

N° 721  
**SÉNAT**

SESSION ORDINAIRE DE 2021-2022

---

---

Enregistré à la Présidence du Sénat le 21 juin 2022

**PROPOSITION DE LOI**

*visant à rétablir l'équité territoriale en matière d'accès aux soins,*

PRÉSENTÉE

Par M. Bruno ROJOUAN,

Sénateur

*(Envoyée à la commission des affaires sociales, sous réserve de la constitution éventuelle d'une commission spéciale dans les conditions prévues par le Règlement.)*



## EXPOSÉ DES MOTIFS

Mesdames, Messieurs,

Depuis une décennie, le sujet de la désertification médicale est au cœur des préoccupations des Français, pour une raison aussi simple qu'inadmissible : aujourd'hui, selon l'endroit où l'on habite en France, on n'est pas soigné de la même façon. C'est tout bonnement inacceptable dans un pays dont le pacte républicain est fondé sur l'égalité... La protection de la santé s'est progressivement affirmée comme un objectif de valeur constitutionnelle et le chapitre liminaire du code de la santé publique garantit « *l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé* ». Cette promesse républicaine n'est pas tenue. Si l'on veut redonner confiance aux Français dans les institutions, il faut que les principes posés par le constituant et le législateur soient une réalité vécue par tous.

Les difficultés d'accès aux soins et les inégalités territoriales sont multifactorielles. Plusieurs indicateurs permettent de les appréhender : on estime par exemple qu'au moins 1,6 million de Français renoncent chaque année à des soins médicaux, dont 51 % pour des raisons liées à l'insuffisance de la démographie médicale. Pour les Français les plus éloignés des soins, les délais d'attente dépassent les 104 jours pour accéder à un cardiologue, 126 jours pour un dermatologue et 189 jours pour un ophtalmologiste. Enfin, 11 % des patients âgés de 17 ans et plus n'ont pas de médecin traitant, soit plus de 6 millions de Français. Ces facteurs entraînent des retards de prise en charge des patients et de leurs pathologies et sont susceptibles d'entraîner, dans les cas les plus graves, des pertes de chances.

Afin de surmonter ces ruptures d'égalité en matière de santé, il n'existe pas de remède miracle ni de solution unique. L'État, le législateur et les collectivités territoriales ne sont pas restés inertes, en tentant de remédier aux « déserts médicaux » par des incitations financières, des aides à l'installation et des contrats de fidélisation, qui n'ont cependant pas produit les effets escomptés. Malgré cette injection massive d'argent public, qui n'a fait l'objet d'aucune évaluation, l'accès des Français aux professionnels de santé continue à se détériorer. Le rapport d'information « *Rétablir l'équité territoriale en matière d'accès aux soins : agir avant*

*qu'il ne soit trop tard<sup>1</sup>* » au nom de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable, dresse le constat – cartographie et chiffres actualisés à l'appui – des insuffisances persistantes de la démographie médicale.

Le nombre de Français éloignés des professionnels de santé est bien trop élevé et les inégalités d'accès perdurent, voire s'accroissent dans certains territoires. Ce constat est d'autant plus préoccupant que les projections du nombre de médecins établies font état, à *législation constante*, d'une diminution des effectifs jusqu'en 2024 - avec un point bas de 209 000 médecins en activité, soit 2,7 % de moins qu'en 2020 - et un retour au niveau actuel seulement à l'horizon 2030.

En considérant la pyramide des âges des médecins et la restriction du nombre d'étudiants du fait du *numerus clausus*, si rien n'est fait, le pire est devant nous. La perspective d'une décennie noire en termes de démographie médicale est malheureusement certaine. Ces constats accablants imposent des mesures fortes et des solutions innovantes pour garantir une meilleure répartition territoriale des professionnels de santé. C'est le sens de la présente proposition de loi, portée par le rapporteur du rapport d'information susmentionné, afin de décliner, au niveau législatif, les recommandations qui ont été adoptées à l'unanimité par la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable en mars 2022.

Le présent texte articule une combinaison ambitieuse et pragmatique de mesures d'équilibrage territorial de l'offre de soins, libératrices de temps médical et d'accroissement du nombre de professionnels de santé formés, tout en associant les collectivités territoriales qui sont en première ligne pour faire face aux nombreuses demandes de soins exprimées par les Français éloignés des soins. La situation oblige le législateur à faire preuve de plus d'ambition : il faut répondre à cette demande pressante, pour éviter que ne perdure le sentiment délétère de « territoires abandonnés », qui mine la cohérence du contrat social.

L'**article 1<sup>er</sup>** de la présente proposition part du constat que le principe d'égalité d'accès aux soins n'est pas énoncé avec suffisamment de vigueur par le droit actuel. À cette fin, il modifie l'article principal du code de la santé publique, qui consacre le droit fondamental à la protection de la santé, afin d'assurer que l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé est garanti indépendamment de son lieu de résidence. Pour accentuer les efforts de la puissance publique en matière de

---

<sup>1</sup> [Rapport d'information n° 589](#) (2021-2022) de M. Bruno ROJOUAN, fait au nom de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable, déposé le 29 mars 2022

lutte contre les déserts médicaux, l'**article 2** introduit dans le code de la santé publique un article disposant que la résorption des inégalités territoriales d'accès aux soins est une priorité nationale, justifiant que des actions spécifiques soient mises en œuvre au profit de l'installation et de l'exercice des professionnels de santé dans les zones sous-denses. L'**article 3** complète les objectifs de la stratégie nationale de santé en faisant de l'amélioration de l'égalité territoriale d'accès aux soins un domaine d'action prioritaire.

Afin de libérer et d'optimiser le temps médical disponible en s'appuyant sur les médecins en exercice, l'**article 4** exonère des cotisations retraite les médecins pensionnés qui poursuivent l'exercice libéral de la médecine, dans l'objectif de rendre plus avantageux le cumul emploi-retraite et, ainsi, conforter le temps médical utile dans un contexte de démographie médicale défavorable. Afin de consolider des gains de temps médical et de décharger le médecin du temps administratif en faisant de lui le coordonnateur au service du parcours de soins des patients, l'**article 5** crée dans le code de la santé publique un titre dédié aux assistants médicaux, composé d'un article consacré aux qualifications nécessaires pour exercer la fonction d'assistant médical et d'un article détaillant leurs missions. Ce même article prévoit en outre l'élaboration d'une stratégie pour encourager la formation et accompagner le déploiement territorial des assistants médicaux. Dans le but de renforcer l'offre de soins de proximité en fluidifiant la répartition des tâches entre professions de santé et professions paramédicales, l'**article 6** complète les domaines d'intervention en pratique avancée afin qu'elles puissent comporter des prescriptions soumises à prescription médicale et des prestations à prescription médicale obligatoire. Ce même article prévoit également un décret, pris après l'avis de l'ensemble des parties prenantes, pour élargir le périmètre d'intervention des infirmiers en pratique avancée, assorti d'une valorisation statutaire et financière. L'**article 7** prolonge le délai pendant lequel un pharmacien peut dispenser des médicaments après expiration d'une ordonnance renouvelable, actuellement fixé à un mois, en le portant à trois mois dans les zones sous-denses. Cet article instaure également une expérimentation d'une durée de trois ans pour permettre aux pharmaciens de dispenser des médicaments prescrits par ordonnance, quand la date de validité de celle-ci est expirée, dans des conditions fixées par décret.

Afin de promouvoir et faciliter l'exercice dans les zones sous-denses, il est dans un premier temps nécessaire de pouvoir mieux appréhender les territoires où l'accès aux soins est insatisfaisant et de disposer d'une méthodologie qui permette les comparaisons entre territoires. Pour répondre à ce besoin de connaissance, l'**article 8** crée un conseil national d'orientation de l'accès aux soins, chargé de l'analyse des évolutions de la

démographie médicale et de formuler des propositions et des avis pour améliorer la répartition territoriale de l'offre de soins. Afin d'articuler au mieux les niveaux d'action, l'**article 9** crée des commissions départementales de la démographie médicale chargées de définir des projets d'aire de santé pour répondre aux besoins de santé de la population, en associant les collectivités territoriales ainsi que les principaux acteurs de l'écosystème de la santé. Sans remettre en cause le principe cardinal de la liberté d'installation des médecins, l'**article 10** apporte un tempérament selon lequel cette liberté ne doit pas porter atteinte au principe de l'égalité d'accès aux soins. L'**article 11** introduit un dispositif visant à conditionner, dans les zones caractérisées par une offre de soins abondante, le conventionnement d'un médecin libéral à la cessation d'activité libérale d'un médecin exerçant dans la même zone. Afin de permettre une montée en puissance de l'exercice dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante, l'**article 12** conditionne le premier conventionnement d'un médecin à la réalisation préalable, dans une zone sous-dotée, d'un remplacement de médecin ou d'un exercice salarié auprès d'un médecin libéral pendant au moins six mois. Afin d'accompagner les responsabilités nouvelles du médecin dans la prise en charge des patients, l'**article 13** relève les honoraires de consultation d'un médecin généraliste de secteur 1 à 30 €, sans augmentation du reste à charge pour les patients, d'ici 2025. Afin de faciliter l'installation des médecins en zones sous-denses, l'**article 14** crée des zones franches médicales, au sein desquelles les médecins généralistes bénéficient d'une exonération des cotisations sociales. Dans une logique de mutualisation de la lutte contre les déserts médicaux, l'**article 15** renforce le rôle des structures de coopération médicale en matière de résorption des inégalités d'accès aux soins et simplifie les modalités de leur création. Dans le but de rendre plus attractives les permanences de soins dans les zones sous-denses, l'**article 16** défiscalise les permanences de soins réalisées dans ces zones. Parallèlement, l'**article 17** institue un système de garde à l'échelle cantonale, pour éviter des ruptures territoriales dans la nécessaire continuité des parcours de soins. Pour tenir compte de l'enclavement de certains territoires et des difficultés d'accès aux soins renforcées par la géographie, l'**article 18** institue une offre de soin itinérante, dont les modalités de financement et les dispositifs éligibles sont fixés par décret. Dans la mesure où les collectivités territoriales sont les premières sollicitées pour répondre aux attentes des habitants en matière d'accès aux soins, l'**article 19** associe les élus locaux à la détermination des zones sous-denses. L'**article 20** renforce les missions des délégations départementales des agences régionales de santé, en leur confiant le soin de réduire les inégalités sociales et territoriales d'accès aux soins. Cet article dispose également que le directeur d'une délégation départementale est nommé après avis du

conseil départemental. Afin de renforcer les moyens consacrés à la réduction des inégalités territoriales d'accès aux soins, l'**article 21** instaure une dotation de lutte contre la désertification médicale. Dans le but de favoriser l'accès à la télémédecine dans les zones sous-denses, l'**article 22** autorise le remboursement sans condition par l'Assurance Maladie des téléconsultations pour les patients résidant en zone d'intervention prioritaire.

Dans le but de favoriser la découverte, par les étudiants en médecine, de terrains de stage situés dans les territoires où l'offre de soins est insuffisante, l'**article 23** renforce l'attractivité du statut de maître de stage des universités en majorant les honoraires pédagogiques des médecins exerçant dans les zones sous-denses et en simplifiant les modalités d'accès aux formations à la maîtrise de stage. L'**article 24** prévoit que les formations de médecine, de pharmacie, d'odontologie et de maïeutique favorisent la répartition équilibrée des futurs professionnels sur le territoire au regard des besoins de santé, en particulier dans les zones sous-denses. L'**article 25** crée une quatrième année de troisième cycle pour la médecine générale, ce qui permettra l'envoi annuel d'environ 3 900 médecins junior dans les territoires, prioritairement dans les zones sous-denses. L'**article 26** opère un rééquilibrage du nombre d'étudiants en médecine, afin de tenir compte de l'évolution des effectifs de médecins établies par la Drees d'ici 2030, en passant de 40 % à 50 % minimum la proportion des places dédiées à la médecine générale à l'issue des épreuves de fin du deuxième cycle des études de médecine. L'**article 27** précise que l'évaluation du déploiement tout au long des études de médecine d'une offre de stage dans les zones sous-denses, réalisée tous les trois ans par les ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur, inclut également des propositions pour améliorer leur déploiement. L'**article 28** revalorise et procède à la barémisation des indemnités de transport pour un meilleur déploiement des internes en médecine générale dans les zones sous-denses, afin de lever le blocage lié aux coûts du transport dénoncé par l'ensemble des associations d'étudiants en médecine. L'**article 29** vise à favoriser la diversification de l'origine sociale et géographique des étudiants en santé en instaurant un système de bourses pour les étudiants issus de zones sous-denses. Enfin, l'**article 30** constitue le gage financier des dispositions de la présente proposition de loi.

Tel est, Mesdames, Messieurs, le dispositif que nous vous demandons de bien vouloir adopter.





# **Proposition de loi visant à rétablir l'équité territoriale en matière d'accès aux soins**

## **TITRE I<sup>ER</sup>**

### **DISPOSITIONS PRINCIPIELLES**

#### **Article 1<sup>er</sup>**

À la seconde phrase de l'article L. 1110-1 du code de la santé publique, après le mot : « personne », sont insérés les mots : « , quel que soit son lieu de résidence, ».

#### **Article 2**

- ① Après l'article L. 1110-1-1 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1110-1-2 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 1110-1-2.* – La résorption des inégalités territoriales d'accès aux soins est une priorité nationale, que s'emploient à mettre en œuvre, dans leurs champs de compétence respectifs, les professionnels de santé, les organismes d'assurance maladie, les autorités sanitaires ainsi que les collectivités territoriales et leurs groupements. »

#### **Article 3**

Après les mots : « la santé », la fin de la deuxième phrase du premier alinéa de l'article L. 1411-1-1 du code de la santé publique est ainsi rédigée : « , de la protection sociale contre la maladie et de l'équité territoriale d'accès aux soins. »

## TITRE II

### **FAIRE FACE À L'URGENCE EN OPTIMISANT LE TEMPS MÉDICAL DISPONIBLE**

#### **Article 4**

- ① Le chapitre I<sup>er</sup> du titre III du livre I<sup>er</sup> de la quatrième partie du code de la santé publique est complété par un article L. 4131-8 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 4131-8.* – Par dérogation à l'article L. 161-22-1 A du code de la sécurité sociale, les médecins bénéficiaires d'une pension de vieillesse qui continuent l'exercice libéral de la médecine dans les zones mentionnées au 1<sup>o</sup> de l'article L. 1434-4 du présent code sont exonérés des cotisations de retraite auprès de la Caisse autonome de retraite des médecins de France. »

#### **Article 5**

- ① I. – Le livre III de la quatrième partie du code de la santé publique est complété par un titre X ainsi rédigé :
- ② « *TITRE X*
- ③ « *PROFESSION D'ASSISTANT MÉDICAL*
- ④ « *CHAPITRE UNIQUE*
- ⑤ « *Conditions d'exercice et missions*
- ⑥ « *Art. L. 4395-1.* – Peuvent exercer la fonction d'assistant médical les personnes titulaires :
- ⑦ « 1<sup>o</sup> Du diplôme d'État d'infirmier (DEI) ;
- ⑧ « 2<sup>o</sup> Du diplôme d'État d'aide-soignant (DEAS) ;
- ⑨ « 3<sup>o</sup> Du diplôme d'État d'auxiliaire de puériculture (DEAP) ;
- ⑩ « 4<sup>o</sup> Du certificat de qualification professionnelle (CQP) d'assistant médical.

- ⑪ « Art. L. 4395-2. – L’assistant médical a pour mission de libérer du temps médical en prenant en charge des tâches administratives et le suivi du parcours de soin des patients, pour le compte d’un médecin exerçant en ville à titre libéral ou à titre salarié en centre de santé. Il peut également être chargé de toute mission adaptée à son profil de qualification, comme la préparation de la consultation médicale ou des actes de soins réalisés sous supervision. »
- ⑫ II. – L’État élabore une stratégie afin d’encourager la formation et d’accompagner le déploiement territorial des assistants médicaux, prioritairement dans les zones sous-denses. Dans ce cadre, une réflexion est menée, en concertation avec les professionnels de santé et leurs organisations représentatives, sur l’opportunité de lever la condition d’exercice groupé pour l’éligibilité aux aides à l’embauche des assistants médicaux.

### Article 6

- ① I. – Le 1° du I de l’article L. 4301-1 du code de la santé publique est complété par un *d* ainsi rédigé :
- ② « *d*) Des prescriptions soumises à prescription médicale et des prestations soumises à prescription médicale obligatoire ; ».
- ③ II. – Un décret, pris après avis du Conseil national de l’ordre des médecins, du Conseil national de l’ordre des infirmiers et des organisations syndicales des professionnels de santé, fixe les modalités de partage des compétences entre professionnels de santé, élargit le périmètre d’intervention des infirmiers en pratique avancée et prévoit des mesures de valorisation statutaire et financière.

### Article 7

- ① I. – Après la première phrase du premier alinéa de l’article L. 5125-23-1 du code de la santé publique, est insérée une phrase ainsi rédigée : « Ce délai est porté à trois mois dans les zones sous-denses mentionnées au 1° de l’article L. 1434-4. »
- ② II. – Une expérimentation est engagée, pour une période de trois ans à compter de la date de promulgation de la présente loi, en vue d’autoriser les pharmaciens à dispenser, dans des conditions fixées par décret, tout médicament ou dispositif médical prescrit sur le fondement d’une ordonnance dont la durée de validité est expirée, dès lors qu’il existe une prescription d’origine faisant état d’un diagnostic avéré.

### TITRE III

## PROMOUVOIR ET FACILITER L'EXERCICE DANS LES ZONES SOUS-DENSES

### Article 8

- ① Après l'article L. 1411-5-1 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1411-5-1-1 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 1411-5-1-1.* – Le Conseil national d'orientation de l'accès territorial aux soins, organisme consultatif placé auprès du ministre chargé de la santé, a pour objet de favoriser l'équité territoriale en matière d'accès aux soins. À cet effet, il est chargé d'analyser les évolutions de la démographie médicale, en concertation avec l'Observatoire national de la démographie des professions de santé, et de formuler des propositions et des avis afin d'améliorer l'accessibilité des soins des patients résidant en zones sous-denses. Il élabore notamment un rapport annuel, adressé au ministre chargé de la santé et au Parlement, qui dresse un état de l'accessibilité territoriale des Français aux soins et de son évolution annuelle et analyse les effets des expérimentations et des mesures prises pour améliorer l'accès territorial aux soins.
- ③ « Le Conseil national d'orientation de l'accès territorial aux soins, dont la composition et les modalités de fonctionnement sont fixées par décret, comprend notamment des usagers du système de santé, des représentants des collectivités territoriales, des représentants des professionnels de santé et des établissements de santé, des représentants des organismes d'assurance maladie obligatoire et complémentaire, des représentants des agences régionales de santé, des représentants d'organismes de recherche ainsi que des personnalités qualifiées. »

## Article 9

① La section 5 du chapitre IV du titre III du livre IV de la première partie du code de la santé publique est ainsi rétablie :

② « Section 5

③ « *Commissions départementales de la démographie médicale*

④ « Art. L. 1434-14. – I. – Dans chaque département, une commission de la démographie médicale, composée du représentant de l'État dans le département, de représentants de l'agence régionale de santé, de représentants des collectivités territoriales et de membres du conseil départemental de l'ordre des médecins, définit, dans le respect du schéma régional de santé mentionné à l'article L. 1434-2, des projets territoriaux de santé mentionnés à l'article L. 1434-10, des contrats territoriaux de santé mentionnés à l'article L. 1434-12, des projets d'aires de santé dans lesquelles des réseaux de santé sont développés afin de répondre aux besoins de santé de la population.

⑤ « Ces membres ne sont pas rémunérés et aucun frais lié au fonctionnement de cette commission ne peut être pris en charge par une personne publique. La composition et les modalités de fonctionnement de cette commission sont précisées par décret.

⑥ « Les projets d'aire de santé sont transmis au directeur général de l'agence régionale de santé qui notifie, dans un délai d'un mois, les modifications qu'il estime nécessaire d'apporter à ces aires de santé lorsqu'elles ne sont pas compatibles avec le schéma, les projets et les contrats mentionnés au premier alinéa du présent I. Ils sont approuvés par le directeur général de l'agence régionale de santé.

⑦ « II. – La commission départementale de la démographie médicale approuve les projets de création de pôle de santé et de maison de santé. »

## Article 10

À l'article L. 162-2 du code de la sécurité sociale, après la dernière occurrence du mot : « médecin », sont insérés les mots : « sans préjudice du respect du principe d'égal accès aux soins ».

## Article 11

- ① I. – Après le 20° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, il est inséré un 20° *bis* ainsi rédigé :
- ② « 20° *bis* Les conditions dans lesquelles les médecins participent à la réduction des inégalités territoriales dans l'accès aux soins ainsi que, le cas échéant, les mesures de limitation d'accès au conventionnement dans les zones d'exercice définies par l'agence régionale de santé dans lesquelles est constaté un fort excédent en matière d'offre de soins ; ».
- ③ II. – Après l'article L. 4131-6 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 4131-6-1 ainsi rédigé :
- ④ « *Art. L. 4131-6-1.* – En l'absence de conclusion d'accord dans les conditions prévues au 20° *bis* de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale dans les douze mois suivant la promulgation de la loi n° du visant à rétablir l'équité territoriale en matière d'accès aux soins, l'accès des médecins au conventionnement est régulé dans les conditions prévues au présent article.
- ⑤ « Le directeur général de l'agence régionale de santé détermine par arrêté, après concertation avec les organisations syndicales représentatives des médecins, les zones dans lesquelles est constaté un fort excédent en matière d'offre de soins. Dans ces zones, le conventionnement à l'assurance maladie d'un médecin libéral ne peut intervenir qu'en concomitance avec la cessation d'activité libérale d'un médecin exerçant dans la même zone.
- ⑥ « Le deuxième alinéa du présent article cesse d'avoir effet à la date d'entrée en vigueur de l'accord prévu au 20° *bis* de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale.
- ⑦ « Un décret, pris après avis du Conseil national de l'ordre des médecins, fixe les conditions d'application du présent article. »

## Article 12

- ① I. – Après l'article L. 4131-6 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 4131-6-2 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 4131-6-2.* – Un médecin ne peut être conventionné qu'à la condition d'avoir préalablement exercé en qualité de médecin salarié d'un médecin libéral ou en qualité de médecin remplaçant pendant une durée totale d'au moins six mois dans les zones mentionnées au 1° de l'article L. 1434-4. Cette condition ne s'applique pas aux médecins qui souhaitent être conventionnés afin d'exercer dans l'une de ces zones. »

- ③ II. – Le I entre en vigueur un an après la promulgation de la présente loi.

### **Article 13**

- ① I. – Dans le cadre des négociations conventionnelles mentionnées à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, l'État et les organisations syndicales de médecins se donnent pour objectif de fixer une trajectoire pluriannuelle d'augmentation des tarifs conventionnels des médecins généralistes en France métropolitaine, afin d'atteindre 30 euros la consultation en cabinet à horizon 2025.
- ② II. – Le 3° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale est ainsi rétabli :
- ③ « 3° Les conditions dans lesquelles l'objectif mentionné au I de l'article 13 de la loi n° du visant à rétablir l'équité territoriale en matière d'accès aux soins est atteint ; ».
- ④ III. – Dans le cas où l'objectif mentionné au I du présent article n'est pas atteint au 1<sup>er</sup> janvier 2025 ou dans le cas où les négociations conventionnelles en application du 3° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale n'ont pas abouti à cette même date, l'État peut fixer par décret le tarif de la consultation en cabinet à 30 euros.

### **Article 14**

- ① Après l'article L. 1434-3 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1434-3-2 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 1434-3-2.* – Dans le cadre du schéma régional de santé, sont créées, par l'agence régionale de santé, en concertation avec les représentants des collectivités territoriales concernées, des zones franches médicales dans les territoires déficitaires en offre de médecine générale et de spécialité.
- ③ « Il est institué dans les zones franches médicales une exonération des cotisations sociales, dont les modalités sont définies par décret, auxquelles sont assujettis les médecins généralistes et les médecins spécialistes libéraux à compter de leur installation. »

### **Article 15**

- ① Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° Au premier alinéa de l'article L. 1434-12, après le mot : « concourir », sont insérés les mots : « à la résorption des inégalités territoriales d'accès aux soins, » ;
- ③ 2° Le 1° du I de l'article L. 1434-12-2 est complété par les mots : « et la résorption des inégalités territoriales » ;
- ④ 3° Le II de l'article L. 4041-4 est abrogé.

### **Article 16**

- ① I. – Le dernier alinéa du I de l'article L. 162-14-4 du code de la sécurité sociale est complété par les mots : « , notamment afin de lutter contre les inégalités territoriales d'accès aux soins ».
- ② II. – L'article L. 1434-4 du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ③ 1° Avant le dernier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ④ « Dans les zones mentionnées au 1° du présent article, un décret fixe les conditions dans lesquelles les permanences de soins effectués par les médecins peuvent être exonérées de cotisations sociales. » ;
- ⑤ 2° Au même dernier alinéa, la référence : « 1° du présent article » est remplacée par la référence : « même 1° ».

### **Article 17**

Après la première phrase du troisième alinéa du II de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, est insérée une phrase ainsi rédigée : « Ces accords déterminent également les modalités selon lesquelles les professionnels de santé relevant des communautés professionnelles territoriales de santé s'organisent entre eux pour assurer un service de garde dans chaque canton. »



### **Article 18**

- ① La section 6 du chapitre IV du titre III du livre IV du code de la santé publique est complétée par un article L. 1434-16 ainsi rétabli :
- ② « *Art. L. 1434-16.* – Dans les territoires caractérisés par une offre de soins insuffisante au sens du 1° de l'article L. 1434-4, l'agence régionale de santé peut financer, en concertation avec les collectivités territoriales concernées, des dispositifs itinérants de prévention et de soins afin de mettre en œuvre la priorité énoncée à l'article L. 1110-1-2. Les modalités de financement et les dispositifs éligibles sont fixés par décret. »

### **Article 19**

Au premier alinéa de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique, après les mots : « professionnels de santé », sont insérés les mots : « et des collectivités territoriales ».

### **Article 20**

- ① Le dernier alinéa de l'article L. 1432-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° La première phrase est complétée par les mots : « , chargées notamment de réduire les inégalités sociales et territoriales d'accès aux soins, en concertation avec les collectivités territoriales » ;
- ③ 2° Après la même première phrase, est insérée une phrase ainsi rédigée : « Leur directeur est nommé après avis du président du conseil départemental. » ;
- ④ 3° La dernière phrase est complétée par les mots : « , notamment les mesures prises afin de favoriser l'accès de tous à la prévention et aux soins ».

### **Article 21**

- ① L'article L. 1434-3-1 du code de la santé publique est ainsi rétabli :
- ② « *Art. L. 1434-3-1.* – Il est institué une dotation de lutte contre la désertification médicale au bénéfice des communes et de leurs groupements situés dans les zones mentionnées au 1° de l'article L. 1434-4.

- ③ « Cette dotation a pour objet de favoriser l'équité territoriale en matière d'accès aux soins dans les communes confrontées à une offre de soins insuffisante ou à des difficultés dans l'accès aux soins. La liste des communes bénéficiaires est fixée annuellement par le représentant de l'État dans le département, en tenant compte des dynamiques de la démographie médicale. »

### **Article 22**

- ① Après le deuxième alinéa de l'article L. 6316-1 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ② « Dans le cadre de la stratégie de réduction des inégalités territoriales d'accès aux soins mentionnée à l'article L. 1110-1-2, les actes de téléconsultation et de téléexpertise sont remboursés par l'assurance maladie pour les patients résidant dans les zones mentionnées au 1° de l'article L. 1434-4, par dérogation aux conditions de remboursement desdits actes prévues par la convention médicale mentionnée à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale. »

## **TITRE IV**

### **DISPOSITIONS RELATIVES À L'ACCROISSEMENT DES CAPACITÉS DE FORMATION**

### **Article 23**

- ① L'article L. 4131-6 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ② « Afin d'accroître le nombre de terrains de stage dans les territoires sous-denses, un décret fixe le pourcentage de majoration des honoraires pédagogiques versés aux maîtres de stage des universités exerçant dans les zones mentionnées au 1° de l'article L. 1434-4 et simplifie les conditions d'agrément pour l'accueil, l'encadrement et l'évaluation d'un étudiant, en autorisant notamment le suivi à distance de la formation obligatoire mentionnée au deuxième alinéa du présent article. »

## Article 24

La dernière phrase du premier alinéa du I de l'article L. 631-1 du code de l'éducation est complétée par les mots : « , en particulier dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins définies en application de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique ».

## Article 25

- ① I. – Le premier alinéa du II de l'article L. 632-2 du code de l'éducation est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :
- ② « II. – La durée du troisième cycle des études de médecine, fixée par le décret mentionné au III du présent article en fonction des spécialités, est d'au moins quatre ans.
- ③ « La quatrième année du troisième cycle de médecine générale est intégralement effectuée en stage en pratique ambulatoire dans des lieux agréés. Les stages ainsi effectués le sont sous un régime d'autonomie supervisée et en priorité dans les zones mentionnées au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique. »
- ④ II. – Le I n'est pas applicable aux médecins qui, à la date de promulgation de la présente loi, remplissent les conditions mentionnées au même I.

## Article 26

- ① Le III de l'article L. 632-2 du code de l'éducation est ainsi modifié :
- ② 1° Le 4° est complété par une phrase ainsi rédigée : « À ce titre, le nombre de postes réservés à la médecine générale est au moins équivalent à la moitié du nombre total de postes réservés, toutes spécialités confondues, et ce tant que plus du quart de la population métropolitaine vit dans une zone mentionnée au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique ; »
- ③ 2° Au 5°, la référence : « dudit I » est remplacée par la référence : « du I du présent article ».

## Article 27

À la seconde phrase du troisième alinéa de l'article L. 632-1 du code de l'éducation, après le mot : « évaluation », sont insérés les mots : « , assortie de propositions pour améliorer l'offre de stage dans les zones sous-denses, ».

### **Article 28**

Afin d'accompagner le développement des stages dans les zones sous-denses mentionnées au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique, un décret fixe les conditions de revalorisation annuelle de l'indemnité forfaitaire de transport perçue par les internes qui accomplissent un stage ambulatoire. Ce décret détermine notamment un barème qui tient compte de la distance effectivement parcourue par les internes pour se rendre sur leur terrain de stage.

### **Article 29**

- ① Le I de l'article L. 631-1 du code de l'éducation est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ② « Des bourses nationales peuvent être versées, en fonction des ressources de leur famille, aux étudiants inscrits en premier cycle de médecine, de pharmacie, d'odontologie et de maïeutique. Un décret fixe les modalités d'octroi des bourses et prévoit une majoration pour les étudiants originaires des zones sous-denses mentionnées au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique. »

### **Article 30**

- ① I. – La perte de recettes résultant pour l'État de la présente loi est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle à l'accise sur les tabacs prévue au chapitre IV du titre I<sup>er</sup> du livre III du code des impositions sur les biens et services.
- ② II. – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale de la présente loi est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle à l'accise sur les tabacs prévue au chapitre IV du titre I<sup>er</sup> du livre III du code des impositions sur les biens et services.