santé entre PS et patients	Calculé	5 %	10 %	40
Taux AAT (arrêt de travail en ligne)	Calculé	90 %	90 %	22,5
Taux de CM AT/MP (certificat médical d'accident de travail ou de maladie professionnelle)	Calculé	45 %	50 %	22,5
Taux de PSE (protocole de soins électronique)	Calculé	80 %	90 %	22,5
Taux de DMT (déclaration de médecin traitant)	Calculé	90 %	90 %	22,5
Taux de SPE (prescription électronique de transport)	Calculé	20 %	30 %	10
Implication dans une démarche d'exercice coordonné	Déclaratif			120
Capacité à coder	Déclaratif			50
Amélioration du service offert aux patients	Déclaratif			70
Valorisation de la fonction de maître de stage	Déclaratif			50
Aide pour équipement vidéotransmission	Déclaratif			50
Aide pour équipements médicaux connectés	Déclaratif			25
Participation au SAS	Calculé			200
Taux de déclaration simplifiée de grossesse en ligne	Calculé	10 %	50 %	10
Usage de l'appli carte Vitale	Calculé	Au moins une feuille de soin électronique avec appli carte Vitale		40
Ordonnances numériques sur produits de santé	Calculé	30 %	40 %	40

Source : Cnam

b) Le forfait structure sera remplacé, à compter du 1^{er} janvier 2026, par une dotation numérique (Donum)

La nouvelle convention médicale¹ prévoit le **remplacement du forfait structure par une dotation numérique** (Donum), prévue en son article 28.

Il s'agit d'un forfait suivant une **logique proche de celle du forfait structure**, mais dont les indicateurs ont été groupés. Il est composé :

- de **deux indicateurs socles**, dont **l'atteinte des cibles conditionne le droit à toucher la Donum** :

- le cabinet **doit être équipé d'un logiciel référencé Ségur et d'un logiciel d'aide à la prescription certifié HAS**. Le cabinet doit également disposer « *d'une version de cahier des charges Sésam-Vitale à jour des avenants N-1* »² ;
- Il doit présenter un **taux de recours aux principaux services sécurisés** (déclaration médecin traitant dématérialisée, protocoles de soins électroniques, arrêts de travail en ligne, télétransmission des feuilles de soins électroniques) **d'au moins 60 % en 2026, puis 80 % en 2028** ;

- **d'indicateurs optionnels**. Sont notamment pris en compte la **moyenne des taux de recours aux autres téléservices et la moyenne des taux de recours à l'espace numérique de santé (ENS)**, avec des taux cibles de 30 % en 2026 et 60 % en 2028. L'usage de l'application carte Vitale et de la messagerie de santé sécurisée sont également valorisés.

Comme le forfait structure, la **Donum repose sur une logique de points : 280 points sont à attribuer pour les indicateurs socles, et 140 sur les indicateurs optionnels**. Compte tenu de la valeur du point, fixée à 7 euros par l'article 28-1 de la convention, **le montant maximal de la Donum est de 2 940 euros par an, soit moins de la moitié du montant maximal du forfait structure**.

La Donum sera instituée à compter du **1^{er} janvier 2026**³, en lieu et place du forfait structure.

¹ Convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie conclue le 4 juin 2024.

² Article 28-1 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie conclue le 4 juin 2024.

³ Article 28-2 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie conclue le 4 juin 2024.

2. Le Ségur du numérique en santé a permis la prise en charge de la mise à jour des logiciels de gestion de cabinet

Le Ségur du numérique en santé, lancé en 2020, a pour objectif de **généraliser l'utilisation de services numériques sécurisés et interopérables au sein du système de santé**. Ce programme prévoit, pour les médecins libéraux, la **mise à jour de leurs logiciels de gestion de cabinet vers des versions compatibles avec Mon Espace Santé et les services socles du numérique en santé**.

L'objectif du dispositif, tel que présenté par l'Agence du numérique en santé (ANS), est de « *favoriser l'appropriation de ces nouvelles fonctionnalités par les médecins de ville pour :*

- *l'envoi systématique et la consultation de documents du parcours de soin de leurs patients dans Mon espace santé ;*
- *des échanges sécurisés entre professionnels de santé ou avec le patient par la Messagerie sécurisée de santé ;*
- *la création d'ordonnances numériques sécurisées ;*
- *la validation et qualification de l'identité ;*
- *la sécurisation des accès avec le renforcement de l'authentification. »*

Il repose principalement sur un mécanisme de **financement à l'éditeur**, dit « Ségur vague 1 », visant à **accélérer l'évolution des logiciels** vers des versions référencées selon des cahiers des charges précis.

Le financement de ces mises à jour est assuré par les pouvoirs publics, *via l'Agence du numérique en santé (ANS)*, qui a référencé 41 logiciels éligibles aux crédits du Ségur. Ces logiciels sont conformes à un **ensemble d'exigences fonctionnelles, techniques et ergonomiques** prédéterminées en lien avec les éditeurs et les représentants des médecins.

L'équipement par un logiciel référencé par l'ANS est, depuis 2023 un prérequis pour toucher le forfait structure, et sera également une condition *sine qua non* au versement de la Donum.

Le déploiement du Ségur du numérique a contribué au développement de « Mon Espace santé », alimenté en 2023 par quelque 35 millions de documents fournis par 45 000 médecins de ville.

Toutefois, cette liste ne couvre pas l'ensemble des solutions disponibles sur le marché, ce qui peut limiter les choix des praticiens et exclure certains éditeurs de logiciels moins représentés.

3. Un défaut de financement pour des équipements et logiciels innovants

Les dispositifs mis en place couvrent de façon satisfaisante l'équipement en logiciels métiers standards, mais **ceux-ci ne permettent pas toujours de financer le recours par des médecins à des logiciels de pointe, ou à des équipements permettant de favoriser l'accès aux soins**, dont le coût a pourtant tendance à s'accroître.

À ce sujet, le syndicat ReAGJIR fait valoir que « *le développement régulier de nouveaux outils amène à anticiper l'accroissement du coût pour les médecins qui seront amenés à multiplier les acquisitions (module IA dans le logiciel, outils de télésurveillance notamment)* ». L'Isnar-IMG note, quant à elle, que « *dans un contexte où la dématérialisation des démarches, la coordination interprofessionnelle et le développement de la télémedecine sont appelés à se renforcer, un effort massif est nécessaire pour garantir un niveau d'équipement minimal et homogène, condition sine qua non de l'exercice moderne* ».

Les **innovations récentes dans le champ de l'intelligence artificielle** appliquée à la médecine ambulatoire – outils d'aide au diagnostic dermatologique¹ ou ophtalmologique², détection précoce de troubles³, analyse automatisée de données de santé – ne sont par exemple **en majorité pas éligibles aux aides existantes**, alors qu'elles représentent un **levier potentiel** d'amélioration de l'accès aux soins, de la qualité des soins et de réduction des erreurs médicales.

C. Le dispositif proposé

L'article 15 de la proposition de loi modifie l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, qui régit la **convention médicale**, pour prévoir que celle-ci détermine à l'avenir les **conditions et modalités de participation financière à l'acquisition et au fonctionnement des équipements et logiciels ayant vocation à assister les médecins dans leur pratique quotidienne**.

La **volonté de l'auteur** est, par ce biais, de **soutenir plus spécifiquement l'équipement par les cabinets médicaux en solutions organisationnelles ou thérapeutiques ayant pour effet de favoriser l'accès aux soins**.

¹ Repérage de lésions cutanées suspectes, notamment.

² Pour le dépistage de la rétinopathie diabétique, par exemple.

³ Détection de troubles cognitifs par l'analyse du langage.

II – La position de la commission

Dans un contexte marqué par de **fortes difficultés d'accès aux soins sur une grande partie du territoire**, la commission des affaires sociales estime souhaitable que puissent être **accompagnés financièrement** les **médecins** qui investissent dans des **équipements et logiciels** présentant des **innovations thérapeutiques** ou des **caractéristiques organisationnelles** de nature à **renforcer l'accès aux soins**.

Sans jamais se substituer à l'expertise clinique du praticien, ces solutions peuvent en effet utilement **contribuer à améliorer la pertinence des diagnostics**, à sécuriser les prescriptions, à **faciliter le suivi des patients chroniques** ou encore à **alléger certaines tâches à faible valeur ajoutée, notamment dans l'organisation du cabinet**.

La commission observe que les **dispositifs existants de financement ne couvrent qu'indirectement, et de manière encore insuffisante, l'intégration de ces solutions dans l'exercice libéral**, notamment celles reposant sur l'intelligence artificielle. L'Isnar-IMG rappelle, à ce sujet, que *« le niveau d'équipement informatique des médecins libéraux reste très hétérogène, et globalement insuffisant au regard des exigences actuelles de la pratique médicale »¹*.

L'absence de prise en charge des coûts d'acquisition et de fonctionnement de ces équipements et logiciels constitue **un frein pour nombre de praticiens**, en particulier ceux exerçant isolément ou dans des territoires sous-dotés.

En ce sens, la commission **accueille favorablement la création d'une aide conventionnelle ad hoc**, qui permettra un déploiement précoce des outils technologiques innovants au sein des cabinets médicaux. En ce sens et à l'initiative de sa rapporteure, elle a souhaité préciser, par un **amendement COM-22**, que l'aide devait être affectée aux équipements et logiciels innovants.

Toutefois, la commission souligne que le recours à ces technologies doit **s'inscrire dans un cadre rigoureux**, garantissant la fiabilité des algorithmes utilisés, la **protection des données de santé**, la **transparence des processus de décision automatisés**, et la responsabilité claire en cas d'erreur. À ce titre, elle **estime indispensable que seules les solutions dûment évaluées par les autorités compétentes** – en particulier la Haute Autorité de santé et l'Agence du numérique en santé – puissent être éligibles à un soutien public.

La commission **insiste également sur la nécessité d'une évaluation régulière** de l'impact de ces outils sur la qualité et la sécurité des soins, ainsi que sur la pratique quotidienne des médecins libéraux et sur l'accès aux soins.

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

¹ Réponses écrites de l'Isnar-IMG au questionnaire de la rapporteure.

Articles 16 et 17

Supprimer certains certificats médicaux peu utiles

L'article 16 vise à réduire le nombre de cas dans lesquels la délivrance ou le renouvellement d'une licence sportive ainsi que la participation à une compétition peuvent être subordonnés à la production d'un certificat médical. Pour les majeurs et sauf exceptions, un certificat ne pourra être exigé que lorsqu'une réponse apportée par le sportif à un questionnaire d'auto-évaluation révélera la nécessité d'une consultation.

L'article 17 vise à remplacer par une attestation sur l'honneur le certificat médical aujourd'hui requis pour justifier le recours au congé pour enfant malade, prévu en droit du travail.

La commission a adopté ces articles sans modification.

I – Le dispositif proposé

A. La prolifération de certificats médicaux à faible valeur thérapeutique provoque un engorgement inutile du système de santé

1. Les certificats médicaux font pleinement partie de l'activité des médecins

La production de certificats médicaux fait partie des actes et missions qu'assigne le code de la santé publique aux médecins. En son article R. 4127-76, celui-ci prévoit en effet que « *l'exercice de la médecine comporte normalement l'établissement par le médecin, conformément aux constatations médicales qu'il est en mesure de faire, des certificats, attestations et documents dont la production est prescrite par les textes législatifs et réglementaires* ».

Les textes législatifs et réglementaires ont, depuis, donné une **large assise à la production de certificats médicaux**. Ceux-ci sont utilisés dans différents champs, notamment :

- **pour s'engager dans des activités extra-professionnelles**, par exemple pour un **service civique**¹, la **pratique d'un sport**² sous licence ou la participation à une compétition sportive³, la **chasse**⁴ ou **l'obtention du permis bateau**⁵ ;

¹ Article 120-4 du code du service national.

² Article L. 231-2 du code du sport pour les majeurs ; article L. 231-2-3 du code du sport pour les sports présentant des contraintes particulières.

³ Article L. 231-2-1 du code du sport pour les majeurs ; article L. 231-2-3 du code du sport pour les sports présentant des contraintes particulières.

⁴ Article L. 423-6 du code de l'environnement.

⁵ Décret n° 2007-1167 du 2 août 2007.

- pour justifier de certaines situations vis-à-vis d'un employeur : congé pour enfant malade¹, congé de présence parentale², congé pour proche en fin de vie³, etc. ;

- pour justifier de certaines situations vis-à-vis de l'administration : par exemple pour l'obtention d'un titre de séjour pour raison de santé ou de l'asile pour mutilation sexuelle⁴ ou l'obtention d'une indemnisation en tant que victime du benfluorex⁵ ou du valproate de sodium⁶ ;

- pour justifier de certaines situations de restriction de liberté, comme la tenue d'une garde à vue⁷ ou l'admission en soins psychiatriques sans consentement⁸.

2. Des demandes émanant de l'ordre et de syndicats pour concentrer l'activité médicale sur des tâches à haute valeur thérapeutique ajoutée

La multiplication des certificats médicaux exigibles conduit les médecins à y accorder une **part non négligeable de leur activité**. Un rapport de février 2023⁹ avait ainsi estimé la **durée hebdomadaire consacrée par un médecin à l'établissement de certificats médicaux jugés inutiles entre une heure et demie et deux heures**.

Dans un **contexte marqué par des difficultés d'accès aux soins**, et particulièrement aux médecins, sur tout le territoire – rappelons que 87 % du territoire national est classé en désert médical à l'échelle des EPCI – **des voix s'élèvent pour demander une restriction du nombre de certificats médicaux exigés**.

Le Conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom) regrette ainsi le *« nombre important de contraintes administratives qui réduisent le temps strictement médical pouvant être consacré à la qualité des soins dispensés »*. Le Cnom sollicite ainsi les **pouvoirs publics** lorsqu'il *« s'interroge sur la pertinence d'un certificat prévu par un texte »*.

Un **rapport commandé par l'assurance maladie** et publié en février 2023¹⁰ faisait de la **réduction de la demande de certificats médicaux son premier axe de travail**. À la suite de cette publication, François Braun, alors ministre de la santé, avait annoncé souhaiter **clarifier les règles** en la matière et faire des certificats demandés par les crèches, les écoles ou les fédérations sportives une exception. Cette **volonté politique** s'est traduite par

¹ Article L. 1225-61 du code du travail.

² Articles L. 1225-62 à L. 1225-65 du code du travail.

³ Article D. 3142-5 du code du travail.

⁴ Articles L. 313-11-11 et L. 531-11 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile.

⁵ Article R. 1142-63-7 du code de la santé publique.

⁶ Article R. 1142-63-24 du code de la santé publique.

⁷ Article 63-3 du code de procédure pénale.

⁸ Articles L. 3212-1 à 3213-11 du code de la santé publique.

⁹ Dr Jacques Franzoni et Pierre Albertini, Simplifier et réduire les tâches administratives pour libérer du temps médical, février 2023.

¹⁰ Ibid.

une **première vague de suppression** de certificats médicaux, par exemple pour **l'obtention d'une licence sportive** ou l'inscription à une compétition sportive d'un **mineur sans problème de santé**¹.

De nombreux professionnels continuent toutefois encore aujourd'hui d'**alerter sur la persistance de certains certificats médicaux jugés inutiles et chronophages**.

L'action Septembre violet, lancée en septembre 2024 par le collège de la médecine générale, visait ainsi à « *sensibiliser l'opinion publique et les décideurs politiques sur la problématique des « certificats absurdes », en particulier les certificats illégaux ou injustifiés* ». Parmi les préconisations du mouvement figurent, notamment, la **transformation du certificat relatif au congé pour enfant malade en attestation sur l'honneur** et la **favorisation du « recours aux auto-questionnaires de santé plutôt qu'à des certificats médicaux annuels »**.

Le Regroupement autonome des généralistes jeunes installés et remplaçants (ReAGJIR) **pointe également du doigt la nécessité d'un certificat médical pour bénéficier du congé pour enfant malade**, dont « *résulte un besoin administratif superflu engendrant à la fois une perte de temps médical, mais aussi un surcoût non négligeable pour l'assurance maladie, du fait des consultations médicales à rembourser* ».

B. Deux exemples de certificats médicaux décriés : les certificats médicaux liés à la pratique du sport pour les adultes et ceux nécessaires au recours au congé pour enfant malade

1. Les certificats nécessaires en matière d'octroi de licence sportive et d'inscription à une compétition

Les médecins sont **fortement sollicités en matière prévention concernant la pratique d'activités sportives**.

Le code des sports prévoit, ainsi, que les médecins de santé scolaire, les médecins du travail, les médecins militaires et les médecins généralistes contribuent, en lien avec les médecins spécialisés, aux **actions de prévention concernant la pratique des activités physiques et sportives** grâce à une formation nécessaire à la pratique des examens médico-sportifs, contenue dans le deuxième cycle des études médicales, et à une formation continue adaptée².

Si le législateur a, ces dernières années, cherché à assouplir ces **dispositions**, la loi continue toutefois de conditionner, dans plusieurs situations, l'octroi ou le renouvellement d'une licence ainsi que la participation à une compétition à la **production par le sportif d'un certificat médical**.

¹ Article 23 de la loi n° 2022-296 du 2 mars 2022 visant à démocratiser le sport en France.

² Article L. 231-1 du code du sport.

- Depuis la **loi d'accélération et de simplification de l'action publique (Asap) de 2020¹**, le code du sport ne conditionne plus, pour les mineurs, la délivrance ou le renouvellement d'une licence d'une fédération sportive à la présentation d'un certificat médical datant de moins d'un an.

Désormais, l'obtention ou le renouvellement d'une licence est subordonné à l'attestation du renseignement d'un **questionnaire relatif à l'état de santé du sportif mineur**, réalisé conjointement par le mineur et par les personnes exerçant l'autorité parentale.

Ce n'est que lorsqu'une réponse au questionnaire de santé conduit à un examen médical que l'obtention ou le renouvellement de la licence nécessite la production d'un certificat médical attestant l'absence de contre-indication à la pratique sportive².

La participation des mineurs à une compétition sportive est soumise au même régime que celui des licences³.

- La **loi visant à démocratiser le sport en France de 2022⁴** a, de son côté, entendu assouplir le régime applicable aux sportifs majeurs, en prévoyant que l'octroi ou le renouvellement d'une licence ainsi que la participation à une compétition ne nécessiteraient plus systématiquement la production d'un certificat médical.

Désormais, l'obtention ou le renouvellement d'une licence ainsi que la participation à une compétition peuvent être subordonnés à la **présentation d'un certificat médical sur décision de la fédération concernée**, après avis simple d'un organe collégial compétent en médecine. Le règlement fédéral de chaque fédération fixe, ainsi, notamment :

- les conditions dans lesquelles un certificat médical peut être exigé pour la délivrance ou le renouvellement de la licence ;

- la nature, la périodicité et le contenu des examens médicaux liés à l'obtention de ce certificat en fonction des types de participants et de pratique⁵.

- Enfin, la loi prévoit que, pour **certaines disciplines présentant des contraintes particulières**, la délivrance ou le renouvellement de la licence ainsi que la participation à des compétitions sont, en tout état de cause, **soumis à la production d'un certificat médical de moins d'un an** établissant l'absence de contre-indication à l'exercice de la discipline considérée.

¹ Article 101 de la loi n° 2020-1525 du 7 décembre 2020 d'accélération et de simplification de l'action publique.

² Article L. 231-2 du code du sport.

³ Article L. 231-2-1 du code du sport.

⁴ Article 23 de la loi n° 2022-296 du 2 mars 2022 visant à démocratiser le sport en France.

⁵ Article L. 231-2 du code du sport.

La liste de ces disciplines est fixée par décret, après avis des fédérations sportives concernées¹.

Les disciplines sportives à contraintes particulières

Un décret de 2023² liste les disciplines sportives à contraintes particulières nécessitant un certificat médical. Celles-ci comprennent :

- les disciplines qui s'exercent dans un **environnement spécifique** (plongée subaquatique, y compris souterraine) ;
- les disciplines, pratiquées en compétition, pour lesquelles la **mise hors combat** est autorisée, notamment ou exclusivement lorsqu'à la suite d'un coup porté l'un des adversaires se trouve dans un état le rendant incapable de se défendre ;
- les disciplines comportant l'**utilisation d'armes à feu ou à air comprimé** ;
- les disciplines, pratiquées en compétition, comportant l'**utilisation de véhicules terrestres à moteur** à l'exception du karting et du modélisme radioguidé ;
- les disciplines **motonautiques**³.

2. Le congé pour enfant malade : un congé non indemnisé et limité dans le temps, conditionné à la présentation d'un certificat médical

a) Les conditions de recours au congé pour enfant malade

Tout **salarié relevant du code du travail** a droit à un **congé** si **l'enfant de moins de seize ans** dont il assume la charge effective et permanente⁴ **traverse une maladie** ou a subi un accident **rendant nécessaire la présence d'un parent auprès de l'enfant**. Le congé pour enfant malade est régi par l'article L. 1225-61 du code du travail.

Ce congé doit permettre au parent **d'accompagner l'enfant malade aux rendez-vous médicaux nécessaires**, de lui **administrer les traitements** prescrits et d'en **assurer la garde**.

Ce congé est **ouvert sans condition d'ancienneté**, y compris durant la période d'essai. L'employeur **ne peut s'y opposer sous aucun motif**.

¹ Article L. 231-2-3 du code du sport.

² Décret n° 2023-853 du 31 août 2023 relatif à la liste des disciplines sportives à contraintes particulières.

³ Article D. 231-1-5 du code du sport.

⁴ Au sens de l'article L. 513-1 du code de la sécurité sociale.

**Le congé pour enfant malade et le congé de présence parentale :
deux dispositifs à bien différencier**

Le congé pour enfant malade est à distinguer du congé de présence parentale. Également prévu par le code du travail¹, le **congé de présence parentale** est réservé aux salariés dont un enfant à charge de moins de 20 ans est atteint d'une **maladie, d'un handicap ou victime d'un accident d'une particulière gravité, rendant nécessaire une présence soutenue et des soins contraignants.**

Ce congé, qui peut être pris en une ou plusieurs fois, est **ouvert pour une durée maximale de 310 jours ouvrés** sur une période de trois ans, renouvelable.

Contrairement au congé pour enfant malade, le **congé de présence parentale ouvre droit au versement de l'allocation journalière de présence parentale (AJPP)**, à la charge de la caisse d'allocations familiales.

Le recours à ce congé est toutefois **conditionné à la production d'un certificat médical** constatant que l'enfant souffre bien d'une maladie ou a bien subi un accident, **à transmettre sans délai à l'employeur.**

b) Le congé pour enfant malade, qui ne doit être indemnisé ni par l'employeur, ni par la sécurité sociale, est limité à trois jours par an

La durée du congé pour enfant malade est encadrée par la loi, qui prévoit un **maximum de trois jours par an**, ou de **cinq jours par an** lorsque le salarié a à sa charge un enfant de **moins d'un an**, ou **au moins trois enfants** âgés de moins de seize ans.

L'article L. 1225-61 du code du travail spécifie que le congé pour enfant malade est « *non rémunéré* » par l'employeur ; il **n'ouvre pas non plus droit au versement d'indemnités journalières** de sécurité sociale.

S'il n'existe pas d'obligation pour l'employeur de rémunérer les congés pour enfant malade, **il est toutefois loisible aux accords collectifs de prévoir des stipulations plus favorables.** Certains employeurs proposent ainsi un **maintien de salaire total ou partiel** lors des congés pour enfant malade, ou prévoient que le **congé puisse excéder la durée légale.**

¹ Articles L. 1225-62 à L. 1225-65 du code du travail.

L'autorisation d'absence pour soigner un enfant malade ou en assurer momentanément la garde chez les fonctionnaires

Chez les fonctionnaires, il existe une **autorisation d'absence pour soigner un enfant malade ou en assurer momentanément la garde, similaire au congé pour enfant malade** du secteur soumis au droit du travail.

Les **conditions de recours** à ces autorisations d'absence, qui s'inscrivent dans le cadre, plus large, des autorisations spéciales d'absence liées à la parentalité et à l'occasion de certains événements familiaux¹, sont **régies par une circulaire**².

L'autorisation d'absence peut être accordée **lorsque la situation de santé d'un enfant à charge de moins de seize ans ou présentant un handicap requiert la présence d'un parent**. Elle est conditionnée à la **production d'un certificat médical** ou « *de toute autre pièce justifiant la présence d'un des parents auprès de l'enfant* »³.

Contrairement au congé pour enfant malade, l'autorisation d'absence pour enfant malade **n'est pas inconditionnelle** : elle est accordée **sous réserve des nécessités de service**, en vertu du principe de continuité du service public.

Le **nombre d'autorisations d'absence** pour enfant malade maximal par année civile **varie en fonction des situations**. Il est accordé par famille, et non par agent. **Le nombre de congés attribué doit permettre à la famille de bénéficier, au total et au maximum, du produit entre douze jours d'autorisations d'absence et la quotité travaillée.**

Pour un **couple d'agents publics**, le nombre d'autorisations d'absence maximal est égal, **pour chaque parent, à six fois sa quotité de travail**, soit six jours pour un temps plein ou trois jours pour un mi-temps, par exemple.

Un agent public en couple un salarié du privé bénéficiant de trois jours de congé pour enfant malade rémunérés bénéficie, quant à lui, de neuf jours d'autorisations d'absence.

L'autorisation d'absence est rémunérée, ce qui constitue une autre différence avec le congé pour enfant malade.

c) Le cas de l'Alsace-Moselle : un congé pour enfant malade rémunéré

Dans les départements du **Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle**, où s'applique le droit local alsacien-mosellan, la **loi**⁴ **fait obligation aux employeurs de maintenir le salaire de leurs salariés ayant recours au congé pour enfant malade.**

¹ Article L. 622-1 du code général de la fonction publique.

² Circulaire n° 1475 du 20 juillet 1982 relative aux autorisations d'absence pouvant être accordées aux agents publics pour soigner un enfant malade ou pour en assurer momentanément la garde.

³ Circulaire n° 1475 du 20 juillet 1982 relative aux autorisations d'absence pouvant être accordées aux agents publics pour soigner un enfant malade ou pour en assurer momentanément la garde.

⁴ Articles L. 1226-23 et L. 1226-24 du code du travail.

L'article L. 1226-23 du code du travail dispose en effet que « *le salarié dont le contrat de travail est suspendu pour une cause personnelle indépendante de sa volonté et pour une durée relativement sans importance a droit au maintien de son salaire* ».

C. Le dispositif proposé : remplacer, sauf exception, par un auto-questionnaire les certificats médicaux liés à la pratique du sport pour les majeurs et remplacer par une attestation sur l'honneur le certificat médical nécessaire pour avoir recours au congé pour enfant malade

- L'**article 16** modifie le code du sport pour réduire le nombre de cas dans lesquels la délivrance ou le renouvellement d'une licence sportive ainsi que la participation à une compétition peuvent être subordonnés à la production d'un certificat.

Pour ce faire, le **1°** modifie l'article L. 231-2 du code du sport, qui autorise aujourd'hui, pour les personnes majeures, les fédérations sportives à subordonner la délivrance ou le renouvellement d'une licence à la présentation d'un certificat médical permettant d'établir l'absence de contre-indication à la pratique de la discipline.

Désormais, sur le modèle du régime applicable aux mineurs, la délivrance ou le renouvellement seront subordonnés au renseignement d'un questionnaire relatif à l'état de santé du sportif majeur. Ce n'est que lorsqu'une réponse au questionnaire conduit le sportif à réaliser un examen médical que cette délivrance ou ce renouvellement nécessiteront la production d'un certificat médical attestant l'absence de contre-indication à la pratique sportive.

Le **2° de l'article** apporte des modifications similaires à l'article L. 231-2-1 du code du sport, relatif aux conditions d'inscription à une compétition sportive autorisée par une fédération délégataire ou organisée par une fédération agréée.

Le **1° et le 2° de l'article 16** précisent que ces dispositions ne font pas obstacle à l'application de l'article L. 231-2-3 du code du sport, prévoyant que pour certaines **disciplines présentant des contraintes particulières**, énumérées par décret, la délivrance ou le renouvellement de la licence ainsi que la participation à des compétitions sont soumis à la production d'un certificat médical datant de moins d'un an.

- L'**article 17** modifie l'article L. 1225-61 du code du travail, relatif au congé pour enfant malade, afin de **remplacer par une attestation sur l'honneur le certificat médical aujourd'hui exigé** pour avoir recours à ce congé.

II – La position de la commission

De tradition constante, la commission accueille favorablement les dispositions ayant pour effet de libérer du temps médical et d'alléger les contraintes administratives qui pèsent sur les médecins. Elle estime en effet qu'il importe, face à la pénurie de médecins que connaît la France, que les pouvoirs publics fassent leur possible pour **concentrer l'activité médicale autour des actes à haute valeur thérapeutique ajoutée.**

Alors que **87 % du territoire est classé en zone sous-dense en 2024, que près de six millions d'assurés n'ont plus de médecin traitant et que les patients doivent parfois attendre plusieurs semaines pour obtenir une consultation,** la commission estime qu'il n'est **plus acceptable** que les médecins puissent passer en moyenne **une heure et demie à deux heures par semaine à produire des certificats médicaux** dont l'utilité peut être remise en cause.

Chaque médecin perd ainsi **six à huit consultations chaque semaine,** qui pourraient être affectées à des patients dont la situation le justifierait **bien davantage.**

Dans ces conditions, la direction générale de l'offre de soins (DGOS) estime que *« des évolutions visant à limiter la production de certificats médicaux non nécessaires, qui mobilisent du temps médical au détriment d'activités de soins, apparaissent aujourd'hui indispensables »*¹.

Si certains certificats médicaux sont utiles, la commission estime que **le législateur pourrait supprimer, sauf exception, les certificats médicaux liés à la pratique du sport chez l'adulte, ainsi que le certificat médical pour recourir au congé pour enfant malade,** afin de libérer du temps médical effectif au service des patients. Elle suit en cela les **demandes de nombreux syndicats de médecins, qui ont catégorisé ces certificats médicaux comme dispensables.**

La commission des affaires sociales avait **déjà soutenu ces dispositions lors de l'examen de la loi dite « Valletoux »**².

Elle avait alors accordé un **avis favorable à l'amendement n° 99 de Mme Lassarade relatif au congé pour enfant malade,** ainsi qu'à l'**amendement n° 158 rect. quinquies de Mme Romagny concernant les certificats pour la pratique du sport.** Ces deux amendements avaient par la suite été **adoptés par le Sénat,** mais les articles ainsi engendrés avaient été supprimés du texte par la commission mixte paritaire.

En **matière de pratique sportive,** la commission juge les dispositions proposées **équilibrées.** Celles-ci permettront **d'alléger la charge des médecins, sans renoncer aux consultations médicales les plus indiquées.**

¹ Réponses écrites de la DGOS au questionnaire de la rapporteure.

² Loi n° 2023-1268 du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels.

Elles permettront, notamment, aux fédérations d'exiger un certificat médical chaque fois que le sportif aura apporté au questionnaire d'auto-évaluation une réponse devant conduire à une consultation. Elles ne modifieront pas, par ailleurs, le régime applicable aux sports les plus dangereux, pour lesquels la production d'un certificat médical récent demeurera nécessaire.

Concernant le certificat pour enfant malade, la commission estime que les **risques de détournement associés** à la suppression du certificat médical **sont contenus** pour les employeurs, **compte tenu de la limitation par la loi de ce congé à trois voire cinq jours annuels et de l'absence d'obligation pour les employeurs de le rémunérer**.

Il conviendra toutefois que les **pouvoirs publics soient vigilants aux signaux envoyés par les employeurs dans le sillage de l'adoption de cette proposition de loi**. Si ceux-ci venaient à déplorer une **hausse suspecte** du recours au congé pour enfant malade, des **mesures complémentaires pourraient alors être nécessaires pour renforcer le contrôle** sur le recours à ce congé **sans le faire reposer sur les médecins, dont ce n'est du reste pas le rôle**.

La commission appelle également le Gouvernement à **supprimer le certificat médical pour l'autorisation d'absence pour enfant malade**, l'équivalent du congé pour enfant malade dans le secteur public. La base juridique du certificat médical pour cette autorisation d'absence se trouvant dans une circulaire¹, la **commission ne peut naturellement pas porter d'elle-même d'évolution en la matière**.

La commission a adopté l'article 16 sans modification.

La commission a adopté l'article 17 sans modification.

Article 18

Rendre compte annuellement des mesures en faveur de l'accès aux soins

Cet article prévoit que le Gouvernement remette, chaque année, au Parlement un rapport relatif à l'accès aux soins. Il prévoit également que ce rapport puisse faire l'objet d'une présentation devant les commissions des affaires sociales et de l'aménagement du territoire du Sénat et de l'Assemblée nationale et donner lieu à un débat devant les deux assemblées.

La commission a adopté cet article modifié par un amendement proposé par la rapporteure.

¹ Circulaire n° 1475 du 20 juillet 1982 relative aux autorisations d'absence pouvant être accordées aux agents publics pour soigner un enfant malade ou pour en assurer momentanément la garde.

I – Le dispositif proposé : prévoir la présentation chaque année devant le Parlement des actions mises en œuvre pour améliorer l'accès aux soins de la population

Le présent article prévoit d'insérer au sein du chapitre du code de la santé publique consacrée à la détermination de la politique de santé un article L. 1411-1-4 visant à demander au Gouvernement de remettre chaque année au Parlement un rapport présentant « *la situation en matière d'accès aux soins sur le territoire ainsi que les perspectives d'évolution compte tenu des réformes engagées et des effectifs formés* ». Ce rapport devra également prendre en compte les enjeux spécifiques liés à l'accès aux soins dans les territoires ultramarins et tracer la feuille de route du Gouvernement pour les années à venir.

La rédaction proposée prévoit que ce rapport devra être remis avant le 1^{er} juin de chaque année afin de permettre au Parlement de pouvoir, le cas échéant, en tirer toutes les conséquences lors de l'examen des textes budgétaires de l'automne.

Le dernier alinéa de cet article prévoit que ce rapport puisse faire l'objet d'une présentation devant les commissions compétentes des deux assemblées. Il ouvre également la possibilité de la tenue d'un débat en séance publique sur les conclusions de ce rapport. Pour rappel, dans sa décision n° 2023-863 DC sur la loi immigration¹, le Conseil constitutionnel a une nouvelle fois censuré une disposition prévoyant l'organisation d'un débat annuel au Parlement. Selon une jurisprudence constante, le Conseil a rappelé qu'« *il ne résulte ni de l'article 48 de la Constitution ni d'aucune autre exigence constitutionnelle que le législateur peut imposer au Parlement l'organisation d'un débat en séance publique ou la fixation par ce dernier de certains objectifs chiffrés en matière d'immigration. Une telle obligation pourrait faire obstacle aux prérogatives que le gouvernement ou chacune des assemblées, selon les cas, tiennent de la Constitution pour la fixation de l'ordre du jour.* » Le législateur ne pouvant imposer au Gouvernement de venir présenter devant lui le bilan de sa politique en matière d'accès aux soins, la rédaction de la proposition de loi ne peut que se limiter à cette possibilité de principe.

¹ Décision n° 2023-863 DC du 25 janvier 2024 relative à la loi pour contrôler l'immigration, améliorer l'intégration.

II - La position de la commission : faire de la présentation de ce rapport un moment fort de démocratie sanitaire en vue de réduire les inégalités territoriales

Dans son rapport sur l'organisation des soins de premier recours publié en mai 2024, la Cour des comptes préconisait notamment l'établissement au niveau national d'un suivi annuel de la politique d'amélioration de l'accès aux soins de premier recours. Le présent article reprend l'esprit de cette recommandation en prévoyant la remise d'un rapport annuel par le Gouvernement sur la situation en matière d'accès à la santé sur l'ensemble du territoire.

La commission regrette que bien trop de rapports au Parlement prévus par le législateur ne soient au final jamais transmis. Cette réalité guide sa position de principe visant à supprimer les demandes de rapport au Parlement au sein des textes législatifs.

Toutefois, au regard du caractère essentiel de l'amélioration de l'accès aux soins et de la nécessité de renforcer la prise en compte de cet objectif dans la détermination de la politique de santé de la Nation, **la commission a considéré que la transmission, chaque année par le Gouvernement, de ce rapport sur les actions menées en vue de réduire les inégalités sociales et territoriales d'accès aux soins constituerait un élément important de l'amélioration de l'information du Parlement et des citoyens.**

La commission souhaite pouvoir faire de la publication de ces rapports par le Gouvernement un rendez-vous annuel et **un véritable exercice de reddition des comptes au service de l'amélioration de l'accès aux soins sur notre territoire.** C'est pourquoi, considérant que l'impossibilité constitutionnelle d'obliger la tenue d'un débat ne doit toutefois pas empêcher l'information des citoyens et du Parlement sur cette question, la rapporteure a souhaité inscrire dans la loi le fait que ce rapport devra être rendu public (**amendement COM-9**). Elle a également supprimé la référence au rapport réalisé par l'Office national créé par l'article 1^{er} de la proposition de loi, ce dernier faisant déjà l'objet d'une publication spécifique.

Dans le cas où ce rapport ne serait pas publié, il reviendra au Gouvernement d'assumer alors publiquement son impossibilité à présenter devant le Parlement et les citoyens le bilan de sa politique en matière d'amélioration de l'accès aux soins de la population.

Sous réserve de ces observations, la commission a souhaité maintenir cette disposition dans le texte.

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 19

Gage financier de la proposition de loi

Cet article gage les conséquences financières sur les organismes de sécurité sociale de l'adoption de la présente proposition de loi.

La commission a adopté cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

L'article 19 gage l'incidence de la proposition de loi sur les finances des organismes de sécurité sociale, par majoration à due concurrence de **l'accise sur les tabacs** prévue au chapitre IV du titre I^{er} du livre III du code des impositions sur les biens et services.

II - La position de la commission

Limitée par les conditions de recevabilité financière, la commission n'est pas en mesure de lever d'elle-même ce gage. Elle appelle toutefois le Gouvernement, qui a engagé la procédure accélérée sur le texte, à procéder de lui-même à la suppression du gage financier.

La commission a adopté cet article sans modification.

EXAMEN EN COMMISSION

Réunie le mardi 6 mai 2025, sous la présidence de M. Philippe Mouiller, président, la commission examine le rapport de Mme Corinne Imbert sur la proposition de loi (n° 494, 2024-2025) visant à améliorer l'accès aux soins dans les territoires (procédure accélérée).

M. Philippe Mouiller, président. – Notre ordre du jour appelle l'examen du rapport de Corinne Imbert et du texte de la commission sur la proposition de loi visant à améliorer l'accès aux soins dans les territoires, dont je suis le premier signataire, cosignée par 152 collègues, notamment Corinne Imbert et Bruno Rojouan.

Le Gouvernement a engagé la procédure accélérée sur ce texte. La commission de l'aménagement du territoire et du développement durable s'en est saisie pour avis, et je salue la présence parmi nous de son rapporteur, Bruno Rojouan.

Cette proposition de loi est inscrite à l'ordre du jour des travaux de la semaine prochaine, à partir du lundi 12 mai ; 45 amendements ont été déposés sur ce texte. Après l'application des irrecevabilités et les retraits des auteurs, 41 restent soumis à notre examen.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'accès aux soins est l'une des principales préoccupations de nos concitoyens. De nombreux textes de loi ont tenté ces dernières années d'apporter des réponses, sans parvenir à freiner la progression des difficultés constatées. Je pense, notamment, à la loi du 19 mai 2023 portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé, dite loi Rist, et à la loi du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels, dite loi Valletoux, ainsi qu'aux lois de financement de la sécurité sociale (LFSS) successives, dont notre commission a été saisie.

Pourtant, les insuffisances de l'offre dans les territoires persistent malgré des besoins en santé croissants. Depuis 2010, la France a gagné 4 millions d'habitants et leur âge moyen a augmenté de deux ans et demi. Chaque année, le nombre de patients en affection de longue durée (ALD) augmente, dans notre pays, de près de 3 %. Face à ces besoins en hausse, le nombre de professionnels libéraux apparaît insuffisant : la croissance du nombre des infirmiers ou des masseurs-kinésithérapeutes est réelle, mais insuffisante, et le nombre de médecins généralistes ou de médecins spécialistes libéraux accessibles en premier recours a diminué depuis dix ans.

Dans ce contexte général de raréfaction de l'offre, les inégalités territoriales d'accès aux soins continuent de se creuser. Depuis dix ans, le nombre de médecins a augmenté dans des départements déjà bien dotés, tels que les Hautes-Alpes et la Savoie, quand il chutait dans des départements déjà sinistrés, tels que l'Ariège et l'Ain. Les inégalités les plus fortes sont constatées à une échelle infradépartementale : les zones rurales ou suburbaines concentrent des difficultés d'accès à différentes professions de santé.

Pour répondre à cette situation, les initiatives se multiplient. Le Premier ministre vient d'annoncer un pacte pour lutter contre les déserts médicaux, dont devrait découler un plan d'action dès 2025.

Celui-ci semble avoir été préparé dans l'urgence, pour répondre à la proposition de loi portée par le député Guillaume Garot à l'Assemblée nationale. Ce texte, qui vise à lutter contre les déserts médicaux en restreignant la liberté d'installation et d'exercice des médecins, a suscité de nombreuses réactions d'opposition ces dernières semaines. Les professionnels, les étudiants, l'Association des maires ruraux de France (AMRF) et l'association Départements de France se sont ainsi exprimés contre une régulation coercitive de l'installation. Ces réactions illustrent la complexité du sujet, et la difficulté à définir les conditions d'une régulation équilibrée de l'offre de soins dans les territoires.

Dans le même temps, le groupe Les Républicains du Sénat s'est saisi de ces enjeux. La proposition de loi que nous examinons ce jour est le fruit d'une réflexion conduite depuis près de douze mois, au contact des acteurs de santé. Elle vise à construire des réponses partagées, durables et équilibrées, sans opposer les acteurs entre eux.

Trois principaux leviers d'action sont identifiés pour répondre au défi de l'accès aux soins : piloter la politique d'accès aux soins au plus près des territoires ; renforcer l'offre de soins dans les territoires les plus fragiles ; libérer du temps médical et favoriser les partages de compétences. Je les aborderai tour à tour.

Commençons, si vous le voulez bien, par le pilotage de la politique d'accès aux soins. Celui-ci revient aujourd'hui aux agences régionales de santé (ARS), chargées de mettre en œuvre au niveau régional et infrarégional la politique nationale de santé en tenant compte des particularités de chaque région.

La généralisation des délégations départementales des ARS devait permettre d'atténuer cette hyperrégionalisation par une meilleure prise en compte des spécificités de chaque département. Pourtant, force est de constater que la territorialisation des politiques de santé reste trop fondée sur une logique descendante d'application des politiques établies au niveau régional. De ce fait, le département, acteur majeur en santé publique et dans le domaine médico-social, reste trop souvent un maillon secondaire dans la régulation de l'offre de santé sur son territoire.

Par ailleurs, l'analyse des enjeux liés à l'évolution de la démographie des professions de santé menée par l'observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) ne permet pas de répondre aux besoins des territoires, faute de prise en compte adéquate de ces besoins et des inégalités de densité médicale existantes. Comme nous avons pu l'entendre lors des auditions, la planification est trop centralisée et n'évolue que très peu en fonction des remontées régionales.

Cette évaluation est pourtant indispensable pour mettre en place une politique d'amélioration de l'accès aux soins réellement efficace.

Dans ce contexte, l'article 1^{er} de la proposition de loi tend à renforcer le rôle du département afin d'améliorer l'évaluation des besoins en santé et la coordination des actions en matière d'accès aux soins. Elle vise à donner corps à sa compétence de promotion de l'accès aux soins en attribuant au département un rôle de coordination des politiques publiques en la matière, conjointement avec les ARS et les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM).

Elle prévoit également de remplacer l'ONDPS et ses comités régionaux par un nouvel office national de l'évaluation de la démographie des professions de santé, décliné au niveau départemental. Ces offices seraient présidés par le président du conseil départemental et chargés de l'identification des besoins en professions de santé dans le département et les territoires de santé concernés.

Par ailleurs, l'article 2 prévoit la création d'un comité de pilotage de l'accès aux soins associant les élus locaux afin de renforcer leur implication dans la définition de la stratégie nationale.

Attachée à une véritable territorialisation de la politique de santé, je soutiens la volonté de donner aux départements la capacité d'agir en matière d'accès aux soins et de définition des besoins en santé sur leur territoire. J'estime que l'échelle régionale, aujourd'hui privilégiée dans la définition des besoins en santé, ne permet pas de mesurer finement la diversité des situations locales.

Le département constitue l'échelle cohérente d'action en matière d'accès aux soins, entre proximité, réactivité et taille critique permettant la définition d'un projet cohérent.

Je présenterai tout à l'heure un amendement qui vise à renforcer le rôle des offices départementaux en prévoyant que l'identification des zones sous-denses ou sur-denses en professionnels ne pourra être réalisée par le directeur général de l'ARS qu'après avis conforme des offices départementaux concernés. Par ailleurs, il vise à ce que ce zonage soit désormais revu annuellement pour mieux l'adapter à l'évolution rapide des besoins de santé. Son adoption permettra de renverser la logique de construction du zonage et d'identification des besoins en assurant la prise en compte effective des besoins des territoires.

Le deuxième pilier de cette proposition de loi vise à renforcer l'offre de soins dans les territoires en tension.

L'article 3 vise à réduire les inégalités territoriales d'accès aux médecins en soumettant leur installation en zone sur-dense à une autorisation préalable du directeur général de l'ARS. Cette autorisation serait conditionnée, pour les médecins généralistes, à un engagement de leur part à exercer à temps partiel en zone sous-dense. Pour les médecins spécialistes, elle serait subordonnée à un tel engagement, à la cessation concomitante d'activité d'un confrère de la même spécialité dans la même zone ou, par dérogation, à une décision du directeur général de l'ARS motivée par la nécessité de l'installation pour maintenir l'accès aux soins dans le territoire.

Des mesures de régulation démographiques sont d'ores et déjà appliquées aux autres professions de santé. Le conventionnement des professionnels est ainsi régulé dans les zones les mieux dotées depuis 2008 pour les infirmiers, depuis 2018 pour les masseurs-kinésithérapeutes et les sages-femmes et depuis le 1^{er} janvier 2025 pour les chirurgiens-dentistes. L'ouverture de pharmacies d'officine est, quant à elle, conditionnée au respect de seuils démographiques fixés par la loi sur l'ensemble du territoire national. L'efficacité de ces mesures pour stabiliser les effectifs dans les zones sur-denses et limiter les écarts constatés en matière d'accès à ces professionnels est désormais bien documentée.

Je crois que l'ampleur et l'aggravation des inégalités d'accès aux médecins justifient pleinement ces dispositions. La mesure préserve la liberté d'installation des médecins, en permettant à ces derniers d'exercer où ils le souhaitent. Elle contraint, en revanche, ceux d'entre eux qui choisiraient de s'installer dans les territoires les mieux dotés à contribuer activement à la maîtrise des inégalités d'accès, par des consultations avancées.

Les médecins concernés devront être accompagnés : l'article prévoit un soutien financier de l'assurance maladie destiné à contribuer aux investissements nécessaires à la conduite d'une activité secondaire.

Pour garantir l'effectivité de cette mesure, il est, par ailleurs, apparu nécessaire d'assortir de garanties légales la possibilité, pour les médecins, d'exercer en cabinet secondaire et de simplifier l'ouverture de ces structures. C'est l'objet de l'article 4.

Pour inciter les médecins à s'installer dans les zones sous-denses ou à y réaliser une part de leur activité, l'article 5 vise à inviter, par ailleurs, les partenaires conventionnels à définir, dans la convention médicale, des tarifs spécifiques applicables dans tout ou partie des zones sous-denses. Il prévoit le lancement sans délai d'une négociation en ce sens lors de la promulgation de la présente loi et l'entrée en vigueur immédiate des tarifs spécifiques qui en résulteront.

Ces tarifs spécifiques ne constitueront pas des dépassements d'honoraires : ils seront pris en charge, conjointement, par l'assurance maladie et les complémentaires, dans le cadre des contrats solidaires et responsables, et ne viendront pas, en conséquence, aggraver le reste à charge des patients concernés. C'est pourquoi je vous proposerai de soutenir ces dispositions.

Diverses mesures visent par ailleurs à assouplir les conditions de déploiement d'une offre de santé dans les territoires les plus fragiles.

Ainsi, l'article 6 prévoit de faciliter les remplacements de médecins, de chirurgiens-dentistes et de sages-femmes, lorsque ceux-ci s'absentent ponctuellement de leur cabinet pour concourir au maintien d'une offre de soins dans les zones sous-dotées, en ville ou à l'hôpital. Les conditions très restrictives du remplacement prévues par les codes de déontologie de chaque profession limitent fortement cette possibilité. Il paraît donc souhaitable de les assouplir, dans l'intérêt des usagers.

D'autres mesures sont directement inspirées d'initiatives locales. C'est le cas de l'article 7, qui propose de mener une expérimentation permettant de soutenir le modèle des centres de santé développé par l'association Médecins solidaires. Depuis deux ans, cette association a ouvert huit centres de santé médicaux et pluriprofessionnels dans des zones sous-denses. Reposant sur du temps médical partagé et une rotation hebdomadaire des médecins, le modèle semble faire ses preuves sur le terrain : en 2023, 2 710 patients ont retrouvé un médecin traitant dans l'un de ces centres. Il présente néanmoins des fragilités au regard du droit du travail et nécessite d'être consolidé pour pouvoir se développer. C'est l'objet de l'expérimentation, qui permettra de sécuriser le fonctionnement des centres existants, et autorisera l'ouverture de nouveaux centres de santé dans les territoires ruraux isolés. Il me semble utile de rappeler, à cet égard, que la pérennité de nombreux centres de santé pluriprofessionnels demeure conditionnée à la consolidation de leur modèle financier. Il est urgent que le Gouvernement prenne des engagements sur ce sujet.

Enfin, les articles 8, 9 et 10 visent à améliorer les conditions d'accès des praticiens à diplôme hors Union européenne (Padhue) à l'autorisation d'exercice en France. De l'avis unanime des acteurs auditionnés, la procédure d'autorisation d'exercice, bien que maintes fois réformée, mérite d'être simplifiée et adaptée à la diversité des profils des candidats.

La publication des résultats des épreuves anonymes de vérification des connaissances (EVC) de 2024, en début d'année, a d'ailleurs à nouveau suscité de vives critiques. Dans ce contexte, le ministre de la santé a annoncé son intention de faire évoluer le concours des EVC dans les prochains mois.

Les articles 8 à 10 de la proposition de loi ont pour objet, respectivement, de renforcer la portée de l'évaluation des besoins en nombre de postes à pourvoir, de confier l'évaluation des Padhue, au terme de leur parcours de consolidation des compétences, aux acteurs locaux chargés de leur supervision, et d'accélérer la délivrance des autorisations d'exercice.

Plus précisément, l'article 8 inscrit dans la loi les critères permettant de fixer le nombre de places ouvertes chaque année aux EVC. Aucun texte ne définit aujourd'hui ces critères, qui devaient pourtant être arrêtés par la réglementation. Le nombre de places ouvertes au concours est par ailleurs érigé en objectif quantitatif d'admission des candidats, sans que cela ne porte atteinte à la souveraineté des jurys.

L'article 9 prévoit de simplifier la procédure d'autorisation d'exercice à l'issue du parcours de consolidation de compétences, d'une part, en supprimant l'avis de la commission nationale et, d'autre part, en raccourcissant le délai de délivrance de l'autorisation d'exercice.

Le ministère s'est dit favorable à la substitution de l'avis des autorités médicales locales à celui de la commission nationale d'autorisation d'exercice. Toutefois, les conseils nationaux des ordres professionnels ont unanimement exprimé leurs réticences quant au fait de confier l'évaluation du candidat aux autorités chargées de son encadrement. Cette procédure, qui ne serait pas exempte de conflit d'intérêts pour les établissements d'affectation, pourrait entacher l'impartialité de l'évaluation et conduire à dégrader le niveau d'exigence, au préjudice de la qualité et de la sécurité des soins.

Sensible à ces arguments, je vous proposerai un amendement de réécriture globale, visant à réorienter le dispositif pour préserver l'avis de la commission nationale, tout en confiant aux acteurs locaux un pouvoir autonome d'évaluation du candidat, permettant de raccourcir la durée du parcours de consolidation des compétences. Ce même amendement tend à consolider les dispositions encadrant le délai de délivrance de l'autorisation d'exercice, en prévoyant que le silence gardé par l'autorité compétente dans un délai de quatre mois vaut approbation lorsque la commission nationale ne prescrit pas de prolongation de stage.

Quant à l'article 10, il vise à servir un objectif d'accès aux soins en soutenant l'affectation des Padhue dans les structures d'exercice coordonné en ville. Bien qu'autorisées depuis la loi Valletoux, ces affectations ne sont toujours pas mises en œuvre.

Enfin, la proposition de loi porte diverses mesures destinées à augmenter et mieux allouer le temps médical disponible : il s'agit du troisième pilier.

Quatre articles visent à renforcer les partages de compétences.

L'article 11 favorise les transferts d'activités ou d'actes entre professionnels volontaires, en faisant figurer la coopération interprofessionnelle et le recours à des protocoles de coopération parmi les missions des principales structures d'exercice coordonné, partageant une patientèle commune – équipes de soins primaires, centres de santé, maisons de santé pluriprofessionnelles. Il est soutenu par la très grande majorité des professionnels que j'ai auditionnés.

L'article 12 autorise les pharmaciens d'officine à contribuer à l'évaluation et à la prise en charge de situations cliniques dont la liste sera dressée par arrêté, ainsi qu'à l'orientation du patient dans le parcours de soins. L'expérimentation Osys (Orientation dans le SYstème de Soins), lancée en 2021, a montré l'intérêt de s'appuyer ainsi sur le maillage officinal pour diminuer les recours inappropriés aux urgences, libérer du temps médical et favoriser l'accès aux soins de proximité. Je vous proposerai deux amendements visant à sécuriser la mise en œuvre de ces dispositions et à confier à l'arrêté le soin de prévoir les modalités de prise en charge associées, en lien avec le médecin traitant.

Lorsqu'elle a été reconnue en 2016, la pratique avancée infirmière était conçue comme une partie de la réponse aux difficultés d'accès aux soins sur les territoires. Pour autant, le coût direct et indirect de la formation et un modèle économique inadapté, voire défaillant, ont conduit à un déploiement très inférieur aux attentes : l'objectif de 3 000 infirmiers en pratique avancée (IPA) en exercice pour 2022 n'est, plus de trois ans après, toujours pas atteint. Dans ces conditions, les articles 13 et 14 prévoient – enfin !, me direz-vous – les moyens nécessaires pour accélérer le déploiement de la pratique avancée.

L'article 13 prévoit un maintien de rémunération partiel pour les infirmières diplômées d'État (IDE) libérales se formant à la pratique avancée, une mesure qui simplifiera le paysage des aides existantes et permettra de systématiser leur attribution pour lever des barrières à l'entrée en formation.

Quant à l'article 14, il révisé en profondeur le modèle économique des IPA en ville, en systématisant une part de tarification à l'activité en plus des forfaits perçus pour les patients réguliers et en créant un nouveau forfait visant à valoriser les activités des IPA en matière d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage.

Trois articles visent à mieux allouer le temps médical disponible.

Afin d'améliorer l'efficacité thérapeutique et organisationnelle des cabinets médicaux, l'article 15 prévoit la création d'une aide conventionnelle à l'acquisition et au fonctionnement des équipements et des logiciels ayant vocation à assister les médecins dans leur pratique quotidienne. Je vous proposerai un amendement visant à recentrer l'aide sur les dispositifs innovants, pour lesquels les besoins de financement sont les moins bien couverts par les outils existants.

Enfin, alors que nul n'ignore les difficultés d'accès aux médecins sur le territoire, il n'est plus acceptable que ceux-ci perdent, en moyenne, six à huit consultations par semaine à remplir des certificats bien souvent superfétatoires, voire inutiles. Rejoignant le souci des syndicats de médecins et de l'ordre, les articles 16 et 17 de cette proposition de loi, déjà adoptés par le Sénat lors de l'examen de la loi dite Valletoux, visent à supprimer deux certificats médicaux superflus.

L'article 16 tend à remplacer, sauf exception, les certificats médicaux pour la pratique sportive des majeurs par des autoquestionnaires : il s'agit d'une harmonisation avec le droit applicable aux mineurs. L'article 17 vise à substituer une déclaration sur l'honneur au certificat médical aujourd'hui nécessaire pour recourir au congé pour enfant malade. L'encadrement de ce congé, plafonné à trois jours par an et non rémunéré, apparaît suffisant pour limiter les risques de dérives pour les entreprises.

Vous l'aurez compris, mes chers collègues, la présente proposition de loi constitue, selon moi, un texte équilibré. Les mesures qu'elle comporte permettront de mieux estimer les besoins de santé des territoires et contribueront à freiner la progression des inégalités territoriales d'accès aux soins, dont l'ampleur désormais inacceptable abîme notre pacte républicain.

Parmi les nombreuses initiatives récentes, je souhaite qu'elle constitue une voie de compromis et vous invite, en conséquence, à la soutenir ce soir.

Concernant le périmètre de ce projet de loi, en application du vademecum sur l'application des irrecevabilités au titre de l'article 45 de la Constitution, adopté par la Conférence des présidents, je vous propose de considérer que ce périmètre inclut des dispositions relatives au pilotage des politiques publiques d'accès aux soins et aux compétences des collectivités territoriales en la matière ; à l'évaluation des besoins de santé et à l'analyse de la démographie des professionnels de santé, aux échelles nationale et territoriale ; aux conditions d'installation et d'exercice et aux compétences des professionnels de santé ; aux conventions professionnelles conclues entre l'assurance maladie et les syndicats de professionnels de santé ; à l'organisation des structures d'exercice coordonné ; aux conditions d'autorisation d'exercice des praticiens à diplôme hors Union européenne ; aux certificats médicaux prévus par la loi, et à l'information du Parlement, des élus et des citoyens en matière d'accès aux soins. En revanche, je considère que ne présentent pas de lien, même indirect, avec le texte, des amendements relatifs au statut et à l'organisation des établissements de santé ; à l'approvisionnement en médicaments ; aux conditions de représentation des professionnels de santé et à l'organisation et le contenu de la formation initiale des professions de santé.

Il en est ainsi décidé.

M. Bruno Rojouan, rapporteur pour avis de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable. – Je tiens à dire combien j'ai apprécié l'excellente collaboration entre la commission que je représente et votre commission des affaires sociales, au travers de son président et sa rapporteure.

Vue de ma commission, cette coopération est remarquable, presque inédite dans la pratique sénatoriale. Et cela revêt pour nous une importance toute particulière : c'est la reconnaissance du rôle que joue la démographie médicale dans l'aménagement du territoire. Ce lien, nous le partageons profondément, car nous avons tous ici à cœur de garantir un égal accès aux soins pour les Français.

Il n'y a pas une réunion dans nos territoires, avec des élus ou des acteurs locaux, où cette problématique n'est pas soulevée. Comme certains l'ont souligné, c'est un véritable enjeu républicain. Et, à ce jour, ce pacte républicain en matière de santé reste peu perceptible pour nos concitoyens.

C'est pourquoi je tiens à saluer cette proposition de loi, qui cherche un équilibre entre des acteurs souvent difficiles à faire converger : votre commission, naturellement au cœur du sujet ; la nôtre, plus périphérique sur le fond, mais pleinement concernée par ses conséquences sur l'aménagement des territoires ; une partie du corps médical, en mutation et plus ouvert à de nouvelles approches ; et bien sûr, le Gouvernement.

Je veux aussi souligner que les associations de patients, que nous avons auditionnées, ont offert un accueil plutôt favorable à cette proposition de loi. Certes, elle ne satisfait pas toutes les attentes, mais elle marque une avancée reconnue. Et cela compte, car notre objectif commun est de répondre aux besoins des patients, et non pas de rester enfermés dans une logique strictement professionnelle. Ainsi, ce texte représente une avancée décisive.

Deux dispositions retiennent particulièrement notre attention. La première, que j'appelle la règle d'installation, permet d'orienter l'installation des médecins généralistes vers les territoires sous-dotés, en instaurant un exercice partiel dans ces zones. Contrairement à certaines inquiétudes, il ne s'agit pas de les éloigner de 100 kilomètres de leur site d'exercice principal : souvent, à 10 kilomètres à peine, on trouve déjà un territoire en grande difficulté d'accès aux soins. Cette logique s'appuie aussi sur les nombreux cabinets vacants – notamment dans les maisons de santé –, qui ne demandent qu'à être réutilisés. Le cabinet secondaire, dans ce contexte, peut devenir un levier fort et concret.

La deuxième mesure importante est le principe du « un pour un » pour les médecins spécialistes : un départ ouvre la possibilité d'une nouvelle installation dans la même spécialité, tout en gardant une marge d'appréciation. Parce que, oui, dans certains territoires, la démographie évolue, et un spécialiste supplémentaire peut être nécessaire. Ce texte recherche intelligemment un équilibre entre incitation et régulation, loin des caricatures de la coercition que certains agitent.

Enfin, je veux insister sur le rôle des élus locaux, que notre commission a particulièrement défendu. Les ARS et les services de l'État ont leur place, mais ils ne doivent pas être les seuls à juger de la pertinence des besoins. Le choix d'un échelon départemental pour le zonage est, à nos yeux, pertinent : les conseils départementaux connaissent finement leur territoire et sont en mesure d'identifier les besoins médicaux réels, spécialité par spécialité.

En somme, cette proposition de loi constitue, selon nous, un levier essentiel pour améliorer l'accès aux soins pour tous. Et je me réjouis de vous annoncer que la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable a adopté mon rapport cet après-midi avec enthousiasme.

Mme Corinne Bourcier. – Je remercie notre rapporteure Corinne Imbert pour son travail. J'ai cosigné cette proposition de loi, car nos concitoyens attendent de nouvelles orientations pour l'accès au soin.

Je regrette la multiplication des propositions de loi sur l'accès aux soins – je l'ai déjà dit hier, lors de l'examen de la proposition de loi sur la profession d'infirmier. Il vaudrait mieux un texte global !

Cette proposition de loi compte de nombreux articles. Nous avons besoin d'être éclairés sur son contenu, et je vais donc vous poser plusieurs questions, de manière aussi concise que possible.

Est-il utile de créer à l'article 2 un nouveau comité de pilotage, alors que l'article 1^{er} crée déjà un Office national de l'évaluation de la démographie des professions de santé, ainsi que des offices départementaux d'évaluation de la démographie des professions de santé, dont les missions pourraient être élargies ?

Pouvez-vous préciser les modalités d'application concrètes des conditions d'installation prévues à l'article 3 : quelle distance entre les deux lieux d'exercice et quelle durée d'exercice partiel seraient retenues ? En outre, une majoration de la contribution de l'assurance maladie est-elle prévue pour l'exercice en zone sous-dense ?

L'article 13 prévoit un maintien partiel des revenus pour les auxiliaires médicaux engagés dans une formation en pratique avancée. Cela concerne-t-il tous les auxiliaires médicaux ou seulement les IPA ? Les masseurs-kinésithérapeutes en pratique avancée sont-ils concernés ?

Une mise à jour plus fréquente du zonage de l'offre de soins, une fois par an plutôt que tous les deux ans, serait-elle envisageable afin de favoriser l'acceptabilité des mesures de restriction à l'installation ? Enfin, une meilleure intégration des médecins au comité de pilotage de l'accès aux soins créé à l'article 2 ne permettrait-elle pas de mieux assurer l'acceptabilité des mesures contraignantes ?

Mme Annie Le Houérou. – Je ne reviens pas sur le diagnostic que nous partageons : la situation est plus que préoccupante, les élus comme la population abordant avec angoisse la question de l'accès aux soins. Diverses réponses se concrétisent : le travail transpartisan de l'Assemblée nationale avec la proposition de loi visant à lutter contre les déserts médicaux de M. Garot, le texte que nous examinons, les déclarations récentes du Premier ministre, ou encore la proposition de loi sur la profession d'infirmier que nous avons examinée hier en séance publique. Toutefois, il faut une vision plus globale et mieux structurée de notre système de santé, que le présent texte ne fournit pas.

Je concentrerai mon propos sur les articles 1^{er} et 2, qui concernent le pilotage de la politique de santé au plus près des territoires. Il est proposé de remplacer l'Observatoire national de la démographie des professionnels de santé par un office national d'évaluation de la démographie des professionnels de santé. À ce stade, je ne perçois pas la valeur ajoutée du changement de nom et de mission de cet office. Pourquoi ne pas améliorer les outils existants ? Compte tenu de la dénonciation actuelle du nombre pléthorique d'agences et d'offices, nous aurions intérêt à simplifier.

Je le comprends, il s'agit de redonner de la consistance à l'échelon départemental, jusqu'à lui confier la présidence des offices départementaux. Départements de France a émis un avis plutôt favorable à cette idée, mais comment cela s'articulera-t-il avec les outils existants, qui ne sont pas modifiés ? Par définition, les ARS sont compétentes pour faire remonter les diagnostics et les données en question. La situation est certes diverse selon les départements, mais les conseils territoriaux de santé et les contrats locaux de santé organisent aussi l'offre de soins au plus près des territoires. En Bretagne, dans les Côtes-d'Armor, parmi les cinq territoires de santé, trois sont à cheval entre plusieurs départements, avec l'Ille-et-Vilaine, le Morbihan ou le Finistère. Comment prendre en compte ces réalités dans une logique départementale ? Je m'interroge quant à la faisabilité technique du dispositif proposé et à la clarification de la politique de santé qui pourrait en résulter.

Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale. – Évidemment, je me soucie de la situation de l'accès aux soins dans les territoires. Cette préoccupation doit nous occuper à chaque instant. Cependant, la multiplication de propositions de loi dont les dispositions se superposent et d'annonces du Gouvernement entraîne une confusion totale : comment expliquer à nos concitoyens ce que font les politiques ?

La situation est déplorable : elle crée un malaise, un découragement, surtout auprès des jeunes, sur lesquels tout repose. Nous avons trop tardé à agir sur ce sujet pendant des années, ce qui est aujourd'hui problématique. S'il est si difficile d'organiser l'accès aux soins, c'est aussi parce que nous en sommes à un changement de génération : alors que les anciens médecins de famille donnaient beaucoup de temps à leurs patients, la nouvelle génération demande légitimement à pouvoir s'épanouir d'un point de vue familial,

personnel ou culturel. Le temps que cette transition ait lieu, la population vieillissante nécessite de plus en plus de soins. Il faut augmenter le nombre de médecins, car ceux-ci donnent moins de temps médical. Beaucoup de choses ont été faites ces dernières années – création des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), de pôles de santé, aménagement des politiques de soins, *etc.* –, mais, je le concède, cela ne suffit pas.

Je n'ai pas cosigné cette proposition de loi, et je m'abstiendrai sur certains articles. En revanche, d'autres idées me conviennent parfaitement, comme celle consistant à proposer la première année des études de médecine dans chaque département. On le sait aujourd'hui, la plupart des jeunes médecins s'installent là où ils ont commencé leurs études.

Mme Émilienne Poumirol. – Cette proposition figure dans le pacte sur les déserts médicaux du Premier Ministre !

Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale. – Je soutiens néanmoins cette mesure, que nous avons expérimentée en Mayenne, qui répond vraiment aux enjeux d'accès aux soins. De moins en moins de jeunes médecins choisissent la médecine générale, parce que nous imposons aux jeunes médecins généralistes des choses impossibles, et parce que certaines prises de parole sont intolérables. Certains avancent que, comme leurs études sont gratuites, il faudrait qu'ils nous donnent davantage, alors qu'ils donnent déjà beaucoup durant leur internat ou leur externat. Le climat est épouvantable, et les jeunes risquent de ne plus choisir la médecine générale.

Comment cette proposition de loi sera-t-elle articulée avec les mesures annoncées par le Gouvernement ?

Je fais part de mon admiration à ceux qui s'intéressent à ce sujet, mais il ne faudrait pas essayer toutes les solutions au prétexte qu'on ne les a pas déjà essayées auparavant. Faisons attention : dans la presse, certains avancent que ces mesures régleront le problème des déserts médicaux, mais c'est de la poudre aux yeux. Le véritable problème, c'est le zonage : 87 % du territoire est sous-doté. A-t-on pris en compte le fait qu'il faudra remplacer les médecins vieillissants dans les zones surdotées ? Il y a beaucoup de confusion, et le texte ne participera pas à soutenir les vocations des jeunes médecins. C'est en prenant les problèmes à bras le corps, en recherchant une organisation territoriale cohérente au niveau local que l'on pourra répondre à cette problématique.

M. Jean-Luc Fichet. – Je siège au Sénat depuis 2008. Nous posons la question des déserts médicaux depuis la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST), portée par Roselyne Bachelot. En 2013, Hervé Maurey et moi-même avons rédigé un rapport sur ce sujet, dont l'une des propositions était d'envisager une forme de coercition pour les premières années d'exercice. Depuis, sous les différents ministres de la santé, nous avons multiplié les mesures incitatives, mais celles-ci ne suffisent pas. Les départements, les communes et les intercommunalités

ont pris des initiatives pour répondre aux attentes des médecins. En tout, vingt-quatre dispositifs se superposent, engageant des moyens financiers considérables. À plusieurs reprises, j'ai demandé aux ministres de la santé des chiffres consolidés sur ces mesures incitant les jeunes médecins à s'installer dans les déserts médicaux, mais je n'ai jamais reçu de réponse. Ces sommes sont considérables, mais les déserts médicaux sont bien plus étendus qu'auparavant.

Je ne reviens pas sur les problèmes soulevés par Annie Le Houérou. Le Gouvernement a proposé deux jours par mois de présence dans les zones sous-dotées, mais nous savons déjà que cela ne fonctionnera pas. Qui aménagera les locaux, qui financera le matériel nécessaire ? L'assurance maladie financerait une part des investissements, mais nous savons très bien que cela ne sera jamais suffisant, et que les maires et les collectivités locales seront mises en concurrence, comme depuis de nombreuses années. Sur la question des transports, la mairie de Nevers paie 100 000 euros de billets d'avion par an pour transporter des médecins spécialistes au centre hospitalier universitaire (CHU), et se déclare d'ailleurs prête à multiplier cette somme par trois ou quatre afin d'assurer l'offre de soins !

Les médecins qui devront accorder deux journées par mois aux zones sous-dotées...

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Qu'il n'y ait pas de confusion sur ce sujet, il s'agit là d'une annonce du Premier ministre, et non d'une disposition de cette proposition de loi.

M. Jean-Luc Fichet. – La question demeure : qui seront les remplaçants des médecins s'absentant pour compenser le manque de spécialistes dans les zones sous-dotées ?

Il est avancé qu'une petite partie des surcoûts engendrés incombera aux patients, et que les complémentaires pourront les rembourser, mais un certain nombre de nos concitoyens ne disposent pas de complémentaire. Ils subiront donc une hausse du reste à charge du fait de la lutte contre la désertification médicale.

Une dérogation au code du travail est également prévue pour permettre aux centres de santé d'embaucher du personnel en CDD pour des durées courtes jusqu'à cinq ans ; mais de quel personnel exactement est-il question ?

Il y a aussi la question des Padhue. On dit qu'il faut alléger le dispositif et que ceux-ci devront exercer là où nous aurons besoin d'eux. Une forme de coercition n'existant pas pour les autres médecins sera donc exercée à leur égard.

Plus globalement, les auteurs de la proposition de loi refusent de s'attaquer à la question de la désertification médicale. Comment véritablement associer les élus ? Nous savons bien quelles sont les compétences des ARS, qui font leur travail tant à l'échelon régional qu'à l'échelon départemental. Les départements sont déjà en position de demander aux ARS quels sont les besoins dans leurs territoires, mais préciser les besoins des départements au niveau du comité de pilotage ne changera pas grand-chose : les médecins ne voulant pas se rendre dans certaines zones ne s'y rendront pas. Tout cela nécessite de nombreux éclaircissements. Sincèrement, il me semble que cette proposition de loi ne résoudra pas le problème des déserts médicaux.

M. Bernard Jomier. – Ce texte est intéressant, complexe, mais inachevé. Monsieur Rojouan, la situation ne sera significativement améliorée qu'à l'automne 2026, avec l'arrivée de 3 500 jeunes médecins généralistes dans les départements.

M. Alain Milon. – Bien sûr !

M. Bernard Jomier. – Il faut le dire à toutes les autorités : nous devons aujourd'hui préparer cette échéance, nous occuper de l'hébergement et du transport de ces jeunes, qui ne resteront pas dans les territoires s'ils ne peuvent pas y mener leur vie personnelle. Cela compte tout autant que les conditions pédagogiques d'exercice qu'ils trouveront.

M. Olivier Henno. – C'est vrai.

M. Bernard Jomier. – En moyenne, chaque département disposera de trente médecins supplémentaires, de manière pérenne, puisque cette mesure se renouvellera chaque année. L'autre mesure qui permettra d'améliorer la situation, c'est la hausse du nombre d'étudiants formés, dont les effets commencent à se faire sentir, puisque les CHU ne retiennent plus à tout prix les jeunes internes. Les dispositions de ce texte ne changeront donc pas grand-chose. Il faut revoir le zonage : toute politique publique qui s'appuie sur 3 % du territoire pour résoudre le problème dans les 97 % restants est vouée à l'échec.

Ce texte propose cependant des mesures intéressantes consistant à renverser la verticalité, à adopter une approche territoriale et à favoriser la maille départementale. À l'article 1^{er}, le code de la santé publique est modifié afin de préciser que le département coordonne les actions en faveur de l'offre de soins. Selon son intitulé, la proposition de loi vise à améliorer l'accès aux soins, mais pour cela il faut tenir compte non pas seulement de l'offre de soins, mais aussi des priorités et des demandes de santé. Ces questionnements font défaut dans le texte : les priorités de santé diffèrent selon les départements, qui ne se caractérisent ni par les mêmes prévalences des pathologies ni par les mêmes conditions d'accès aux soins périnataux.

Le texte est en réalité une ébauche, qui a du sens, mais qui n'est pas aboutie. Concrètement, le seul dispositif mis sur la table est la création de l'office national de l'évaluation de la démographie des professions de santé. Il n'est d'ailleurs pas précisé si l'ONDPS est supprimé ou si les dispositifs s'empilent. Il y a une dissonance entre l'intention des auteurs et sa traduction concrète.

Je reste perplexe pour amender ce texte. Le périmètre de l'article 45 est d'ailleurs très large : le texte porte sur les compétences des collectivités territoriales et sur le pilotage de la politique de santé. L'article 2 modifie en effet le pilotage de la politique de santé, touchant à l'un des points fondamentaux du code de la santé publique, uniquement pour créer un office national supplémentaire : c'est là qu'il y a dissonance. Nous essayerons de faire des propositions pour améliorer ce texte. Cet examen doit nous donner l'occasion d'affirmer que les priorités de santé doivent être discutées à l'échelle départementale, avec l'ensemble des acteurs et qu'il faut inverser la verticalité dans la détermination des priorités de santé.

Je rejoins Élisabeth Doineau : il n'est pas juste de faire porter le dispositif uniquement sur les jeunes. Je préfère la proposition du Premier ministre, selon laquelle tous les médecins installés en zone sur-dense devraient participer à un dispositif de solidarité. Le principe de solidarité doit s'appliquer à tout le monde et non seulement aux jeunes.

En outre, des ambiguïtés demeurent. Selon l'exposé des motifs de la proposition de loi, « l'article 5 propose d'autoriser les médecins à pratiquer des dépassements d'honoraires en zone sous-dense », mais Mme Imbert nous dit qu'il s'agira d'honoraires spécifiques. Dans l'article 5 en question, le point est renvoyé au contenu des discussions des conventions nationales. Au lieu de dire qui paiera, tout est renvoyé aux conventions. Il faudra clarifier cette question, car ces dépassements d'honoraires ne sont pas acceptables : il n'est pas question qu'en zone sous-dense, des patients peinant déjà à consulter un médecin doivent payer plus.

Mme Émilienne Poumirol. – Nous sommes nombreux à travailler ces sujets complexes depuis longtemps. Si personne n'a trouvé de solution miracle, c'est que celle-ci n'existe pas. J'ai entendu la position de Départements de France : il est intéressant de confier la mission d'évaluation des besoins aux départements, mais il faut préciser comment ceux-ci pourront financer cette compétence supplémentaire alors qu'ils ont déjà du mal à assumer toutes leurs missions.

Sur la troisième partie du texte, je suis une fervente défenseuse de l'équipe de santé pluriprofessionnelle de proximité, du travail partagé, soit en MSP, ainsi que cela était prévu par la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, qui a permis la réforme « Ma santé 2022 », soit dans des centres de santé, ou même dans les équipes de soins primaires, qui peuvent constituer un premier maillon avant

la structuration en MSP. De manière généreuse et avec de bonnes intentions, l'article 11 vise à favoriser leur travail. Mais sur le plan pratique, il faut des actes forts pour élaborer de manière concertée des projets de santé locaux dans les territoires, en s'assurant que plus aucune commune ne construise des bâtiments qui restent vides. Il faut partir des projets de santé élaborés avec les professionnels avant de construire les bâtiments. Nous avons besoin de précisions à ce sujet, et la rédaction proposée à l'article 11 paraît insuffisante.

À plusieurs reprises, nous avons conféré de nouvelles compétences aux pharmaciens, qui ne sont pas là pour remplacer les médecins. Toutefois, une meilleure collaboration vaut mieux que toute nouvelle disposition législative, comme celle prévue à l'article 12.

Enfin, l'article 16 prévoit de remplacer les certificats médicaux pour la pratique sportive par un autoquestionnaire. Je ne suis élue que depuis 2020 ; en trente-huit ans d'expérience en médecine générale, je n'ai pas passé mon temps à faire de tels certificats. Qui sera responsable en cas d'accident ? Je ne suis pas favorable à ce que ces questionnaires puissent être utilisés pour tous les sports.

M. Daniel Chasseing. – Pour rejoindre les propos de Bruno Rojouan, il me semble que cette proposition de loi rendra service à la population. Je ne reviens pas sur les inégalités territoriales : dans les communes de plus de 100 000 habitants, seuls 4 % des habitants ont des problèmes pour accéder aux soins, contre plus de 20 % dans les communes rurales ou périphériques.

Lors d'une visite dans le Cantal, le Premier ministre a proposé un pacte pour les déserts médicaux, prévoyant d'imposer deux jours de présence par mois dans les zones sous-dotées. Je n'y vois pas de contradiction avec les mesures de cette proposition de loi.

Le député Guillaume Garot a proposé d'arrêter les installations de médecins en zone hyperdense. Effectivement, cette mesure rencontre une opposition forte de la part tant des praticiens que des étudiants qui, s'ils ne sont pas forcément enthousiastes à l'égard de cette proposition de loi, n'y sont pas non plus opposés.

À l'article 1^{er}, le département est considéré comme un maillon fort. Il faut en effet renforcer le rôle du département, car son président, les conseillers départementaux et les élus locaux connaissent parfaitement leur canton. Je ne reviens pas sur les doublons que pourrait occasionner la création de l'office national de l'évaluation de la démographie des professions de santé, des offices départementaux d'évaluation de la démographie des professions de santé et du comité de pilotage. Effectivement, l'ARS sera présente dans la commission. Il est très bien que le département pilote l'installation des professionnels de santé, même si j'ai déposé un amendement pour que les associations des maires puissent participer à la réflexion.

La proposition de loi prévoit de conditionner l'autorisation de s'installer en zone hyperdense à un engagement à exercer en zone sous-dense. Certes, il s'agit d'une contrainte, mais celle-ci n'est pas extraordinaire. Les médecins comprennent la situation et prennent la mesure des difficultés des territoires ruraux. S'ils ne sont pas enthousiastes, ils sont plutôt d'accord. Les spécialistes ne seraient autorisés à s'installer en zone hyperdense qu'à condition qu'un praticien de même spécialité quitte la zone.

Madame Poumirol, il faut évidemment travailler en équipe, mais l'absence de médecin signe la mort d'une commune, d'une pharmacie et de tout le secteur médico-social ! Il faut tenter des choses, au lieu de tout rejeter.

Il est proposé de simplifier la procédure d'autorisation des Padhue en la confiant aux acteurs locaux. Cela me semble complètement logique : qui mieux que les chefs de pôle ou de service connaissent ces praticiens ?

Même si le pharmacien n'a pas vocation à remplacer le médecin, il est ouvert du lundi au samedi. C'est le professionnel de santé que l'on va voir lorsqu'on ne peut pas consulter un médecin.

Les IPA en mention « pathologies chroniques stabilisées, prévention et polypathologies courantes en soins primaires » exercent parfois dans des maisons de santé, travaillant avec des médecins pour permettre à ceux-ci d'augmenter leur patientèle. Mais ils ne peuvent pas vivre de leur travail s'il s'agit de la seule source de leurs revenus ! Le forfait est trop bas, et il faut absolument passer à la rémunération à l'acte. De nombreux IPA n'exercent qu'à mi-temps pour pouvoir s'assurer par ailleurs de quoi vivre ! Pour toutes ces raisons, je soutiendrai totalement cette proposition de loi.

Mme Florence Lassarade. – Je serai brève : qu'entend-on par « zone sur-dense » ? Ne vaudrait-il pas mieux parler de « zone normo-dense » ? On parle de conditionner l'installation de spécialistes au départ de médecins exerçant dans la même spécialité, mais que faire dans les zones où il n'y a plus de spécialistes ? Parle-t-on du nombre actuel de spécialistes ou du nombre de spécialistes qui exerçaient il y a cinq ou dix ans ?

À l'échelle du département, s'agit-il d'associer le conseil départemental de l'ordre des médecins ? Tous les médecins ne sont pas interchangeables : une analyse plus fine de l'installation devrait être confiée à l'ordre.

Mme Anne-Marie Nédélec. – Je ne fais pas partie du milieu de la santé, et j'aborde la question plutôt du côté des patients. Même si j'ai participé à nos travaux sur la désertification médicale, je n'ai pas cosigné cette proposition de loi, car deux points m'interpellent.

J'ai rencontré de nombreux patients qui n'ont plus de médecin, qui doivent faire plus de 100 kilomètres pour rencontrer un spécialiste, et doivent souvent attendre plus de six mois pour obtenir un rendez-vous. Je ne parle pas des autres embûches que représentent les zones à faibles émissions (ZFE) et les systèmes de stationnement dans les centres urbains, qui déstabilisent un peu plus les habitants du milieu rural, qui se sentent abandonnés.

Compte tenu de la situation, et d'autant plus si elle n'est que temporaire, j'ai toujours souhaité une certaine régulation de l'installation. Le rapport l'indique, de nombreuses professions de santé sont soumises à un mécanisme de régulation sans que cela provoque aucun cataclysme. Il n'y a pas d'autre solution, sauf à laisser une partie de notre population sans soins.

Le temps partiel, s'il ne s'agit que de deux jours par semaine, ne suffira pas. Pour atteindre une zone surdotée depuis mon département, il faut faire plus de 100 kilomètres. J'imagine mal un médecin, même s'il est animé des meilleures intentions du monde, faire ce trajet pour exercer un, deux ou trois jours par mois. En outre, la responsabilité de l'organisation des cabinets secondaires retombera encore une fois sur les maires, alors que les communes ont déjà beaucoup donné sans aucune contrepartie.

J'ai presque été blessée par la proposition relative aux dépassements d'honoraires en zone sous-dense, comme si y soigner demandait un effort exceptionnel. En dehors des métropoles et des zones touristiques, on se sent citoyen de deuxième, troisième, voire de quatrième zone ! Franchement, j'ai trouvé cette proposition très condescendante, voire insultante.

Mme Céline Brulin. – Je regarde avec beaucoup d'intérêt toutes les propositions de lutte contre la désertification médicale, et je me réjouis de voir que, de façon massive, le groupe Les Républicains considère que la totale liberté d'installation est une impasse. Je partage les propos de Bruno Rojouan sur l'aménagement du territoire, et j'y ajoute qu'il est question d'égalité républicaine.

Je rejoins les collègues ayant exprimé leur confusion devant la multiplication des propositions de loi et des annonces du Gouvernement. J'espère que tout cela n'est pas une mise en scène, pour qu'en fin de compte il ne se passe rien.

La maille départementale est pertinente pour analyser la densité de l'offre de soins. Toutefois, faire des départements des chefs de file en la matière peut présenter des dangers pour certains d'entre eux, qui seraient en première ligne sur un sujet suscitant légitimement des attentes de nos concitoyens, alors qu'en raison de leurs difficultés financières, ils ne pourront pas nécessairement y répondre concrètement. Même si cela relève du domaine réglementaire et non pas du domaine de la loi, il faudrait définir les zones denses, sous-denses et sur-denses avec des critères les plus objectifs possible, faute de quoi nous ne parviendrons pas à réguler l'installation.

Dans certains départements, on peut quitter une métropole et se retrouver dans des territoires sous-denses pour y pratiquer des consultations avancées. Mais dans d'autres territoires, les distances sont plus importantes, car la totalité du département est sous-dotée.

Je refuse à mon tour que l'on permette les dépassements d'honoraires dans les zones sous-denses. Madame la rapporteure, vos explications me laissent penser qu'il y aura une tarification différente de l'acte selon la zone où celui-ci est pratiqué, mais que cet acte sera remboursé par l'assurance maladie dans les conditions de droit commun. Le sujet est complexe : s'ils voyaient leurs confrères être mieux rémunérés qu'eux, des praticiens en zone sous-dense pourraient considérer cette mesure d'un mauvais œil.

En outre, les Padhue seront-ils contraints d'exercer en zone sous-dense, ce qui créerait des droits et devoirs différents selon les catégories de médecins ?

Il faut sûrement inventer un nouveau modèle pour permettre aux médecins d'exercer dans les centres de santé. Toutefois, dans les hôpitaux, un mercenariat s'est développé parce qu'on y a autorisé la rémunération différenciée des vacations. Il ne faut pas que cette mise en concurrence se reproduise dans les centres de santé.

Enfin, cette proposition de loi fait l'impasse sur le sujet de la formation des médecins, pourtant important. Il faut former davantage, là où nous en avons besoin. Des imprécisions demeurent. Je souhaiterais que l'on m'enlève le doute que ces propositions sont mises sur la table pour qu'en fin de compte, il ne se passe pas grand-chose.

Mme Solanges Nadille. – Ce texte répond à une demande faite dans mon territoire archipélagique. En Guadeloupe, nous sommes en souffrance. J'éprouve toutefois une réserve quant au fait que la restriction d'installation ne s'applique qu'aux jeunes médecins, qui bien souvent ne sont pas les seuls à ne pas se déplacer dans les déserts médicaux.

Je reste réservée sur la proposition de simplifier le recours aux Padhue en zone sous-dense, notamment lorsqu'ils exercent en maisons de santé pluriprofessionnelles. Je ne comprends pas pourquoi leur réserver cette condition, ce qui pourrait dissuader certains médecins de s'installer.

Enfin, je ne retrouve pas dans le texte de proposition relative à la taxe lapin.

Mme Nadia Sollogoub. – Beaucoup de textes sont examinés en même temps. Pour que chacun sache comment se positionner, il faut se fixer des lignes rouges. Premièrement, et je rejoins Bernard Jomier sur ce point, il me semble trop strict de faire porter uniquement sur les jeunes des mesures dont ils ne sont pas responsables. J'ai soutenu la proposition d'imposer aux docteurs juniors un service dans ces zones, car si ces formations sont bien organisées, il s'agit d'un complément gagnant-gagnant pour eux.

Deuxièmement, la coercition constitue pour moi une autre ligne rouge. J'ai soutenu la proposition de loi et je voterai en sa faveur, car le texte est très peu coercitif. Il y a très peu de territoires sur-denses, et la mesure centrale consistant à y conditionner l'installation au départ d'un même spécialiste n'est pas rédhibitoire. Une petite alerte toutefois : nous nous sommes trompés en oubliant que les médecins ne donnent pas tous le même temps médical. Ne nous mettons pas en difficulté en omettant davantage ce point.

Mme Anne-Sophie Romagny. – Beaucoup de choses ont déjà été dites : 87 % du territoire national est considéré comme un désert médical, et 6 millions de Français déclarent ne pas bénéficier d'un accès aux soins. La situation est inquiétante, et je salue l'initiative des auteurs de ce texte, que j'ai cosigné. Il faut trouver des solutions. Comme Nadia Sollogoub, je suis contre les mesures coercitives. Le texte me semble assez équilibré sur cette question.

J'éprouve une véritable inquiétude au sujet des zones sous-denses, que le Premier ministre a qualifiées de « rouges », car on ne parle pas du temps médical disponible dans les territoires. Les départs à la retraite ou les temps partiels ne sont pas pris en compte, pas plus que la notion de bassin de vie. Lorsqu'un territoire est situé à la limite de différents départements, voire de différentes régions, comme dans la Marne, entre l'Aisne et les Ardennes, la situation est particulièrement compliquée. Il faut aujourd'hui 2,3 médecins pour remplacer un médecin qui part à la retraite : la proposition de n'autoriser l'installation d'un médecin que pour un départ est assez inquiétante.

Enfin, je salue l'article 13, qui prévoit de maintenir une rémunération partielle pour les infirmières libérales souhaitant se former à la pratique avancée. Cela correspond à l'un des points soulevés par les infirmiers libéraux lors des auditions que Jean Sol et moi-même avons menées en préparation de la proposition de loi que nous avons examinée hier.

M. Jean Sol. – Même si l'échelle départementale me semble pertinente, pourquoi avoir choisi de confier au président du conseil départemental la présidence de l'office départemental ? *Quid* du conseil de l'ordre et de l'antenne territoriale des ARS dans les départements ?

Quelle articulation est-elle envisagée entre le comité de pilotage de l'accès aux soins et l'office départemental d'évaluation de la démographie des professions de santé ? Je m'interroge aussi sur les jeunes partis à l'étranger pour faire leurs études, ainsi que sur les retraités, dont certains souhaitent poursuivre leur travail. Dans mon département, d'assez nombreux retraités volontaires continuent d'exercer au sein de medicobus, ce qui fonctionne assez bien. Qu'en est-il de l'universitarisation territoriale, qui commence dans certains départements ?

En outre, certains conseils départementaux et certaines régions ont déjà pris des dispositions relatives au salariat des médecins.

M. Alain Milon. – Je partage presque l’ensemble des propos de Bernard Jomier, ce qui m’a décidé à intervenir. Francis Blanche disait : « il faut penser le changement et non pas changer le pansement. » Certains articles de cette proposition de loi pensent le changement, quand d’autres changent simplement le pansement.

Permettez-moi de faire un peu d’histoire : la loi HPST a mis en place les ARS pour regrouper les agences régionales d’hospitalisation (ARH), la direction régionale des affaires sanitaires et sociales (Drass), les directions départementales des affaires sanitaires et sociales (Ddass) et les caisses régionales d’assurance maladie (Cram). Le but était de regrouper un ensemble d’organismes pour être au plus près des médecins et des professionnels de santé. Elle a aussi inventé les MSP, facilitant ainsi le travail de tous les professionnels de santé sur un même site.

La loi Touraine a créé les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), qui permettent aux médecins libéraux de se regrouper pour travailler ensemble, et a complété les communautés hospitalières de territoire (CHT) en créant les groupements hospitaliers de territoire (GHT), auxquels il faudrait peut-être d’ailleurs donner la personnalité morale – c’est un autre sujet.

La loi Buzyn est essentielle, car elle a supprimé le *numerus clausus*. Nous commençons à en percevoir les conséquences dans les hôpitaux. En région PACA, le CHU de Marseille se libère de certains de ses internes vers des hôpitaux de Toulon ou d’Avignon. La loi Buzyn est donc essentielle dans la lutte contre la désertification médicale.

Il y a aussi les 3 500 « docteurs juniors » qui arriveront en novembre 2026. Je le rappelle, la proposition de loi visant à la consolidation et à la professionnalisation de la formation des internes en médecine générale de Bruno Retailleau avait été complétée par un amendement de sa rapporteure Mme Imbert.

Monsieur le rapporteur pour avis, il n’est pas vrai de dire que les médecins sont responsables de l’aménagement du territoire. De même, il n’y a plus de lycées, de collèges d’écoles primaires ou d’écoles maternelles dans nos territoires. Ce sont les politiques, tous gouvernements confondus, qui en sont responsables.

Mme Frédérique Puissat. – Le sujet n’est pas simple. Les rapporteurs ont travaillé avec beaucoup d’humilité. Nous sommes tous d’accord pour dire que l’on ne peut pas ne rien faire et attendre neuf ans pour voir les effets de la fin du *numerus clausus*, ainsi que M. Véran, alors ministre, nous le conseillait. Nous ne pouvons pas non plus attendre que la politique de santé se fasse par décret : le ministre Neuder nous l’a dit, comme le Gouvernement ne dispose pas d’une majorité au Parlement, il prend beaucoup de décisions par décret, qui nous échappent. Remettre les enjeux de la santé et de la lutte contre les déserts médicaux au cœur du Parlement est une bonne chose.

Les membres du groupe Les Républicains ont évolué sur les questions de coercition, et ne voient pas la médecine comme une activité libérale par essence. C'est aussi la force d'un groupe politique que de faire des propositions consensuelles, du fait de la diversité des expériences de chacun dans les départements. Nous ne proposons pas de mesures coercitives à tout crin : dans une pensée plus libérale, nous faisons une proposition équilibrée. Notre proposition de loi poursuivra son chemin au Parlement, sera amendée en séance puis examinée par l'Assemblée nationale, et nous verrons où cela atterrira.

Lorsque Corinne Imbert défendait l'idée de prioriser l'installation des docteurs juniors dans les zones sous-denses, certains exprimaient leurs doutes, mais cette idée semble aujourd'hui s'être imposée. Voyons comment les propositions que nous faisons aujourd'hui seront reçues dans le temps. Certains de nos collègues s'interrogent actuellement sur la pertinence d'imposer deux jours de service par mois dans les zones sous-dotées pour les médecins s'installant en zones dites « sur-denses », mais cette mesure ne fera peut-être plus débat dans quelques années. La pire des choses serait de ne rien faire.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – La proposition de loi n'a évidemment pas la prétention de régler tous les problèmes. Très sincèrement, j'espère que nous ne faisons pas ce travail pour rien. Nous avons prévu des mesures très pragmatiques : certaines sont innovantes, certaines visent à améliorer l'effectivité de dispositions existantes. S'il y a une volonté politique de les appliquer, il y aura des conséquences perceptibles pour tous. Chacun devra prendre ses responsabilités : la nôtre, c'est de voter ce texte qui, je l'espère, fera consensus ; ensuite, les décrets d'application devront être publiés dans des délais raisonnables, sans que nous devions attendre deux ans...

La proposition de loi n'aborde pas les sujets relatifs à la formation, parce que la commission a demandé à la Cour des comptes un rapport sur le remplacement de la première année commune aux études de santé (Paces) par le parcours accès santé spécifique (Pass) et la licence accès santé (Las), avant de mettre en place une mission d'information pour approfondir ce sujet. Il ne nous paraissait pas pertinent d'aborder cette question tant que ces travaux n'auront pas été achevés.

Je vous remercie d'avoir parlé de l'installation des docteurs juniors. La proposition de loi visant à la consolidation et à la professionnalisation de la formation des internes en médecine générale de Bruno Retailleau, dont j'avais eu l'honneur d'être rapporteure, avait été décriée, avant que sa principale disposition ne soit reprise dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2023. Aujourd'hui, elle est saluée, y compris par certains syndicats d'internes, ainsi que par des élus. Tout le monde en convient, cette mesure était la plus efficace et rapide. Les premiers docteurs juniors arriveront le 1^{er} novembre 2026 dans les territoires.

J'ai indiqué au Premier ministre, au ministre de la santé et au directeur de l'ARS dans ma région que nous sommes collectivement dans l'obligation d'assurer la qualité de leur accueil. En revanche, si l'on veut respecter l'esprit de la loi, il faut veiller à ce que le nombre de places prévues par les ARS n'excède pas celui de docteurs juniors.

Enfin, je vous prie d'excuser notre erreur dans la rédaction de l'exposé des motifs, qui mentionne des dépassements d'honoraires. Je remercie chacun de son honnêteté, et je partage l'analyse d'Anne-Marie Nédélec : il y aurait là une double peine inacceptable qui pèserait sur ceux qui ont déjà des difficultés à consulter un médecin. Nous avons corrigé cette erreur dans le texte, où il est question de tarifs spécifiques. Ne s'agissant pas de dépassements d'honoraires, ceux-ci n'auront pas de conséquence sur le reste à charge des patients ayant souscrit à une complémentaire santé. Il y aura, certes, un impact financier pour les 4 % de patients ne disposant pas d'assurance complémentaire. Les syndicats nous ont reproché de nous mêler des négociations conventionnelles. Nous mettons cette possibilité sur la table, et l'assurance maladie ainsi que les syndicats prendront leurs responsabilités. Qu'il n'y ait donc pas d'ambiguïté sur ce sujet.

Concernant la gouvernance, à maille départementale nous est apparue comme la plus pertinente. Le conseil départemental, où les élus sont associés, est un interlocuteur privilégié de la délégation départementale de l'ARS, de la CPAM, ainsi que de l'ordre départemental des médecins. Ces quatre acteurs importants dialoguent déjà sur d'autres sujets, et il nous semblait important de les mobiliser à la maille départementale pour coordonner l'analyse des besoins. Ce qui ressortira des décisions de l'ARS devra être accompagné d'un avis conforme de l'office départemental, d'un avis consultatif des conseils territoriaux de santé, en y associant éventuellement des représentants des établissements publics de coopération intercommunale (EPCI), ainsi que les auteurs d'un amendement le proposent.

Madame Bourcier, est-il utile de créer un nouvel outil de pilotage ? L'audition de l'ONDPS avait été déconcertante. Je ne mets pas en cause son président, et cette organisation est probablement sous-dimensionnée, mais les remontées des régions ne semblent pas correspondre aux informations transmises par l'observatoire national au ministère. Créer un nouvel outil de pilotage au plus près des territoires nous semble dès lors important.

Il faut évidemment une mise à jour plus fréquente de l'analyse des besoins, pour laquelle le conseil départemental dispose de l'agilité et de la réactivité nécessaires. L'ARS actualise difficilement le zonage tous les trois ans ; il y a un an et demi, nous avons prévu dans la loi Valletoux de réduire cette durée à deux ans, mais il semble d'ores et déjà certain que tous les zonages ne seront pas actualisés. La réactivité du conseil départemental est essentielle.

L'article 13 ne concerne à ce jour que les IPA, seules consacrés en droit. Il existe certes une expérimentation pour les masseurs-kinésithérapeutes en pratique avancée, mais pour l'instant aucune généralisation n'est prévue.

Sur l'article 3, la durée d'exercice partiel en zone sous-dense sera prévue par décret en Conseil d'État. Je ne commenterai pas la cartographie des zones « rouges » du Premier ministre, dont j'ignore la méthodologie. Il a parlé d'une analyse à l'échelle des EPCI, or la maille n'est pas forcément la bonne : une partie de certains EPCI est incluse dans un zonage d'intervention prioritaire, alors qu'une autre est située en zone d'accompagnement complémentaire. En revanche, les conseils départementaux peuvent apprécier les besoins de manière équitable. En outre, ils ont intérêt à prendre en compte les bassins de vie de santé, au sens de l'Insee, qui en effet dépassent parfois les limites des départements, pour objectiver les propositions faites vis-à-vis des élus et des professionnels de santé.

Enfin, madame Bourcier, la proposition de loi prévoit un soutien financier de l'assurance maladie, pour assurer notamment les frais de déplacement ou l'équipement du cabinet secondaire, qui sera défini par les conventions médicales.

Madame Doineau, la proposition de loi prévoit bien de compléter le zonage existant, en invitant les ARS à identifier les zones bien dotées. Ce zonage sera ensuite soumis à l'avis conforme de l'office départemental. Nous ne proposons pas d'écarter les ARS ; au contraire, nous demandons aux départements de travailler avec eux, ainsi qu'avec la CPAM et le conseil départemental de l'ordre, mais l'ARS ne proposera pas un zonage depuis Paris.

Monsieur Fichet, de nombreux modèles sont disponibles pour assurer l'accueil des médecins en zone sous-dense : maisons de santé pluriprofessionnelles, locaux mis à disposition par les collectivités, cabinets partagés, etc.

Sur l'article 5, il y aura des tarifs spécifiques, mais je pense que les écarts avec les zones non sous-denses ne seront pas très importants. Ces tarifs représentent en effet un coût pour l'assurance maladie, mais si les patients ont accès aux soins plus rapidement, cela évitera peut-être des dépenses, en fin de compte. Les assurés ayant une complémentaire santé représentent plus de 96 % des patients. Parmi eux, 97 % bénéficient d'un contrat responsable et ne seront pas affectés. Je concède toutefois qu'il pourra y avoir un surcoût pour les patients ne disposant pas d'une complémentaire santé. Les plus précaires, eux, bénéficient de la complémentaire santé solidaire (C2S), et ne seront pas affectés par ces tarifs différenciés.

Vous l'avez compris, les deux jours d'exercice par mois dans les zones sous-denses correspondent à une proposition du Gouvernement.

La dérogation au code de travail pour le recours aux CDD dans les centres de santé a été réfléchi avec l'association Médecins solidaires, qui nous faisait part d'un problème. Il s'agit d'une expérimentation.

Sur l'affectation prioritaire en zone sous-dense, les Padhue seront logés à la même enseigne que les docteurs juniors : il n'y a donc aucune discrimination. Une partie des syndicats de Padhue nous ont indiqué ne pas souhaiter la dévalorisation de leur autorisation d'exercice et la suppression du concours. En revanche, leur parcours de consolidation des compétences pourra être raccourci si le chef de service ou le coordonnateur local de la spécialité le valide, et non seulement le président de la commission médicale d'établissement (CME), car les deux premiers ont la meilleure connaissance du travail réalisé. En outre, si l'avis n'est pas transmis dans les quatre mois, la réponse sera présumée favorable. Cela obligera le Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière (CNG) à donner le résultat de l'examen par la commission nationale, ce qui va dans le bon sens.

Monsieur Jomier, nombre d'entre vous ont souligné que l'article 3 vise les jeunes, mais il vise toutes les nouvelles installations, y compris celles de médecins généralistes de 50 ans.

M. Bernard Jomier. – Il n'y en a pas beaucoup...

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Cela existe. Dans sa réponse écrite à notre questionnaire, l'Association nationale des étudiants en médecine de France (Anemf) indique que cette mesure est plus pertinente que la régulation stricte de l'installation. En outre, on ne peut faire porter l'obligation sur des médecins qui se sont déjà installés.

Madame Poumirol, insérer le développement des protocoles de coopération parmi les missions des structures d'exercice coordonnées pourrait permettre d'inciter financièrement celles-ci à les réaliser. L'article 11 prévoit que les accords conventionnels pourraient en faire l'une des conditions au versement des aides prévues.

Sur l'article 12, nous en sommes à une deuxième phase de l'expérimentation Osys, qui porte sur six situations, dont deux ont déjà été réalisées, à savoir les tests rapides d'orientation diagnostique pour les angines et les cas présumés de cystite. Les pharmaciens ne peuvent pas tout faire, et n'en ont pas l'intention. Les équipes officinales sont souvent ouvertes toute la semaine. Les pharmaciens sont capables de soigner des plaies bénignes ou d'orienter vers les urgences le cas échéant. Quant aux certificats médicaux pour la pratique sportive, je vous rejoins, les médecins ne font pas qu'en délivrer, mais, comme le rapport l'indique, cela concerne tout de même entre six et huit consultations par semaine.

Monsieur Chasseing, nous partageons le même constat. Le modèle économique des IPA doit évoluer : en moyenne, ils perdent entre 20 000 et 30 000 euros par an par rapport à leur exercice libéral.

Madame Nédélec, je vous remercie de votre franchise. Je vous ai déjà répondu au sujet des dépassements d'honoraires...

Mme Anne-Marie Nédélec. – C'est la Sécu qui paiera...

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Les complémentaires en financeront également une part. Il n'y a pas de dépassement d'honoraires et de double peine pour les patients.

Les maires n'interviennent pas sur les autorisations des cabinets secondaires. Des élus ont souvent pensé que construire des cabinets suffirait à assurer l'arrivée des médecins, mais ce n'est pas toujours le cas. De nombreux investissements ont été réalisés, et certains s'en sont parfois mordu les doigts. Les collectivités ont déjà donné, et les associer à la réflexion est important.

Madame Romagny, le zonage est établi sur la base de l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees). Il tient compte du niveau d'activité des professionnels, du nombre d'actes réalisés, et de l'âge de la population. L'agilité des conseils départementaux, en dialogue avec les autres acteurs, pourrait permettre de trouver d'autres indicateurs pertinents pour établir le zonage selon les territoires, en fonction des priorités en santé identifiées localement. C'est sur ce sujet que la maille départementale me semble particulièrement pertinente.

Enfin, monsieur Sol, il me semble vous avoir exposé les raisons pour lesquelles nous confions cette mission au président du conseil départemental. En effet, madame Puissat, le sujet n'est pas simple.

EXAMEN DES ARTICLES

Article 1^{er}

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Les amendements identiques **COM-4** et **COM-45** visent à renforcer le rôle des offices départementaux dans la détermination des zones sous-denses.

L'amendement **COM-31** rectifié a pour objet la révision annuelle du zonage d'installation des médecins qui est prévue par l'amendement COM-4. L'amendement **COM-26** tend à associer les collectivités territoriales et leurs groupements à la composition des offices départementaux. Il est également satisfait par l'amendement COM-4.

Les amendements identiques COM-4 et COM-45 sont adoptés. Les amendements COM-31 rectifié et COM-26 ne sont pas adoptés.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L’amendement **COM-28** vise à ajouter les URPS parmi les instances coordinatrices d’accès aux soins. L’avis est défavorable.

L’amendement COM-28 n’est pas adopté.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L’amendement **COM-35** rectifié *bis* tend à ajouter les communes parmi les autorités coordinatrices des politiques en faveur de l’installation des professionnels de santé. L’avis est défavorable, car nous proposons de départementaliser cette coordination. En revanche, les communes sont bien associées à l’alinéa 13 de l’article.

L’amendement COM-35 rectifié bis n’est pas adopté.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L’amendement **COM-42** vise à ajouter des actions en faveur de l’accès aux soins à domicile parmi les compétences des départements, alors que celui-ci est déjà pris en compte. Avis défavorable.

L’amendement COM-42 n’est pas adopté.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L’amendement **COM-25** a pour objet de proposer une expérimentation d’un schéma départemental d’organisation des soins, beaucoup plus rigide, moins souple et agile que le dispositif proposé. Avis défavorable.

L’amendement COM-25 n’est pas adopté.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L’amendement **COM-5** prévoit la publicité du bilan annuel de l’office national de l’évaluation de la démographie des professions de santé.

L’amendement COM-5 est adopté.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L’amendement **COM-6** vise à élargir le champ des acteurs devant mettre à disposition les éléments nécessaires au fonctionnement de l’office national et des offices départementaux.

L’amendement COM-6 est adopté.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L’amendement **COM-27** vise à modifier la composition du conseil d’administration des ARS, en y associant un représentant de chaque département. L’avis est favorable, dans la mesure où nous souhaitons départementaliser l’analyse des besoins.

L’amendement COM-27 est adopté.

*L’amendement rédactionnel **COM-7** est adopté.*

L’article 1^{er} est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Après l'article 1^{er}

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement **COM-1** vise à ajouter les élus des groupements de communes aux conseils territoriaux de santé. L'avis est défavorable, car le code prévoit déjà une ouverture assez large de ces conseils, associant notamment les élus.

L'amendement COM-1 n'est pas adopté.

Article 2

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement **COM-36** rectifié *bis* a pour objet de remplacer le comité de pilotage par l'office national de l'évaluation de la démographie des professions de santé. L'avis est défavorable sur cet amendement dont l'adoption reviendrait à supprimer l'article 2.

L'amendement COM-36 rectifié bis n'est pas adopté.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement **COM-8** vise à renforcer les missions du comité de pilotage de l'accès aux soins et modifie sa composition.

L'amendement COM-8 est adopté.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement **COM-32** rectifié tend à ajouter des représentants des ordres dans la composition du comité de pilotage. L'avis est défavorable, car les ordres sont déjà associés à l'office départemental.

L'amendement COM-32 rectifié n'est pas adopté.

L'article 2 est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Article 3

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement **COM-29** tend à remplacer l'engagement à exercer en zone sous-dense par une incitation. L'avis est défavorable.

L'amendement COM-29 n'est pas adopté.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement **COM-33** rectifié vise à remplacer la notion de « médecins généralistes » par celle de « médecins spécialistes en médecine générale ». Je me suis interrogée sur cette proposition intéressante, mais le code de la santé publique fait référence à la médecine générale et aux médecins spécialistes. Si la remarque est pertinente, l'avis est défavorable, car l'adoption de cet amendement supposerait de réécrire tout le code.

L'amendement COM-33 rectifié n'est pas adopté.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L’amendement **COM-37** rectifié tend à fixer la durée mensuelle minimale d’exercice à temps partiel en zone sous-dense à deux jours par semaine. L’avis est défavorable : il y a eu des annonces du Gouvernement sur ce sujet, et je ne souhaite pas figer ce point dans la loi.

L’amendement COM-37 rectifié n’est pas adopté.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L’amendement **COM-10** rectifié a pour objet d’autoriser l’installation d’un médecin spécialiste en zone sur-dense lorsque celui-ci exerce en tant que collaborateur d’un médecin de la même spécialité durant huit mois précédant le départ à la retraite de ce dernier. L’avis est défavorable, car cette mesure dérogatoire n’est pas empêchée par la rédaction actuelle de l’article 3.

L’amendement COM-10 rectifié n’est pas adopté.

*L’amendement de correction **COM-13** est adopté.*

L’article 3 est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Après l’article 3

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L’amendement **COM-40** rectifié vise à retranscrire dans la proposition de loi le projet gouvernemental de solidarité territoriale. À ce stade, l’avis est défavorable.

L’amendement COM-40 rectifié n’est pas adopté.

Article 4

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L’amendement **COM-14** vise à accorder au conseil départemental de l’ordre des médecins la possibilité d’émettre un avis sur l’installation en cabinet secondaire.

L’amendement COM-14 est adopté.

L’article 4 est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Article 5

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Les amendements identiques **COM-12** rectifié et **COM-43** visent à supprimer l’article 5, en faisant notamment référence aux tarifs spécifiques prévus. L’avis est défavorable.

Les amendements identiques COM-12 rectifié et COM-43 ne sont pas adoptés.

L’article 5 est adopté sans modification.

Article 6

L’article 6 est adopté sans modification.

Article 7

Les amendements rédactionnels **COM-15** rectifié, **COM-16** et **COM-17** sont adoptés.

L'article 7 est adopté dans la rédaction des travaux issus de la commission.

Après l'article 7

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement **COM-3** a pour objet d'étendre le dispositif expérimental de création d'antennes pharmaceutiques lorsque l'approvisionnement en médicaments est compromis. À ce stade, compte tenu de la rédaction actuelle de l'amendement, l'avis est défavorable.

L'amendement COM-3 n'est pas adopté.

Article 8

*L'amendement rédactionnel **COM-18** est adopté.*

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement **COM-38** rectifié tend à définir les conditions de réussite aux épreuves de vérification des connaissances des Padhue. Je souscris à la nécessité d'harmoniser les exigences des jurys entre les spécialités, ainsi que tous les acteurs auditionnés l'ont souligné. La direction générale de l'offre de soins (DGOS) envisage de transformer le concours en examen, du moins pour certains candidats. Il est clair que le concours doit être réformé, mais les modalités de cette réforme restent à définir. Il semble délicat de fixer les conditions d'obtention du statut de lauréat, comme le propose l'auteur de cet amendement, car le jury reste souverain. L'avis est donc défavorable, mais le Gouvernement reviendra peut-être sur ce sujet dans la suite de la discussion.

L'amendement COM-38 rectifié n'est pas adopté.

L'article 8 est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Article 9

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement **COM-19** vise à permettre la modulation du parcours de consolidation des compétences avec le maintien de la commission nationale d'autorisation. Vous l'aurez compris, en fonction de l'avis des trois personnalités compétentes, le parcours pourra être raccourci, et si aucune réponse n'est reçue au bout de quatre mois, l'avis sera présumé favorable.

L'amendement COM-19 est adopté.

L'article 9 est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Article 10

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L’avis est défavorable sur l’amendement **COM-44** qui tend à supprimer l’article 10.

L’amendement COM-44 n’est pas adopté.

L’article 10 est adopté sans modification.

Article 11

L’article 11 est adopté sans modification.

Article 12

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L’amendement **COM-20** vise à ajouter la prise en charge de situations cliniques par les pharmaciens d’officine aux exceptions à l’exercice illégal de la médecine.

L’amendement COM-20 est adopté.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L’amendement **COM-21** a pour objet de préciser que les modalités de prise en charge en lien avec le médecin traitant seront fixées par des arrêtés, sur la base d’arbres décisionnels.

L’amendement COM-21 est adopté.

L’article 12 est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Article 13

L’article 13 est adopté sans modification.

Article 14

L’article 14 est adopté sans modification.

Article 15

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L’amendement **COM-22** vise à recentrer l’aide sur les équipements et logiciels innovants.

L’amendement COM-22 est adopté.

L’article 15 est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Article 16

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L’amendement **COM-23** rectifié tend à substituer au certificat médical d’aptitude une attestation médicale d’absence de contre-indication à la pratique sportive rédigée par un médecin ou une infirmière en pratique avancée. L’avis est défavorable.

L'amendement COM-23 rectifié n'est pas adopté.

L'article 16 est adopté sans modification.

Article 17

L'article 17 est adopté sans modification.

Article 18

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'avis est défavorable sur l'amendement **COM-11** rectifié, qui tend à supprimer l'article 18.

L'amendement COM-11 rectifié n'est pas adopté.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement **COM-9** a pour objet d'assurer la publication du rapport annuel sur l'évolution des inégalités sociales et territoriales en matière d'accès aux soins.

L'amendement COM-9 est adopté.

L'article 18 est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Après l'article 18

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement **COM-39** rectifié a pour objet de prévoir la remise d'un rapport sur l'application d'une disposition que nous n'avons pas retenue. L'avis est défavorable.

L'amendement COM-39 rectifié n'est pas adopté.

Article 19

L'article 19 est adopté sans modification.

La proposition de loi est adoptée dans la rédaction issue des travaux de la commission.

TABLEAU DES SORTS

Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Article 1^{er} : Donner aux départements un rôle de coordination des actions en matière d'amélioration de l'accès aux soins et améliorer l'évaluation de la démographie des professions de santé			
Mme IMBERT, rapporteure	4	Renforcement du rôle des offices départementaux dans la détermination des zones dites « sous-denses »	Adopté
M. ROJOUAN, rapporteur pour avis	45	Renforcement du rôle des offices départementaux dans la détermination des zones dites « sous-denses »	Adopté
Mme BOURCIER	31 rect.	Révision annuelle du zonage d'installation des médecins	Rejeté
Mme MULLER-BRONN	26	Association des collectivités territoriales et leurs groupements dans la composition des offices départementaux d'évaluation	Rejeté
Mme LASSARADE	28	Ajout des URPS parmi les instances coordinatrices des politiques d'accès aux soins	Rejeté
M. CHASSEING	35 rect. <i>bis</i>	Ajout des communes parmi les autorités coordinatrices des politiques en faveur de l'installation des professionnels de santé	Rejeté
Mme SOUYRIS	42	Ajout des actions en faveur de l'accès aux soins à domicile parmi les compétences du département	Rejeté
Mme MULLER-BRONN	25	Expérimentation de la mise en œuvre d'un schéma départemental d'organisation des soins	Rejeté
Mme IMBERT, rapporteure	5	Publicité du bilan annuel de l'office national d'évaluation de la démographie des professions de santé	Adopté
Mme IMBERT, rapporteure	6	Élargissement du champ des acteurs devant mettre à disposition les éléments nécessaires au fonctionnement de l'office national et des offices départementaux	Adopté
Mme MULLER-BRONN	27	Modification de la composition du conseil d'administration des ARS	Adopté
Mme IMBERT, rapporteure	7	Amendement rédactionnel	Adopté
Article(s) additionnel(s) après l'article 1^{er}			
M. MARGUERITTE	1	Ajouts des élus des groupements de communes aux conseils territoriaux de santé	Rejeté
Article 2 : Associer les élus au pilotage de la politique de santé			
M. CHASSEING	36 rect. <i>bis</i>	Remplacement du comité de pilotage par l'office national d'évaluation de la démographie des professions de santé	Rejeté
Mme IMBERT, rapporteure	8	Renforcement des missions du comité de pilotage de l'accès aux soins et modification de sa composition	Adopté
Mme BOURCIER	32 rect.	Ajout de représentants des ordres dans la composition du comité de pilotage	Rejeté

Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Article 3 : Encadrement de l'installation des médecins dans les zones les mieux dotées			
Mme LASSARADE	29	Remplacement de l'engagement à exercer en zone sous-dense par une incitation	Rejeté
Mme BOURCIER	33 rect.	Remplacement de la notion de médecin généraliste par celle de médecin spécialiste en médecine générale	Rejeté
M. CHASSEING	37 rect.	Fixation de la durée mensuelle minimale d'exercice à temps partiel en zone sous-dense à deux jours par semaine	Rejeté
Mme LERMYTTE	10 rect.	Autorisation de l'installation d'un médecin spécialiste en zone sur-dense lorsqu'il exerce en tant que collaborateur auprès d'un médecin de la même spécialité les huit mois précédant le départ à la retraite de ce dernier	Rejeté
Mme IMBERT, rapporteure	13	Correction d'une erreur matérielle	Adopté
Article(s) additionnel(s) après l'article 3			
Mme HAVET	40 rect.	Obligation d'exercice à temps partiel en zone sous-dense pour les médecins installés lors de la promulgation de la présente loi	Rejeté
Article 4 : Simplifier l'ouverture de cabinets secondaires pour les médecins			
Mme IMBERT, rapporteure	14	Possibilité pour le conseil départemental de l'ordre d'émettre un avis sur l'installation en cabinet secondaire	Adopté
Article 5 : Mise en place de tarifs spécifiques applicables dans les zones sous-denses			
Mme LERMYTTE	12 rect.	Suppression de l'article	Rejeté
Mme SOUYRIS	43	Suppression de l'article	Rejeté
Article 6 : Faciliter le remplacement d'un médecin concourant à l'accès aux soins en zone sous-dense			
Article 7 : Expérimenter un recours simplifié aux contrats à durée déterminée (CDD) dans les centres de santé			
Mme IMBERT, rapporteure	15 rect.	Encadrement de la participation à l'expérimentation sur avis du directeur de l'ARS	Adopté
Mme IMBERT, rapporteure	16	Amendement rédactionnel	Adopté
Mme IMBERT, rapporteure	17	Amendement rédactionnel	Adopté

Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Article(s) additionnel(s) après l'article 7			
Mme LERMYTTE	2 rect. <i>bis</i>	Autoriser la mise à disposition de fonctionnaires auprès des cabinets médicaux et des maisons de santé	Irrecevable au titre de l'article 40 de la Constitution
Mme BERTHET	3	Extension du dispositif expérimental de création d'antennes pharmaceutiques lorsque l'approvisionnement en médicaments est compromis	Rejeté
Article 8 : Mieux évaluer les besoins de recrutement des praticiens à diplôme hors Union européenne (Padhue)			
Mme IMBERT, rapporteure	18	Amendement rédactionnel	Adopté
M. CHASSEING	38 rect.	Définition des conditions de réussite aux épreuves de vérification des connaissances	Rejeté
Article 9 : Simplifier le dispositif d'autorisation d'exercice des Padhue et favoriser leur orientation vers les zones sous-denses en ville			
Mme IMBERT, rapporteure	19	Possibilité de moduler la durée du parcours de consolidation des compétences	Adopté
Article 10 : Simplifier le dispositif d'autorisation d'exercice des Padhue et favoriser leur orientation vers les zones sous-denses en ville			
Mme SOUYRIS	44	Suppression de l'article	Rejeté
Article(s) additionnel(s) après l'article 10			
Mme HAVET	41 rect.	Obligation d'exercice d'une activité minimale en zone sous-dense par les médecins recrutés par les agences régionales de santé	Irrecevable au titre de l'article 40 de la Constitution
Article 12 : Prise en charge de certaines situations cliniques par les pharmaciens d'officine			
Mme IMBERT, rapporteure	20	Ajout de la prise en charge de situations cliniques par les pharmaciens d'officine aux exceptions à l'exercice illégal de la médecine	Adopté
Mme IMBERT, rapporteure	21	Fixation par arrêté des modalités de prise en charge en lien avec le médecin traitant	Adopté
Article(s) additionnel(s) après l'article 12			
Mme LASSARADE	30	Faculté pour les masseurs-kinésithérapeutes de prescrire une activité physique adaptée	Irrecevable au titre de l'article 40 de la Constitution

Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Article 15 : Créer une participation financière à l'acquisition d'équipements et de logiciels permettant d'assister les médecins dans leur pratique quotidienne			
Mme IMBERT, rapporteure	22	Recentrage de l'aide sur les équipements et logiciels innovants	Adopté
Article 16 : Supprimer certains certificats médicaux peu utiles			
Mme LERMYTTE	23 rect.	Substitution au certificat médical d'une attestation médicale d'absence de contre-indication à la pratique sportive, rédigée par un médecin ou une infirmière en pratique avancée	Rejeté
Article(s) additionnel(s) après l'article 17			
M. MARGUERITTE	34	Exonération de majoration du ticket modérateur pour des patients n'ayant pas de médecin traitant	Irrecevable au titre de l'article 40 de la Constitution
Article 18 : Rendre compte annuellement des mesures en faveur de l'accès aux soins			
Mme LERMYTTE	11 rect.	Suppression d'article	Rejeté
Mme IMBERT, rapporteure	9	Publication du rapport annuel sur l'évolution des inégalités sociales et territoriales en matière d'accès aux soins	Adopté
Article(s) additionnel(s) après l'article 18			
Mme HAVET	39 rect.	Demande de rapport sur l'application d'une durée annuelle minimale de continuité d'exercice en zone « sous-dense »	Rejeté

La réunion est close à 19 h 40.

**RÈGLES RELATIVES À L'APPLICATION DE L'ARTICLE 45
DE LA CONSTITUTION ET DE L'ARTICLE 44 BIS, ALINÉA 3,
DU RÈGLEMENT DU SÉNAT (« CAVALIERS »)**

Si le premier alinéa de l'article 45 de la Constitution, depuis la révision du 23 juillet 2008, dispose que « *tout amendement est recevable en première lecture dès lors qu'il présente un lien, même indirect, avec le texte déposé ou transmis* », le Conseil constitutionnel estime que cette mention a eu pour effet de consolider, dans la Constitution, sa jurisprudence antérieure, reposant en particulier sur « *la nécessité pour un amendement de ne pas être dépourvu de tout lien avec l'objet du texte déposé sur le bureau de la première assemblée saisie* »¹.

De jurisprudence constante et en dépit de la mention du texte « transmis » dans la Constitution, le Conseil constitutionnel apprécie ainsi l'existence du lien par rapport au contenu précis des dispositions du texte initial, déposé sur le bureau de la première assemblée saisie².

Pour les lois ordinaires, le seul critère d'analyse est le lien matériel entre le texte initial et l'amendement, la modification de l'intitulé au cours de la navette restant sans effet sur la présence de « cavaliers » dans le texte³. Pour les lois organiques, le Conseil constitutionnel ajoute un second critère : il considère comme un « cavalier » toute disposition organique prise sur un fondement constitutionnel différent de celui sur lequel a été pris le texte initial⁴.

En application des articles 17 *bis* et 44 *bis* du Règlement du Sénat, il revient à la commission saisie au fond de se prononcer sur les irrecevabilités résultant de l'article 45 de la Constitution, étant précisé que le Conseil constitutionnel les soulève d'office lorsqu'il est saisi d'un texte de loi avant sa promulgation.

¹ Cf. commentaire de la décision n° 2010-617 DC du 9 novembre 2010 – Loi portant réforme des retraites.

² Cf. par exemple les décisions n° 2015-719 DC du 13 août 2015 – Loi portant adaptation de la procédure pénale au droit de l'Union européenne et n° 2016-738 DC du 10 novembre 2016 – Loi visant à renforcer la liberté, l'indépendance et le pluralisme des médias.

³ Décision n° 2007-546 DC du 25 janvier 2007 – Loi ratifiant l'ordonnance n° 2005-1040 du 26 août 2005 relative à l'organisation de certaines professions de santé et à la répression de l'usurpation de titres et de l'exercice illégal de ces professions et modifiant le code de la santé publique.

⁴ Décision n° 2020-802 DC du 30 juillet 2020 – Loi organique portant report de l'élection de six sénateurs représentant les Français établis hors de France et des élections partielles pour les députés et les sénateurs représentant les Français établis hors de France.

En application du *vade-mecum* sur l'application des irrecevabilités au titre de l'article 45 de la Constitution, adopté par la Conférence des Présidents, la commission des affaires sociales **a arrêté**, lors de sa réunion du mardi 6 mai 2025, **le périmètre indicatif de la proposition de loi n° 494 (2024-2025) visant à améliorer l'accès aux soins dans les territoires.**

Elle a considéré que **ce périmètre incluait** des dispositions relatives :

- au pilotage des politiques publiques d'accès aux soins et aux compétences des collectivités territoriales en la matière ;
- à l'évaluation des besoins de santé et l'analyse de la démographie des professionnels de santé, aux échelles nationale et territoriale ;
- aux conditions d'installation et d'exercice et aux compétences des professionnels de santé ;
- aux conventions professionnelles conclues entre l'assurance maladie et les syndicats de professionnels de santé ;
- à l'organisation des structures d'exercice coordonné ;
- aux conditions d'autorisation d'exercice des praticiens à diplôme hors Union européenne ;
- aux certificats médicaux prévus par la loi ;
- à l'information du Parlement, des élus et des citoyens en matière d'accès aux soins.

En revanche, la commission a estimé que ne présentaient **pas de lien, même indirect, avec le texte déposé**, des amendements relatifs :

- au statut et à l'organisation des établissements de santé ;
- à l'approvisionnement en médicaments ;
- aux conditions de représentation des professionnels de santé ;
- à l'organisation et au contenu de la formation initiale des professions de santé.

LISTE DES PERSONNES ENTENDUES ET DES CONTRIBUTIONS ÉCRITES

Auditions

- **Union nationale des infirmiers en pratique avancée (Unipa)**
Emmanuel Hardy, nouveau président
Julien Horel, vice-président communication
Laurent Salsac, secrétaire adjoint
- **Société française de recherche des infirmiers en pratique avancée (SoFRIPA)**
Sébastien Chapdaniel, président
- **Association nationale française des infirmier.e.s en pratique avancée (Anfipa)**
Perrine Boursin, présidente
Katie Galois, trésorière
Mirela Vlasie, secrétaire
- **Ordre des chirurgiens-dentistes (ONCD)**
Dr Catherine Eray-Decloquement, secrétaire générale de l'ordre et présidente de la commission démographie et permanence des soins
- **Conseil national de l'ordre des sages-femmes (CNOSF)**
Isabelle Derrendinger, présidente
Catherine Llinares-Trapé, vice-présidente adjointe
- **Conseil national de l'ordre des pharmaciens (CNOP)**
Carine Wolf-Thal, présidente
Hélène Leblanc, directrice à la direction des affaires publiques
- **Conseil national de l'ordre des infirmiers (CNOI)**
Sylvaine Mazière Tauran, présidente

- **MG France**
Dr Agnès Giannotti, présidente
Dr Jean-Christophe Nogrette, secrétaire général adjoint
- **Syndicat des médecins libéraux (SML)**
Dr Sophie Bauer, présidente
Dr Mardoché Sebbag, vice-président
- **Union française pour une médecine libre (UFML)**
Dr Jérôme Marty, président
- **Confédération des syndicats médicaux français (CSMF)**
Dr Franck Devulder, président
Dr Luc Duquesnel, président Les Généralistes CSMF
Dr Bruno Perrouy, président Les Spécialistes CSMF
- **Fédération des médecins de France (FMF)**
Dr Bernard Huynh, président
- **Avenir Spé-Le Bloc**
Dr Patrick Gasser, président, gastroentérologue
Dr Philippe Cuq, co-président
Dr Bertrand de Rochambeau, co-président
- **Syndicat national des Padhue (SNPadhue)**
Salem Ould Zein, praticien hospitalier, membre du bureau national,
ancien président
Abdel Mechouar, trésorier et membre du bureau national
- **Association des médecins français à diplôme hors Union européenne (AMFDHUE)**
Alexandre Sedkaoui, président

- **SOSPadhue**
Dr Rachida Hirèche, présidente
Dr Kahina Hirèche, secrétaire générale et porte-parole
- **Fédération nationale des centres de santé (FNCS)**
Dr Hélène Colombani, présidente
Dr Didier Duhot, trésorier
Dr Éric May, membre du bureau
- **Association nationale des étudiants en médecine de France (Anemf)**
Lucas Poittevin, président
Dahlia Laktib, vice-présidente chargée des perspectives professionnelles
- **Intersyndicale nationale des internes (Isni)**
Killian L'helgouarc'h, président
- **Intersyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale (Isnar-IMG)**
Bastien Bailleul, président
- **Regroupement autonome des généralistes jeunes installés et remplaçants (ReAGJIR)**
Dr Raphaël Dachicourt, président
- **Direction générale de l'offre de soins (DGOS)**
Mickael Benzaqui, sous-directeur de l'accès aux soins et du 1^{er} recours
Romain Bégué, sous-directeur des ressources humaines du système de santé
- **Départements de France (ADF)**
Philippe Gouet, président du département du Loir et Cher, président du groupe de travail santé de Départements de France

- **Association des maires ruraux de France (AMRF)**
Gilles Noël, vice-président, maire de Varzy
- **Association des maires de France (AMF)**
Frédéric Chéreau, maire de Douai, vice-président de l'agglomération du Douaisis, vice-président de l'AMF et co-président de sa commission santé
Charlotte de Fontaines, chargée des relations avec le Parlement
- **Secrétariat général des ministères sociaux (SGMAS)**
Yann Debos, chef du service pôle santé ARS
- **Agence régionale de santé (ARS) d'Île-de-France**
Denis Robin, directeur général
Guillaume Zucman, directeur de cabinet
- **Agence régionale de santé (ARS) de Nouvelle-Aquitaine**
Benoît Elleboode, directeur général
- **Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam)**
Thomas Fatôme, directeur général
Emmanuel Frère-Lecoutre, directeur de l'offre de soins
Veronika Levendof, chargée des relations avec le Parlement
- **Conseil national de l'ordre des médecins (Cnom)**
Pr Stéphane Oustric, délégué général aux données de santé et au numérique
Julie Laubard, directrice adjointe des services juridiques

Contributions écrites

- **Direction de la sécurité sociale (DSS)**
- **Fédération hospitalière de France (FHF)**
- **AVECSanté**
- **Conférence nationale des présidents des commissions médicales d'établissement des centres hospitaliers**
- **Conférence nationale des présidents des commissions médicales d'établissement des centres hospitaliers universitaires**
- **Association Médecins solidaires**
- **Collectif pour une médecine libre et indépendante (Comeli)**
- **Union française des orthoprothésistes (Ufop)**

LA LOI EN CONSTRUCTION

Pour naviguer dans les rédactions successives du texte, visualiser les apports de chaque assemblée, comprendre les impacts sur le droit en vigueur, le tableau synoptique de la loi en construction est disponible sur le site du Sénat à l'adresse suivante :

<https://www.senat.fr/dossier-legislatif/pp124-494.html>