

N° 413

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2022-2023

Enregistré à la Présidence du Sénat le 8 mars 2023

RAPPORT

FAIT

*au nom de la commission des affaires sociales (1) sur la proposition de loi relative aux outils de **lutte contre la désertification médicale des collectivités**,*

Par M. Daniel CHASSEING,

Sénateur

(1) Cette commission est composée de : Mme Catherine Deroche, *présidente* ; Mme Élisabeth Doineau, *rapporteuse générale* ; M. Philippe Mouiller, Mme Chantal Deseyne, MM. Alain Milon, Bernard Jomier, Mme Monique Lubin, MM. Olivier Henno, Martin Lévrier, Mmes Laurence Cohen, Véronique Guillotin, M. Daniel Chasseing, Mme Raymonde Poncet Monge, *vice-présidents* ; Mmes Florence Lassarade, Frédérique Puissat, M. Jean Sol, Mmes Corinne Féret, Jocelyne Guidez, *secrétaires* ; Mme Cathy Apourceau-Poly, M. Stéphane Artano, Mme Christine Bonfanti-Dossat, MM. Bernard Bonne, Laurent Burgoa, Jean-Noël Cardoux, Mmes Catherine Conconne, Annie Delmont-Koropoulis, Brigitte Devésa, MM. Alain Duffourg, Jean-Luc Fichet, Mmes Frédérique Gerbaud, Pascale Gruny, MM. Abdallah Hassani, Xavier Iacovelli, Mmes Corinne Imbert, Annick Jacquemet, M. Jean-Marie Janssens, Mmes Victoire Jasmin, Annie Le Houerou, Viviane Malet, Colette Mélot, Michelle Meunier, Brigitte Micouveau, Annick Petrus, Émilienne Poumirol, Catherine Procaccia, Marie-Pierre Richer, Laurence Rossignol, M. René-Paul Savary, Mme Nadia Sollogoub, M. Jean-Marie Vanlerenberghe, Mme Mélanie Vogel.

Voir les numéros :

Sénat : 102 et 414 (2022-2023)

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
L'ESSENTIEL.....	5
EXAMEN DE L'ARTICLE UNIQUE.....	11
EXAMEN EN COMMISSION.....	19
RÈGLES RELATIVES À L'APPLICATION DE L'ARTICLE 45 DE LA CONSTITUTION ET DE L'ARTICLE 44 <i>BIS</i> , ALINÉA 3, DU RÈGLEMENT DU SÉNAT (« CAVALIERS »).....	31
LISTE DES PERSONNES ENTENDUES	33
LA LOI EN CONSTRUCTION	35

L'ESSENTIEL

La désertification médicale s'accélère partout en France, mais frappe les territoires de manière différenciée. Afin de promouvoir un égal accès aux soins sur tout le territoire, les solutions nationales doivent être complétées par des initiatives locales.

La proposition de loi, qui vise à autoriser la mise à disposition de fonctionnaires territoriaux auprès de cabinets médicaux ou de maisons de santé, a été adoptée par la commission.

I. EN RÉPONSE À LA DÉSERTIFICATION MÉDICALE, DIVERS DISPOSITIFS EXISTENT, PRINCIPALEMENT À L'ÉCHELLE NATIONALE

A. UNE INADÉQUATION ENTRE OFFRE ET DEMANDE DE SOINS EST À L'ORIGINE DE DIFFICULTÉS D'ACCÈS AUX SOINS

1. Une demande de soins dynamique peine à être satisfaite par une démographie médicale déclinante

Depuis 2010, la France connaît un « effet ciseaux » entre offre et demande de soins. La conjonction d'une hausse de la demande de soins et d'une stagnation, voire d'une baisse, de l'offre de soins pose le défi de l'accès aux soins sur de nombreux territoires.

D'une part, **la demande de soins tend à augmenter sous l'effet d'une démographie dynamique mais vieillissante** : la population française s'est accrue de **2,5 millions d'habitants depuis 2010**, et son **âge moyen est en hausse de 2 ans** sur la période.

D'autre part, **l'offre de soins tend à décroître**, notamment du fait du *numerus clausus* en vigueur de 1971 à 2019, qui a eu pour effet de **déformer la pyramide des âges médicale**, les cohortes formées avant son instauration étant plus nombreuses que les suivantes. **Les départs à la retraite progressifs des générations de médecins formées avant l'instauration du numerus clausus expliquent donc une démographie médicale déclinante.** Avec 214 000 médecins de moins de 70 ans en activité, **la France a perdu 2 000 médecins depuis 2016**, soit une baisse de 1 % des effectifs. Cette diminution est particulièrement marquée chez les généralistes, dont les effectifs ont chuté de **100 000 en 2012 à 94 500 en 2021, soit une baisse de 5,6 %.**

2. Des difficultés d'accès aux soins aggravées par une répartition insuffisamment égalitaire des médecins sur le territoire

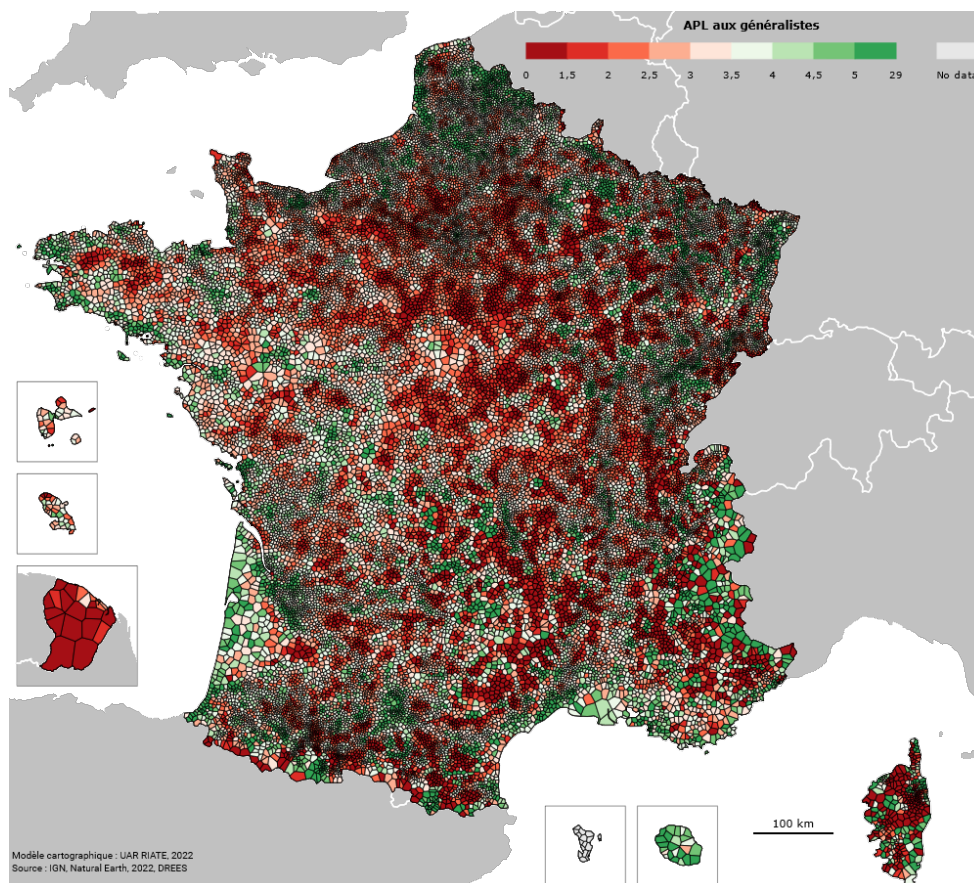
L'effet ciseaux entre offre et demande de soins provoque des difficultés d'accès aux soins différenciées selon les territoires.

L'accessibilité potentielle localisée (APL), qui chiffre le nombre de consultations disponibles par an et par habitant sur chaque territoire, permet de quantifier la désertification médicale. Dans 86 départements, l'APL a diminué depuis 2015, reflétant une accessibilité médicale en recul. Dans 8 départements, la baisse de l'APL excède 15 % et est donc particulièrement préoccupante.

8,9 millions d'habitants (13 % de la population) vivent dans une commune dont l'APL est inférieure à 2,5 consultations de généralistes par an en 2021 et disposent donc d'une offre médicale insuffisante.

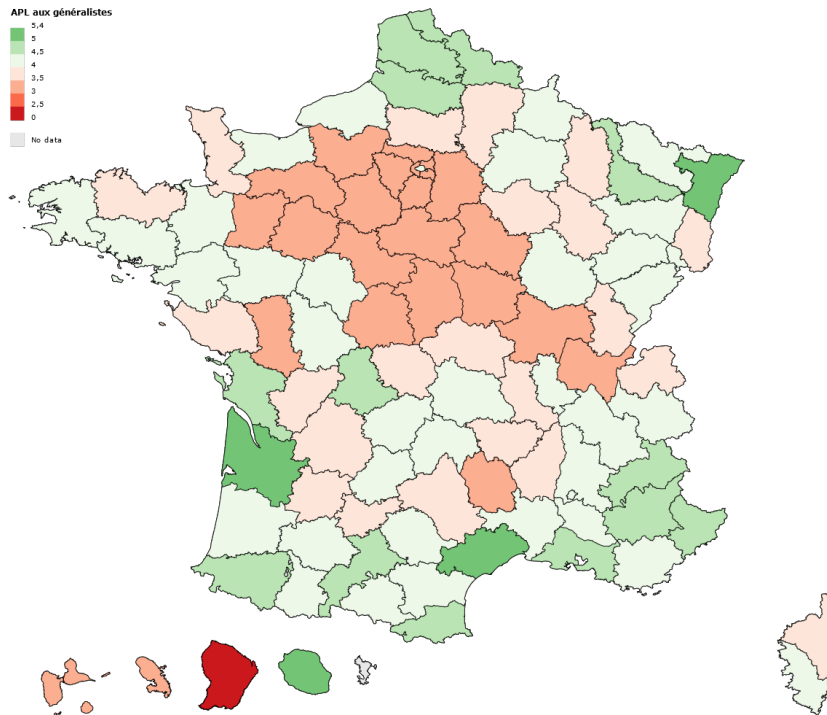
Les difficultés d'accès aux soins sont aggravées par une répartition insuffisamment égalitaire des médecins sur le territoire. Ainsi, la densité de médecins généralistes pour 100 000 habitants atteint 161 en Provence-Alpes-Côte d'Azur contre 110 en Centre - Val de Loire, et celle de spécialistes varie entre 72 en Guyane et 229 en Île-de-France.

APL aux généralistes par commune, en 2021

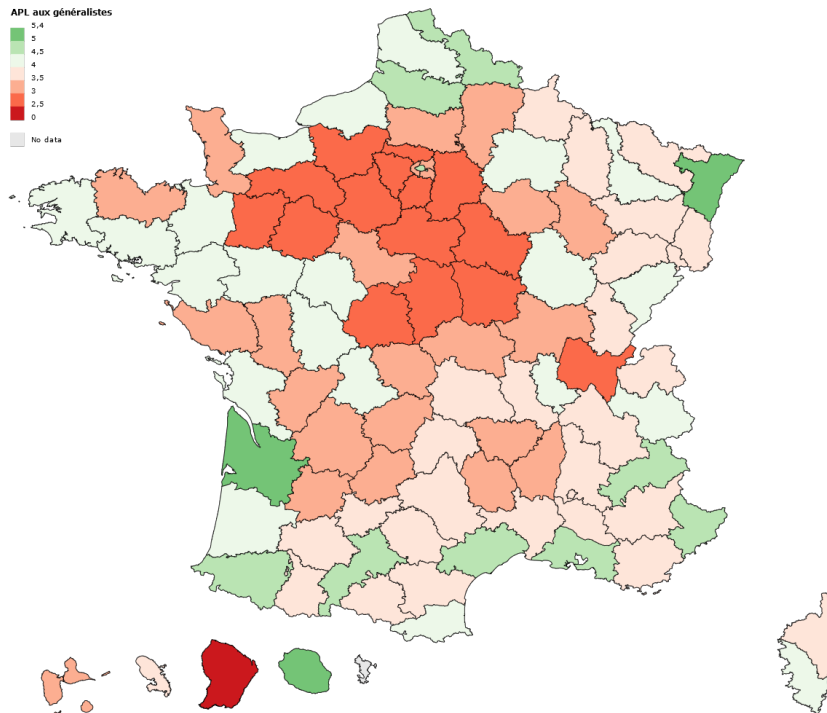


Source : Commission des affaires sociales du Sénat d'après données DREES

APL aux généralistes par département, en 2015



APL aux généralistes par département, en 2021



Source : Commission des affaires sociales du Sénat d'après données DREES

B. DES RÉPONSES AUJOURD'HUI PRINCIPALEMENT NATIONALES

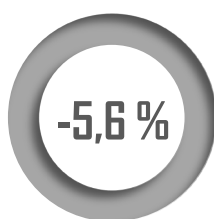
1. La définition de zones sous-denses, éligibles à des aides spécifiques

Pour mieux connaître les zones sous-denses en médecins et permettre d'apporter des réponses adaptées aux problématiques qu'elles rencontrent, la loi a consacré à l'article L. 1434-4 du code de la santé publique la notion de « zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins », définies par le directeur général de l'ARS. Ces zones, où habitent 72,2 % de la population française, sont subdivisées entre des zones d'intervention prioritaire (ZIP) et des zones d'action complémentaire (ZAC), en fonction du niveau de déficit d'offre de soins.

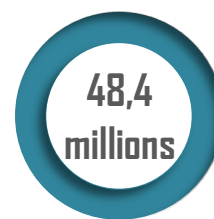
Dans ces zones, la loi prévoit la mise en place de « dispositifs d'aide » définis dans les conventions médicales afin de répondre à la désertification médicale.



Médecins généralistes en
exercice en 2021



Évolution depuis 2012



Population habitant en
zones sous-denses ARS

2. La Cnam et les ARS sont en première ligne dans la lutte contre la désertification médicale, tandis que les marges de manœuvre des collectivités sont plus limitées

La Caisse nationale de l'assurance-maladie (Cnam) et les agences régionales de santé (ARS) sont aujourd'hui les principaux financeurs des dispositifs prévus en vue de favoriser l'accessibilité des consultations médicales.

En zones sous-denses uniquement, la Cnam propose quatre types de contrats incitatifs, notamment le **contrat d'aide à l'installation des médecins** visant à **financer les frais d'installation des médecins en zones sous-denses jusqu'à 60 000 euros**, et le **contrat de solidarité territoriale médecin** prévoyant des financements complémentaires pour l'exercice ponctuel en zones sous-denses. Depuis leur création en 2017, environ 5 000 contrats ont été signés, pour un montant d'aides distribué de 94 millions d'euros.

Afin de dégager du temps médical en réduisant la charge administrative pesant sur les médecins, la Cnam propose une **aide à l'embauche d'assistants médicaux dans les cabinets libéraux**, pouvant atteindre 36 000 euros par an en zones sous-denses.

Aux dispositifs conçus par la Cnam s'ajoutent ceux gérés par les ARS. Les deux principaux sont le **contrat de début d'exercice**, qui offre notamment aux médecins en primo-installation en zones sous-denses une **garantie de revenus** pour leur première année d'exercice, et le **contrat d'engagement au service public**, consistant en un versement de **1 200 euros bruts mensuels aux étudiants en médecine** en contrepartie d'un **engagement à exercer en zones sous-denses**.

Si la politique de santé relève en France de la responsabilité de l'État, **le caractère territorialisé de la désertification médicale pourrait justifier une implication accrue des collectivités**, pour mieux assurer l'accès aux soins sur leur territoire. Certaines collectivités sont déjà à l'origine d'initiatives notables au service de l'accès aux soins de leurs administrés. Parmi elles, **des aides financières** pour accompagner l'installation de médecins, **des mises à disposition de locaux, ou encore la création de centres de santé ou de maisons de santé**.

Dans une logique d'adaptation de la décision publique au plus près du terrain, de nouveaux leviers d'action pourraient être déployés afin de promouvoir un égal accès aux soins sur le territoire.

II. LA MISE À DISPOSITION DE FONCTIONNAIRES, UN NOUVEAU LEVIER D'ATTRACTIVITÉ MÉDICALE POUR LES COLLECTIVITÉS

A. LA MISE À DISPOSITION D'UN FONCTIONNAIRE EST AUJOURD'HUI RÉSERVÉE À CERTAINES ENTITÉS

La mise à disposition consiste, pour un agent public réputé occuper son emploi, en l'exercice de ses fonctions hors de l'administration où il a vocation à servir.

L'agent public mis à disposition continue à percevoir la rémunération correspondant à son corps ou cadre d'emploi d'origine, versée par l'administration d'origine et, sauf dérogation, remboursée par l'entité d'accueil. Il continue de bénéficier de ses droits à l'avancement et à la retraite.

La mise à disposition de fonctionnaires est encadrée par la loi et aujourd'hui réservée à **des entités de droit public, exerçant une mission de service public, ou - à titre expérimental et sur un champ restreint - des organismes sans but lucratif.**

La proposition de loi vise à élargir la liste des entités éligibles à la mise à disposition de fonctionnaires territoriaux en y ajoutant les cabinets médicaux et les maisons de santé situés en zones sous-denses.

B. LA MISE À DISPOSITION DE FONCTIONNAIRES TERRITORIAUX VISE À ALLÉGER LA CHARGE ADMINISTRATIVE ET FINANCIÈRE DES MÉDECINS SOUHAITANT S'INSTALLER EN ZONES SOUS-DENSES

La mise à disposition de personnel allègerait les contraintes financières et administratives pesant sur l'installation des médecins en zones sous-denses.

La mise à disposition d'un fonctionnaire local pourrait répondre à la préoccupation de médecins prêts à s'installer en zones sous-denses, mais **inquiets de la charge administrative à supporter en leur permettant de la partager, voire de la déléguer.** Dans une même logique de libération de temps médical, le personnel mis à disposition pourrait être chargé de l'accueil de la patientèle. **Le fonctionnaire mis à disposition, à même de connaître les professionnels et les caractéristiques du territoire, pourrait également contribuer à fluidifier la coordination de l'offre de soins.**

En ce qui concerne l'aspect financier, le texte entend **libérer temporairement le bénéficiaire de la charge des salaires et des cotisations du personnel.** Selon les termes de la convention de mise à disposition, les entités d'accueil pourraient en effet bénéficier d'une avance de trésorerie contribuant à lever des obstacles financiers associés à l'installation sur un nouveau territoire.

Le rapporteur a souhaité préciser **l'aspect temporaire du dispositif,** qui entend offrir au médecin le soutien nécessaire avant qu'il ne puisse recruter son propre personnel, et non s'y substituer durablement. **Aussi a-t-il présenté un amendement limitant la durée de recours à trois mois,** renouvelables deux fois et conditionnant à une arrivée récente la mise à disposition en cabinet.

En s'articulant avec les dispositifs pérennes existants, le texte ambitionne de proposer un accompagnement sur toute la durée de l'installation des médecins en zones sous-denses.

Afin de maintenir **le lien entre mise à disposition et service public,** le rapporteur a amendé le texte en conditionnant le recours au dispositif à la participation à la permanence des soins ambulatoires.

EXAMEN DE L'ARTICLE UNIQUE

Article unique

Ouverture de la mise à disposition de fonctionnaires territoriaux aux cabinets médicaux et aux maisons de santé

Cet article propose d'ajouter à la liste des entités susceptibles de recevoir des fonctionnaires territoriaux mis à disposition les cabinets médicaux et les maisons de santé situés dans des déserts médicaux.

I. - Le dispositif proposé

A. La mise à disposition de fonctionnaires, une possibilité encadrée jusqu'ici réservée à des entités de droit public ou exerçant une mission de service public

La mise à disposition consiste, pour un agent public (fonctionnaire ou en CDI) volontaire et réputé occuper son emploi, en l'exercice de ses fonctions hors de l'administration où il a vocation à servir pour tout ou partie du temps de service.

L'agent public mis à disposition continue à percevoir la rémunération correspondant à son corps ou cadre d'emploi d'origine, versée par l'administration d'origine, et continue de bénéficier de ses droits à l'avancement et à la retraite. Toutefois, la mise à disposition suppose, sauf dérogation, un remboursement de l'entité d'accueil à l'administration d'origine des traitements et cotisations versés pour le fonctionnaire mis à disposition.

La mise à disposition suppose l'établissement d'une convention de mise à disposition entre l'administration d'origine du fonctionnaire et l'entité d'accueil. Celle-ci fixe notamment les conditions du remboursement des traitements et cotisations ainsi que la durée de la mise à disposition, pour une durée maximale de 3 ans, renouvelable par périodes d'au plus 3 ans.

La mise à disposition se distingue ainsi :

- du détachement, dans lequel l'agent est rémunéré par sa structure d'accueil, mais conserve ses droits à l'avancement et à la retraite dans son administration d'origine ;
- de la disponibilité, dans laquelle l'agent est rémunéré par sa structure d'accueil et ne conserve ni droits à l'avancement, ni à la retraite dans sa structure d'origine.

Les entités pouvant aujourd'hui bénéficier de la mise à disposition sont limitativement encadrées par la loi :

- pour les fonctionnaires territoriaux :

- par l'article L. 512-13 du code général de la fonction publique :
 - les administrations de l'État, les collectivités territoriales et leurs établissements publics y compris les établissements publics de santé, sociaux et médico-sociaux, et les groupements dont ils sont membres ;
 - les groupements d'intérêt public ;
 - les organismes contribuant à la mise en œuvre d'une politique de l'État, des collectivités territoriales ou de leurs établissements publics administratifs, pour l'exercice des seules missions de service public confiées à ces organismes ;
 - les organisations internationales intergouvernementales ;
 - une institution ou un organe de l'Union européenne ;
 - les États étrangers, l'administration d'une collectivité publique ou un organisme public relevant de ces États ou des États fédérés, à la condition que l'intéressé conserve, par ses missions, un lien fonctionnel avec son administration d'origine ;
 - le Conseil supérieur de la fonction publique territoriale, pour l'exercice de ses missions ;
- par l'article 209 de la 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, à titre expérimental pour 5 ans et à l'exclusion des fonctionnaires des communes de moins de 3 500 habitants :
 - les personnes morales relevant des catégories mentionnées au a du 1 de l'article 238 *bis* du code général des impôts, ainsi que de fondations ou d'associations reconnues d'utilité publique, pour la conduite ou la mise en œuvre d'un projet répondant aux missions statutaires de la personne morale, de la fondation ou de l'association et pour lequel leurs compétences et leur expérience professionnelles sont utiles ;

- pour les agents contractuels employés par une collectivité territoriale en CDI, par l'article L. 516-1 du code général de la fonction publique :

- ses établissements publics ;
- les EPCI auxquels elle est rattachée ;
- les administrations de l'État, ses établissements publics ou les établissements publics de santé, sociaux et médico-sociaux.

L'ensemble des entités pouvant bénéficier d'une mise à disposition d'un agent territorial sont donc soit des personnes morales de droit public,

soit des entités chargées d'une mission de service public, soit, à titre expérimental et sur un champ circonscrit, des entités sans but lucratif.

Dans le cadre de la mise à disposition, le fonctionnaire est en effet réputé occuper son emploi, ce qui implique un lien nécessaire entre son activité dans l'entité d'accueil et des missions de service public.

B. Le dispositif propose d'élargir la liste des entités éligibles à la mise à disposition de fonctionnaires territoriaux aux cabinets médicaux et aux maisons de santé en zones sous-denses

La proposition de loi, déposée par M. Dany Wattebled et plusieurs de ses collègues du groupe Les Indépendants - République et Territoires, est composée d'un article unique.

Celui-ci élargit la liste des entités éligibles à la mise à disposition de fonctionnaires territoriaux en y ajoutant les cabinets médicaux et les maisons de santé situés dans des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins.

À cette fin, il modifie l'article L. 512-13 du code général de la fonction publique (CGFP), qui liste **les entités susceptibles d'accueillir un fonctionnaire territorial mis à disposition.**

S'il était voté, **le texte présenté constituerait donc une rupture** en ouvrant la mise à disposition de fonctionnaires à des structures lucratives et de droit privé, certes de manière encadrée.

C. Un dispositif visant à alléger les contraintes administratives et financières pesant sur les médecins souhaitant exercer en zones sous-denses

L'intérêt de la mise à disposition de fonctionnaires territoriaux auprès de cabinets médicaux ou de maisons de santé serait double, selon l'exposé des motifs. **Le dispositif vise en effet à alléger les contraintes financières et administratives pesant sur l'installation des médecins en zones sous-denses.**

En ce qui concerne l'aspect financier, la mise à disposition pourrait **libérer temporairement le bénéficiaire de la charge des salaires et des cotisations du personnel.** Selon les termes de la convention de mise à disposition, les entités d'accueil pourraient donc bénéficier d'une avance de trésorerie contribuant à lever certains obstacles financiers associés à l'installation dans un nouveau cabinet ou à la création d'une maison de santé.

En permettant aux médecins de recevoir l'appui d'un fonctionnaire territorial pendant les premiers mois d'installation avant de pouvoir, le cas échéant, recruter son propre personnel, le dispositif entend répondre à la préoccupation de certains médecins prêts à s'installer en zones sous-denses, mais **inquiets de la charge administrative à supporter en leur permettant de la partager, voire de la déléguer**. Dans une même logique de libération de temps médical, le personnel mis à disposition pourrait également être chargé de l'accueil de la patientèle.

Le dispositif vise également à dispenser temporairement le bénéficiaire de la charge liée au recrutement du personnel. Cette dimension de la mise à disposition pourrait constituer un levier d'attractivité particulier pour des jeunes médecins qui n'auraient jamais encore effectué de recrutement ou sur des territoires où les médecins rencontreraient des difficultés à recruter des secrétaires médicales.

Enfin, la proposition de loi aspire à **contribuer à une meilleure compréhension de la demande de soins ainsi qu'à une coordination accrue dans l'offre de soins**. D'une part, les fonctionnaires territoriaux bénéficient d'une connaissance du terrain et des populations qu'ils pourraient transmettre aux nouveaux arrivants auprès desquels ils seraient mis à disposition. D'autre part, ils pourraient constituer un appui pour accélérer la mise en relation des nouveaux arrivants avec les professionnels de santé déjà installés sur le territoire au service d'une meilleure coordination interprofessionnelle.

Il convient de signaler que la proposition de loi ne modifie :

- ni l'article L. 512-15 du CGFP : par conséquent la mise à disposition **donne lieu à remboursement** obligatoire des traitements du fonctionnaire par l'entité d'accueil, ainsi que des cotisations associées ;

- ni l'article L. 512-13 du CGFP : par conséquent la mise à disposition auprès de cabinets médicaux et de maisons de santé **ne serait pas ouverte aux agents territoriaux contractuels en CDI**.

II. - La position de la commission

A. Convaincu par le dispositif, le rapporteur a souhaité répondre à certaines réserves exprimées lors de ses travaux

1. Des réserves sur le dispositif, émanant notamment des associations d'élus locaux, ont été identifiées lors des auditions

Les syndicats de médecins auditionnés ont accueilli favorablement le dispositif, notamment pour accompagner les médecins lors de leurs premiers mois d'installation.

Bien que le texte prévoise un dispositif facultatif et se limite à ouvrir de nouveaux droits aux collectivités volontaires, les associations d'élus auditionnées ont exprimé des réserves sur le dispositif. Celles-ci concernent notamment :

- l'opérationnalité du dispositif :

- risque d'un faible recours au dispositif, lié aux marges de manœuvre humaines et financières restreintes des collectivités ainsi qu'aux difficultés de recrutement rencontrées par les collectivités sur les corps de métier susceptibles d'être concernés par la mise à disposition ;
- risque de doublon avec d'autres dispositifs existants, notamment les assistants médicaux ;
- risque d'inadéquation entre la formation des personnels mis à disposition et les besoins des cabinets médicaux et des maisons de santé. À cet égard, il convient de rappeler que le secrétariat médical n'est pas une profession réglementée.

- d'éventuels effets pervers du dispositif, qui porterait le risque d'une concurrence accrue entre collectivités pour l'attractivité médicale.

Enfin, les administrations centrales ont défendu des positions nuancées sur le texte. Si la direction générale de l'offre de soins (DGOS) du ministère de la santé accueille favorablement le dispositif qui « *semble de nature localement à aider à trouver des solutions* », elle estime que sa portée est restreinte par la non-inclusion des centres de santé et par l'absence de dérogation au remboursement des traitements.

La direction générale des collectivités locales (DGCL) du ministère de l'intérieur a quant à elle noté que la mise à disposition exigeait, en principe, que le fonctionnaire soit chargé d'une mission de service public dès lors qu'il est réputé occuper son emploi. Si elle considère que « *favoriser l'accès aux soins pour tous, en tout point du territoire de la République, est assurément d'intérêt général* », elle note aussi que les bénéficiaires du dispositif « *n'exercent pas, au sens de la loi, des missions de service public* ».

Dès lors, « *si la proposition de loi ne heurte frontalement aucun principe du droit de la fonction publique, elle remet toutefois en cause le principe qui sous-tend les différentes hypothèses de mise à disposition d'agents publics telles que prévues par les dispositions légales encadrant le recours à la mise à disposition* ».

2. Tout en restant fidèle à l'esprit du dispositif initial, un amendement déposé par le rapporteur vise à préciser les conditions de recours

Le rapporteur souscrit pleinement à l'esprit de la proposition de loi, et estime nécessaire de doter les collectivités territoriales de nouvelles compétences afin d'accompagner les médecins dans leur installation en zones sous-denses.

Si, aux termes de l'article L. 1411-1 du code de la santé publique, « *la politique de santé relève de la responsabilité de l'État* », **le rapporteur observe que les collectivités territoriales se sont pleinement saisies des possibilités ouvertes jusqu'ici par la loi en matière d'accès aux soins, démontrant ainsi un engagement et un volontarisme qui justifient l'extension de leurs compétences en la matière proposée par le texte.**

En vertu de l'article L. 1511-8 du code général des collectivités territoriales¹, de nombreuses collectivités attribuent ainsi des aides afin de **pallier la désertification médicale**. Par exemple, le département du Loir-et-Cher propose **une aide à l'achat de 50 % sur les dépenses de matériel professionnel** pour tout médecin primo-installé qui s'engagerait à y exercer 3 ans. La région Île-de-France propose une aide similaire à la primo-installation. **D'autres collectivités proposent une mise à disposition de locaux ou d'un logement.**

De plus, les départements, les communes et leurs groupements sont à l'initiative de la création de nombreux centres de santé² ou maisons de santé pluri-professionnelles : selon un chiffrage de la fédération nationale des centres de santé, 23 % des centres de santé à activité médicale seraient gérés par des collectivités territoriales, essentiellement par des communes.

Sur le fond du dispositif, le rapporteur défend que le soutien d'un fonctionnaire territorial mis à disposition pourrait être de nature à fluidifier et à accélérer la mise en relation du médecin avec les autres professionnels de santé exerçant sur le territoire. Il estime qu'un accompagnement accru des médecins dans les quelques mois suivant leur installation en zones sous-denses peut stimuler les nouvelles arrivées potentielles.

Comme l'ont mis en lumière les auditions, les fonctionnaires territoriaux mis à disposition de cabinets médicaux ou de maisons de santé pourraient certes **occuper un rôle de secrétaire médical et venir en appui au médecin dans l'accueil des patients et les démarches administratives** qu'il a à assurer, mais le rapporteur estime qu'ils pourraient également **exercer des missions de coordination de l'offre de soins.**

¹ Les collectivités territoriales et leurs groupements peuvent attribuer des aides destinées à favoriser l'installation ou le maintien de professionnels de santé dans les zones définies en application du 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique. À cette fin, des conventions sont passées entre les collectivités et groupements qui attribuent l'aide et les professionnels de santé intéressés.

² Article L. 6323-1-3 du code de la santé publique.

Le rapporteur partage l'idée, défendue par les syndicats de médecins ainsi que par les élus locaux, que **les professionnels en exercice libéral doivent, à terme, recruter leur propre personnel** pour la conduite de leur activité.

Dès lors, il perçoit le dispositif proposé comme un **dispositif d'amorçage** qui - loin de constituer un doublon avec les accompagnements proposés par la Cnam et les ARS comme le craignaient les associations d'élus locaux auditionnées - **s'articule pleinement avec eux pour proposer un accompagnement au médecin sur toute la durée de son installation**. À son arrivée, le médecin pourrait demander la mise à disposition d'un fonctionnaire territorial, qui l'accompagnerait pour une durée de quelques mois, le temps qu'il puisse bénéficier d'un assistant médical ou d'un recrutement pérenne.

Le rapporteur a donc déposé un amendement COM-1 visant à clarifier le caractère transitoire et temporaire du dispositif. L'amendement déposé limite ainsi la durée de la mise à disposition à une durée maximale fixée par décret dans la limite de trois mois, s'éloignant ainsi des trois ans fixées dans le droit commun. Il prévoit que la mise à disposition puisse être renouvelable afin d'éviter les sorties trop brutales de dispositif, mais seulement dans la limite de deux reconductions.

Pour mieux cibler les professionnels bénéficiaires, le même amendement COM-1 conditionne l'éligibilité des médecins libéraux au dispositif à une arrivée récente, de moins de trois mois.

Enfin, le rapporteur a souhaité maintenir le lien consubstantiel unissant la mise à disposition et le service public, et ainsi répondre aux observations de la direction générale des collectivités locales. En ce sens, l'amendement COM-1 déposé par le rapporteur **conditionne également l'éligibilité au dispositif à la participation au service public de permanence des soins ambulatoires**, selon des conditions variables selon que le bénéficiaire est un cabinet libéral ou une maison de santé.

B. Position de la commission

Lors de sa réunion, la commission est revenue sur certaines observations entendues lors des auditions, notamment concernant les effets du texte sur les collectivités, le risque que le texte crée un précédent et la formation du personnel mis à disposition - notamment vis-à-vis du secret médical.

Toutefois, suivant les observations du rapporteur et approuvant les modifications portées par l'amendement COM-1, la commission a adopté cet article ainsi modifié.

EXAMEN EN COMMISSION

Réunie le mercredi 8 mars 2023, sous la présidence de M. Philippe Mouiller, vice-président, la commission examine le rapport de M. Chasseing, rapporteur, sur la proposition de loi n° 102 (2022-2023) relative aux outils de lutte contre la désertification médicale des collectivités.

M. Philippe Mouiller, président. – Nous examinons maintenant la proposition de loi relative aux outils de lutte contre la désertification médicale des collectivités.

M. Daniel Chasseing, rapporteur. – Je commencerai en rappelant un chiffre : 8,9 millions de nos concitoyens sont confrontés à une offre médicale insuffisante définie comme un accès à moins de 2,5 consultations par an chez un généraliste. La désertification médicale ne cesse de progresser en France, preuve de l'insuffisance d'une action publique encore trop souvent décidée à l'échelle nationale, sans préoccupation pour les spécificités de chaque territoire. On manque de médecins.

Le rapport d'information relatif aux initiatives des territoires en matière d'accès aux soins publié il y a un an par la délégation aux collectivités territoriales s'est inscrit à cet égard dans une longue tradition sénatoriale : celle d'alerter sur les inégalités d'accès aux soins croissantes qui gangrènent nos territoires. L'État, à qui incombe au premier chef la politique de santé, ne parvient pas à assurer l'égal accès aux soins sur tous les territoires. La politique menée associe insuffisamment les collectivités, et nombre d'élus locaux se retrouvent démunis face à des départs de médecins, faute de levier d'attractivité suffisant pour en faire venir de nouveaux. Nombre de leurs administrés expriment leur désarroi, leur sentiment d'abandon, parfois même leur colère.

Preuve de leur détermination à agir pour l'accès aux soins, les collectivités se sont pleinement saisies des quelques potentialités que leur a offertes la loi en matière de santé : les collectivités ont été innovantes en étant à l'origine de 23 % des centres de santé à activité médicale ; elles ont également été pragmatiques et volontaristes, en proposant des mises à disposition de locaux ou des aides financières aux médecins qui s'y installeraient.

Il nous appartient aujourd'hui de nous inscrire dans ce mouvement et de donner aux collectivités des moyens supplémentaires pour agir en matière de santé.

La proposition de loi que nous examinons ce matin a été déposée par notre collègue Dany Wattebled et le groupe Les Indépendants – République et Territoires. Elle entend accroître les leviers d'action des collectivités en matière de lutte contre la désertification médicale. L'article unique du texte vise ainsi à élargir la liste des entités éligibles à la mise à disposition de fonctionnaires territoriaux en y ajoutant les cabinets médicaux et les maisons de santé situées en zone sous-dense.

La mise à disposition consiste, pour un agent public réputé occuper son emploi, en l'exercice de ses fonctions hors de l'administration où il a vocation à servir. La mise à disposition fait partie, avec le détachement et la disponibilité, des voies qui existent pour permettre à un fonctionnaire d'exercer en dehors de son administration d'origine. Parmi les trois régimes, la mise à disposition est le plus protecteur pour le fonctionnaire : il continue de bénéficier de ses droits à l'avancement et à la retraite dans son cadre d'emploi et il perçoit une rémunération correspondant à son cadre d'emploi d'origine, versée par l'administration d'origine et, sauf dérogation, mais il n'y en a pas dans ce texte, remboursée par l'entité d'accueil.

Corrélativement, la mise à disposition est aussi le régime le plus exigeant quant aux destinations possibles, le fonctionnaire mis à disposition étant réputé occuper son emploi. À ce jour, seule une liste limitative d'entités peut bénéficier d'une mise à disposition de fonctionnaires territoriaux. Celles-ci sont soit de droit public, soit exercent une mission de service public, soit – à titre expérimental et sur un champ restreint – sont des organismes sans but lucratif.

Ouvrir aux cabinets médicaux et aux maisons de santé en zones sous-dense le bénéfice de recevoir du personnel mis à disposition marquerait donc une rupture dans le droit de la fonction publique, un engagement du législateur dans la lutte contre la désertification médicale.

Quels rôles pourraient exercer des fonctionnaires territoriaux au sein de maisons de santé ou de cabinets médicaux ? J'en vois deux principaux. Les personnels mis à disposition pourraient d'abord être des agents de mairie officiant comme secrétaires médicaux, dans un rôle d'accueil des patients et d'appui administratif – rappelons que le secrétariat médical ne fait pas partie des professions réglementées. Les fonctionnaires mis à disposition pourraient également être chargés de la coordination entre le nouvel arrivant et les professionnels de santé locaux, afin de construire un lien partenarial que l'on sait aujourd'hui plus que jamais nécessaire.

Telle que je la vois, cette proposition de loi pourrait surtout s'adresser aux médecins souhaitant s'installer en zone sous-dense, en levant certaines contraintes qui s'opposent à eux.

Des contraintes financières, d'abord. Certes, la mise à disposition donne lieu à remboursement des traitements versés à la collectivité d'origine, mais les conditions de ce remboursement, notamment sa temporalité, sont définies par une convention avec l'administration d'origine. Le dispositif permettrait donc aux nouveaux arrivants, dont la patientèle n'est pas encore pleinement constituée, de bénéficier d'une forme d'avance de trésorerie sur leurs premiers mois d'exercice.

Des contraintes administratives, également. Les tâches administratives occupent une part importante du temps des médecins, comme l'ont rappelé les auditions conduites. Cette charge administrative est encore accrue à l'arrivée des médecins sur un nouveau territoire, avec une nouvelle patientèle à gérer. Dans ces conditions, s'installer sans personnel peut relever de la prouesse. Pouvoir partager, voire déléguer, une partie de cette charge administrative à un personnel mis à disposition serait une manière de répondre aux préoccupations légitimes des médecins en la matière, et pourrait ainsi contribuer à lever une barrière à l'installation.

Des contraintes organisationnelles, enfin. Exercer la médecine sur un nouveau territoire, dont on ne connaît ni les caractéristiques ni l'écosystème professionnel en place, peut avoir tout d'une gageure. Les représentants des professions médicales auditionnés se sont donc montrés intéressés par la possibilité de recevoir l'appui de fonctionnaires territoriaux pour la coordination avec les autres professionnels de santé du territoire lors des premiers mois d'installation.

L'idée n'est donc pas, comme semblaient le craindre les représentants des élus locaux, de faire financer de manière pérenne le personnel des cabinets médicaux et des maisons de santé en zone sous-dense par les collectivités territoriales. Les cabinets libéraux doivent bien entendu rester libéraux, ce qui implique qu'ils recrutent et paient eux-mêmes leurs salariés ; et il en va de même pour les maisons de santé.

Au contraire, le dispositif entend offrir un appui temporaire, lors des quelques mois suivant l'installation, avant que la maison de santé ou le cabinet n'ait pu recruter son propre personnel ou bénéficier des différentes aides proposées par la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam) ou les agences régionales de santé (ARS), à commencer par les assistants médicaux.

Il s'agit de ne pas laisser le professionnel médical livré à lui-même lors des premiers mois d'exercice, au moment où il a besoin d'appui.

Pour préciser l'aspect temporaire du dispositif et répondre à certaines observations soulevées lors des auditions, je vous proposerai d'adopter un amendement soutenu par l'auteur de la proposition de loi. Celui-ci, tout en restant fidèle à l'esprit du dispositif, en clarifie la rédaction, et souligne le rôle d'amorçage de la mise à disposition de fonctionnaires territoriaux.

En ce sens, il limite à trois mois renouvelables deux fois la durée de recours au dispositif, et conditionne l'éligibilité des cabinets libéraux à une installation récente.

L'amendement que je porte vise également à raffermir le lien entre mise à disposition et service public. Il n'est pas souhaitable que ce dispositif crée un précédent : les fonctionnaires ne sauraient avoir vocation à être mis à disposition dans des structures dépourvues de lien avec le service public. Par conséquent, je propose de conditionner le dispositif à la participation du bénéficiaire à la mission de service public de permanence des soins ambulatoires.

Cette proposition de loi ouvre donc une possibilité, dont pourront se saisir les élus locaux qui le souhaiteront. Alors que les syndicats de médecins et la direction générale de l'offre de soins ont estimé que le dispositif pourrait constituer une réponse intéressante et locale à déployer contre la désertification médicale, j'ai pu, à ma grande surprise, entendre lors des auditions les réticences des associations d'élus locaux, dont certaines craignaient « d'ouvrir la boîte de Pandore ». À ceux qui disent que les communes n'ont pas les moyens humains ou financiers, je souhaite rappeler que le dispositif proposé est facultatif, et que la situation financière et humaine des communes n'est pas monolithique : certaines pourraient y avoir recours. Certaines le souhaiteraient, et le dispositif trouverait son public, à n'en point douter.

Bien sûr, cette proposition de loi a ses limites, et son objet est restreint. La nécessité pour les bénéficiaires de rembourser les traitements des agents mis à disposition prive le texte d'un levier d'attractivité financière supplémentaire, sans qu'il soit apparu possible d'amender le texte en ce sens, faute de recevabilité financière.

Toutefois, cette proposition de loi se borne à accorder un nouvel outil aux mains des élus locaux pour répondre à la désertification médicale sur leur territoire, un outil d'autant plus bienvenu que les marges de manœuvre des collectivités en matière de santé sont minces. Facultative, temporaire et neutre sur les finances des collectivités, elle ne comporte pas de risques ni ne fait de perdants. Par conséquent, j'espère que ce texte saura trouver une majorité au sein de notre commission.

J'en suis conscient, le dispositif ne saurait pas répondre, à lui seul, à la désertification médicale des collectivités ; il n'en a d'ailleurs pas l'ambition. Cette commission devra continuer, à l'avenir, de se montrer inventive et volontaire pour répondre aux enjeux de l'accès aux soins pour tous, sur tout le territoire et augmenter le nombre de médecins. Pour autant, compte tenu des défis que pose l'attractivité médicale aux collectivités, il m'apparaît nécessaire de faire feu de tout bois. Ne manquons pas une occasion de créer de nouveaux leviers de lutte contre la désertification médicale.

Il me revient enfin en tant que rapporteur de vous proposer un périmètre pour l'application des irrecevabilités au titre de l'article 45 de la Constitution. Je considère qu'il comprend des dispositions relatives au régime de mise à disposition des agents territoriaux auprès de médecins ou de maisons de santé.

En revanche, je considère que ne présenteraient pas de lien, même indirect, avec le texte déposé, des amendements relatifs aux règles de conventionnement des professionnels de santé et à l'organisation générale de l'offre de soins.

Il en est ainsi décidé.

Mme Véronique Guillotin. - J'ai cosigné cette proposition de loi. Je suis toujours critique sur l'empilement des textes visant à résoudre la question de la désertification médicale, mais ce texte tranche avec la logique de la coercition : il offre un nouvel outil et permet de dégager du temps médical. Certes il risque d'accroître la concurrence entre les collectivités pour attirer les médecins, mais n'est-ce pas déjà le cas avec les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) portées par les collectivités ? Ce texte innove en autorisant la mise à disposition temporaire de fonctionnaires territoriaux, mais là encore n'est-ce pas déjà le cas, d'une certaine façon, lorsqu'un agent à mi-temps d'un centre communal d'action sociale (CCAS) accomplit un autre mi-temps dans la maison de santé ? Je suis donc plutôt favorable à ce texte.

Mme Jocelyne Guidez. - Il est toujours intéressant de vouloir avancer et trouver des solutions, mais je crains le développement d'une concurrence entre les territoires, entre ceux qui auront les moyens de mettre à disposition des fonctionnaires et ceux qui ne le pourront pas. Lorsqu'un employé d'un CCAS complète son mi-temps en travaillant au cabinet médical, c'est le médecin qui paie, et non la collectivité.

Mme Florence Lassarade. - Il en ira de même avec ce texte, car le médecin devra rembourser la collectivité.

Mme Jocelyne Guidez. - On risque d'inciter les médecins à changer de commune. Certaines communes fournissent déjà les locaux du cabinet médical, la voiture, etc. Mais je comprends l'intention des auteurs et nous voterons le texte.

Mme Annie Le Houerou. - Nous sommes tous d'accord pour constater à quel point le problème de la désertification médicale est aigu : mais le problème tient avant tout au manque de médecins, et je suis donc perplexe à l'égard de la possibilité de mise à disposition de fonctionnaires administratifs. Certains dispositifs existent déjà. L'assurance maladie peut financer des assistants médicaux.

En outre, les agents territoriaux ne sont pas soumis au secret médical. Se pose aussi la question de la formation de ces agents, car travailler en cabinet médical, c'est un autre métier. Le médecin rembourserait l'avance fournie par la collectivité, mais le droit de la fonction publique ne permet pas à ce jour de mise à disposition vers le privé lucratif. Ce texte enfonce donc un coin dans le statut de la fonction publique. Les médecins libéraux peuvent concourir au service public en participant à la permanence des soins ambulatoires, certes, mais ils ne constituent pas un service public sur l'ensemble de leur activité.

Nous sommes favorables à l'exercice coordonné des soins, et nous voyons mal l'utilité d'une mise à disposition d'agents publics auprès des cabinets libéraux. J'ajoute que les collectivités ont déjà du mal à recruter. Les associations d'élus sont opposées à ce texte, si j'en crois les auditions que nous avons tenues. Cette proposition de loi ne réglera pas la question de la désertification médicale et semble une fausse bonne idée.

Mme Nadia Sollogoub. – Cette proposition de loi fait-elle suite à un cas précis ? Émane-t-elle d'un territoire qui a rencontré un blocage et formulé cette proposition, auquel cas il serait opportun d'étudier toutes les pistes pour faire évoluer la législation ?

On se focalise souvent sur les médecins, mais il convient de ne pas omettre les autres professions de santé. Lorsque l'on accorde des facilités aux médecins, les infirmiers libéraux, les dentistes, les vétérinaires ainsi que d'autres professionnels se sentent oubliés. Nous devons penser à une certaine équité. Pour ma part, je me trouve dans un territoire de désertification vétérinaire.

Mme Annick Jacquemet. – Au premier abord, j'étais plutôt réticente à ce texte de loi. Après avoir écouté notre rapporteur, je suis désormais indécise et n'ai pas encore pris ma décision.

Comment sont définies les zones sous-denses et quelles sont les limites d'application de ce texte de loi ?

Je pense aussi à la formation. Les cabinets des médecins sont souvent informatisés. Les agents mis à disposition bénéficieront-ils d'une formation, et si oui, qui la prendra en charge ? Je suis aussi dubitative quant à la protection du secret médical. Enfin, pour avoir travaillé toute ma vie dans ce métier, je peux affirmer que les vétérinaires ne sont pas demandeurs d'un tel texte : ils s'organisent seuls pour construire leur clinique, embaucher et former leur personnel.

M. Bernard Bonne. – Je suis un peu circonspect par rapport à cette proposition de loi. Quel médecin demandera à une collectivité, avant de s'installer, s'il pourra bénéficier d'un secrétariat médical ou de l'assistance d'un fonctionnaire territorial ? En outre, qui est ce fonctionnaire territorial : sera-t-il choisi par le médecin qui s'installe ? Sera-t-il affecté à un autre travail par la suite ? Bénéficiera-t-il d'une formation particulière ? Le médecin pourra-t-il travailler avec une personne qui ne connaît rien à la médecine et qui devra exercer le secrétariat, tout en respectant le secret professionnel ? Dans la mesure où le médecin aura à payer, n'a-t-il pas plutôt intérêt à travailler avec une personne déjà formée ?

Par ailleurs, je crains que les médecins ne soient pas attirés par ce type d'aide, même si elle peut revêtir un intérêt dans certaines communes pendant un temps. Ne vaudrait-il mieux pas faciliter la venue de médecins hospitaliers à temps partiel dans des communes plutôt que de prévoir cette aide par des fonctionnaires qui ne connaissent rien à la médecine ?

M. Alain Milon. – Je salue la constance de notre rapporteur pour trouver des solutions au problème de la désertification médicale. Confucius disait : « Lorsque tu fais quelque chose, sache que tu auras contre toi, ceux qui voudraient faire la même chose, ceux qui voulaient le contraire, et l'immense majorité de ceux qui ne voulaient rien faire. » Cela dit, je souscris à toutes les observations qui ont été faites. Je m'abstiendrai sur cette proposition de loi. Je pense qu'elle n'est pas suffisamment aboutie.

Ainsi, toutes les communes n'ont pas les moyens d'avoir un centre communal d'action sociale. En revanche, les intercommunalités peuvent avoir des syndicats intercommunaux d'action sociale (Sias). N'est-il pas possible d'améliorer la proposition de loi pour viser les intercommunalités, mieux dotées en matière de services administratifs municipaux ?

En matière de déserts médicaux, je donne ici un exemple assez frappant : nous comptons deux dermatologues libéraux entre Saint-Raphaël et Nice pour un peu plus de 2 millions d'habitants. Beaucoup de médecins sont inscrits à l'ordre des médecins, mais n'ont plus d'activité, car ils sont à la retraite. Par conséquent, il convient de définir correctement la notion de désert médical, et de prendre en compte les capacités des communes et des intercommunalités pour mettre à disposition du personnel.

M. Martin Lévrier. – Nous multiplions les textes pour remédier à la désertification médicale. Permettez-moi une métaphore : qui dit désertification dit besoin de canalisations et d'eau. L'eau, c'est le médecin, mais au fil des textes, on multiplie les canalisations et, comme le débit reste le même, on a *in fine* moins de médecins dans chaque dérivation. On crée des concurrences entre les territoires. Certains sauront s'orienter dans le maquis des dispositifs et iront là où ils pourront percevoir le plus d'aides. L'accumulation de textes procédant de bonnes solutions génère une usine à gaz inefficace, même si chaque initiative, prise séparément, est excellente.

Mme Christine Bonfanti-Dossat. – Quelle sera la fonction réelle de ces agents territoriaux ? Si je comprends bien, ils seront affectés au secrétariat médical. Quels diplômes devront-ils posséder ?

Le mérite de cette proposition de loi réside dans l'apport d'un meilleur encadrement et dans le remboursement aux communes du travail réalisé par ces agents territoriaux.

Mme Cathy Apourceau-Poly. – L'idée de mettre à disposition de cabinets libéraux du personnel municipal me semble pour le moins incongrue ! On dépouille les collectivités de leur personnel. Si l'on aide les médecins, il faudra faire la même chose pour tous les professionnels de santé libéraux. Les fonctionnaires territoriaux n'ont pas à être mis au service du privé. Certes cette possibilité existe déjà, mais pas sous cette forme. À Annequin, ville de 3 000 habitants, il y a un centre de santé municipal avec trois médecins salariés par la commune qui fonctionne bien. Une secrétaire médicale qui fait partie du personnel communal est dédiée à ce centre. Elle a été formée, possède des diplômes pour accompagner les médecins de ce centre. Si on commence à mettre à disposition du personnel non formé, on aura des difficultés !

M. Laurent Burgoa. – Nous comprenons l'intention des auteurs de la proposition de loi, mais nous avons des réserves. Les associations d'élus, notamment l'association des maires ruraux de France, sont plutôt défavorables. Mieux vaudrait privilégier une approche intercommunale, car les établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) ont davantage de moyens d'ingénierie. Certains élus considèrent que le dispositif ajouterait une contrainte supplémentaire aux petites communes, qui n'ont pas la possibilité de se passer d'un de leurs agents. La mesure ne concernerait que des agents titulaires et exclut la possibilité d'un recrutement contractuel pour cette mise à disposition. Nous restons sceptiques sur l'idée d'affecter à un cabinet médical un agent municipal non soumis au secret médical et dont ce n'est pas le métier.

De surcroît, le texte n'exige pas du professionnel de santé qu'il ne vienne pas d'une autre zone sous-dotée, ce qui risque d'entraîner une concurrence supplémentaire entre territoires. Or, nous savons que la concurrence entre territoires n'apporte pas de solution aux populations. Ainsi, nous sommes plutôt défavorables à ce texte.

Mme Corinne Imbert. – On connaît l'engagement de notre rapporteur sur ce sujet. De manière pragmatique, je ne parviens pas à trouver un intérêt à cette proposition de loi. Hormis certaines situations individuelles, j'imagine mal aujourd'hui un médecin s'installant dans une commune de façon isolée. Les professionnels de santé préfèrent exercer de manière coordonnée, en maison de santé.

De plus, un médecin ne décide pas de son installation en trois mois, ce processus prend du temps et le médecin a le temps de trouver du personnel ou de trouver une prestation de secrétariat extérieur. Je m'abstiendrai. Si je comprends la préoccupation, il existe peut-être d'autres solutions, comme un temps de secrétariat partagé.

M. Jean-Luc Fichet. – Toute réflexion qui vise à résoudre le problème des déserts médicaux mérite qu'on s'y arrête. Les dispositifs s'accumulent au fil des années et le système est devenu très complexe. La santé est une compétence d'État, à qui il appartient d'établir une offre de soin équilibrée sur l'ensemble du territoire. À ce jour, tous les dispositifs que nous avons inventés n'ont jamais permis d'accélérer l'installation des médecins dans les zones rurales. Cessons de solliciter les collectivités pour financer des dispositifs qui ne relèvent pas de leur compétence, ce qui a pour effet que les habitants sont imposés à différents niveaux pour la même chose. Il serait opportun d'étudier les demandes des médecins généralistes sur la revalorisation du tarif de la consultation, et de mettre un terme à tous les dispositifs pour gagner en lisibilité.

M. Daniel Chasseing, rapporteur. – Le risque de concurrence a été évoqué, mais il n'existe pas dans la mesure où le dispositif vise les cas où un médecin vient s'installer et a déjà pris sa décision. J'exerce comme médecin depuis des dizaines d'années. J'ai toujours eu la même secrétaire, et elle n'a jamais été formée : il n'y a pas besoin de diplôme spécifique. Mme Le Houerou a assisté aux auditions : le médecin que nous avons entendu est d'ailleurs dans la même situation que moi, il est assisté d'une secrétaire qui n'a pas été formée. Ma secrétaire accueille les patients et les connaît : ils s'adressent à elle pour demander la prolongation de leur ordonnance, *etc.* À la fin de la journée, elle me transmet tous les dossiers à régler. C'est une aide indispensable. S'il n'a personne pour l'aider, un médecin ne s'installera pas.

Une formation particulière est-elle nécessaire ? Je n'en suis pas convaincu. Sans doute certains médecins dictent-ils leurs lettres, mais pas tous. Peut-être faut-il savoir utiliser un ordinateur pour rentrer des données, et encore, ce n'est pas systématique. La principale qualité requise des secrétaires qui exercent dans les cabinets médicaux est d'aimer les patients, de savoir les accueillir et travailler avec les médecins. Nul besoin de diplômes pour avoir ces qualités.

N'ayons pas d'inquiétude concernant le respect du secret médical : il appartient aux médecins de l'expliquer au personnel mis à disposition. Je rappelle aussi que les fonctionnaires territoriaux sont soumis au secret professionnel.

La mise à disposition se fera sur la base du volontariat.

En ce qui concerne les auditions, les syndicats de médecins soutiennent ce texte. Les maires ruraux craignent qu'il ne crée une nouvelle charge sur les collectivités, mais il ne s'agit pas d'une mise à disposition permanente et le remboursement par les médecins est obligatoire.

Il ne faut pas craindre de concurrence entre les collectivités, car ce n'est pas cette mesure, à elle seule, qui fera venir un médecin. Elle vise à l'aider, si la collectivité le peut, pendant trois mois. Il s'agit d'un dispositif d'amorçage, qui vise à accompagner un médecin qui arrive, notamment s'il vient de l'étranger.

Le problème de fond est celui du manque de médecins, c'est vrai. En effet, il appartient à l'État de former davantage de médecins. Mais cela ne se fera pas instantanément, et d'ici là, il nous appartient de répondre à la désertification médicale en œuvrant à une meilleure répartition des médecins sur le territoire.

La coordination avec les assistants médicaux est nécessaire, évidemment, mais elle n'intervient que dans un second temps. Le dispositif vise à aider le médecin lors de son installation. Si celui-ci a embauché quelqu'un, ce ne sera pas nécessaire. Je pense à la maison de santé où j'exerce, qui compte six infirmières, deux kinésithérapeutes, deux orthophonistes et des médecins spécialistes vacataires : il s'agit d'une personne pour assurer l'accueil, faire la coordination entre tous les acteurs. Un assistant médical n'a pas la même fonction.

Sur l'aspect financier, les médecins n'ont pas à payer les frais des cabinets libéraux et le médecin devra donc rembourser la collectivité. Les mises à disposition à titre gratuit sont d'ailleurs interdites, sauf dérogation ; et ce texte ne prévoit pas de dérogation. Souvenons-nous que, dans le PLFSS, nous avons soutenu l'installation en exercice libéral. Le médecin libéral embauche une personne pour assurer l'accueil ou le secrétariat ; dans les centres de santé gérés par des collectivités, ce sont les collectivités qui prennent à leur charge le secrétariat.

Il n'y a pas d'imprécision dans la définition des zones sous-denses. Elles sont définies à l'article L. 1434-4 du code de la santé publique et déterminées par les directeurs généraux des ARS sur la base d'une méthodologie fixée par arrêté.

Ce texte ne résoudra pas la question du manque de médecins, mais vise à faciliter l'installation en zones sous-denses. Des maisons de santé peuvent dépendre de communes ou d'intercommunalités. Chaque cas est particulier. Encore une fois, il s'agit d'offrir de la souplesse en cas de besoin pour aider le médecin pendant quelques mois. J'aimerais préciser que le texte ouvre non seulement aux communes, mais aussi aux EPCI, départements et régions la possibilité de mettre à disposition leur personnel auprès de médecins libéraux.

Il ne faut pas craindre un élargissement de la mise à disposition à tous les professionnels libéraux. Là encore, cette proposition de loi a une portée bien définie : aider un médecin à titre provisoire pour faciliter son installation dans un territoire qui manque de médecin. Il ne s'agit pas de financer un médecin.

Le risque de déménagement du médecin d'une zone sous-dense à une autre existera toujours. Il s'agit d'aider un médecin qui souhaite venir à s'installer, mais s'il n'est pas accompagné, il partira quoi qu'il arrive. Ce n'est pas une question de concurrence entre territoires.

Article unique

M. Daniel Chasseing, rapporteur. – Mon amendement **COM-1** vise à réécrire l'article unique de la proposition de loi.

Tout en préservant le principe du texte, il vise à clarifier la rédaction, en visant plus précisément les publics concernés ; à conditionner le dispositif à la participation à la mission de service public de permanence des soins ambulatoires, en cohérence avec le droit en vigueur en matière de mise à disposition ; à encadrer la durée de recours potentielle au dispositif et la limiter à une période de trois mois renouvelables deux fois – des fonctionnaires mis à disposition ne sauraient en effet se substituer durablement au personnel des cabinets libéraux et des maisons de santé ; à pallier tout risque de détournement du dispositif en le conditionnant à une installation récente pour les médecins exerçant en cabinet libéral, le dispositif ayant principalement vocation à accompagner les médecins à leur arrivée sur un nouveau territoire.

L'amendement COM-1 est adopté.

L'article unique constituant l'ensemble de la proposition de loi est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

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 *vademecum* 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 mercredi 8 mars 2023, **le périmètre indicatif de la proposition de loi n° 102 (2022-2023) relative aux outils de lutte contre la désertification médicale des collectivités.**

Elle a considéré que **ce périmètre incluait** des dispositions relatives :

- au régime de mise à disposition des agents territoriaux auprès de médecins ou de maisons de santé.

En revanche, la commission a estimé que ne présentaient **pas de lien, même indirect, avec le texte déposé**, des amendements relatifs :

- aux règles de conventionnement des professionnels de santé ;
- à l'organisation générale de l'offre de soins.

LISTE DES PERSONNES ENTENDUES

- **AVECsanté**

Docteur Pascal Gendry, président, médecin généraliste

Docteur Patrick Vuattoux, vice-président, médecin généraliste

- **Syndicat des médecins libéraux (SML)**

Docteur Sophie Bauer, présidente

- **Régions de France**

Vincent Bounes, vice-président du conseil régional d'Occitanie en charge des questions de santé

Tiphaine Havel, conseillère Culture, Santé, Sport, Citoyenneté

- **Assemblée des départements de France (ADF)**

Philippe Gouet, président du département du Loir-et-Cher, président du groupe Santé de l'ADF

Jérôme Briend, conseiller Fonction publique territoriale

Marylène Jouvien, conseillère Relations parlementaires avec le Sénat

- **Association des Maires Ruraux de France (AMRF)**

Gilles Noël, vice-président de l'AMRF en charge des questions de santé et de l'agenda rural, président de l'association des maires ruraux de la Nièvre, maire de Varzy (Nièvre)

Cédric Szabo, directeur

Isabelle Dugelet, membre du conseil d'administration, maire de La Gresle (Loire)

- **Confédération des syndicats médicaux de France (CSMF)**

Docteur Franck Devulder, président

- **Direction générale des collectivités locales (DGCL)**

Christophe Bernard, sous-directeur des élus locaux et de la fonction publique territoriale

Hélène Martin, adjointe à la sous-directrice des compétences et des institutions locales

Claudie Calabrin, cheffe du bureau de la stratégie, de la contractualisation, et de l'évaluation

Magali Roques, cheffe du bureau des interventions économiques et de l'aménagement du territoire

- **Direction générale de l'offre de soins (DGOS)**

Samuel Delafuys, chef du bureau Coopérations et contractualisations

Nathalie Schneider, cheffe de projet Accès territorial aux soins

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/pp122-102.html>