

N° 494
SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2024-2025

Enregistré à la Présidence du Sénat le 28 mars 2025

PROPOSITION DE LOI

(procédure accélérée)

visant à **améliorer l'accès aux soins dans les territoires,**

PRÉSENTÉE

Par M. Philippe MOUILLER,
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,

L'accès aux soins ambulatoires des Françaises et des Français dans les territoires est, plus que jamais, un enjeu politique majeur en dépit des lois qui ont été successivement élaborées au cours des sept dernières années.

En France, de nombreux territoires sont, en effet, caractérisés par une offre de soins insuffisante pour leur population, du fait d'un faible renouvellement des professionnels, de leur départ à la retraite ou encore par des difficultés d'accès à cette offre : temps d'accès, délais d'attente pour un rendez-vous... Il s'agit là d'un véritable sujet d'aménagement du territoire.

Au 30 septembre 2022, 6,7 millions de personnes ne disposaient pas de médecin traitant (soit 12,2 % de la population contre 9,3 % fin 2015). En 2023, près de 80 % des médecins généralistes libéraux jugeaient l'offre de médecine générale insuffisante dans leur zone d'exercice, soit 11 points de plus qu'en 2019. En 2022, 65 % des médecins déclaraient être amenés à refuser de nouveaux patients comme médecin traitant (contre 53 % en 2019)¹. Et 45 % des médecins généralistes seraient en situation de burn-out².

En outre, l'accès aux soins est très inégal d'un territoire à l'autre en France (de 1 à 5 entre les départements selon la Cour des comptes) et ces inégalités anciennes s'accroissent dans un contexte de démographie médicale très tendue qui va rendre la situation encore plus difficile dans les années à venir si un nouveau cours n'est pas donné à la politique suivie. Plus de la moitié des médecins du monde rural ont plus de 55 ans. Et plus de 10 millions de Français se trouvent dans un territoire où l'accès aux soins est inférieur à la moyenne nationale³. Une telle situation est propice au développement des comportements de « renoncement aux soins », véritable fléau pour la santé publique.

¹ D'après le Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale, DREES, mai 2023.

² Cf. rapport d'information du Sénat : « Rétablir l'équité territoriale en matière d'accès aux soins : agir avant qu'il ne soit trop tard », 2022.

³ Source : Association des Maires Ruraux de France (AMRF).

Ces difficultés d'accès aux soins ambulatoires sont préjudiciables à la qualité de la prévention et des soins, le risque de renoncement aux soins dans les zones de faible densité médicale étant accru pour les personnes les plus défavorisées. Les écarts en matière d'espérance de vie entre le secteur rural et le secteur urbain sont de 2,2 années pour les hommes et de 0,9 année pour les femmes⁴.

Les problèmes d'accès aux soins ambulatoires exigent des mesures fortes, justes et efficaces à court comme à plus long termes. Les présentes propositions ont pour objectif d'apporter des réponses en faveur d'un meilleur aménagement sanitaire du territoire.

À travers cette proposition de loi, nous souhaitons rappeler plusieurs principes qui sont depuis toujours au cœur de notre approche de la médecine libérale et de l'accès aux soins.

Il s'agit d'abord de réaffirmer le caractère libéral de la médecine française et la liberté de choix des patients. Ce principe n'est toutefois pas absolu et il doit être concilié aujourd'hui avec les contraintes existant dans les territoires sous-médicalisés, afin de réduire la fracture médicale entre les territoires et permettre à tous les Français d'accéder à des soins de qualité, quel que soit leur lieu de vie.

Il s'agit ensuite d'un principe de souplesse qui est indispensable dans tous les domaines. Sa mise en œuvre doit se traduire, par exemple, par la réduction des nombreuses charges et rigidités administratives qui ont été imposées aux professionnels de santé, au détriment du temps médical consacré aux patients. Un assouplissement des barrières qui persistent aujourd'hui, entre le secteur privé d'une part et le secteur public d'autre part, doit également être mis en œuvre.

Un troisième principe essentiel a trait à la juste rémunération des services rendus par les professionnels de santé, et notamment les médecins généralistes. Soutenir l'exercice libéral est une condition essentielle d'une médecine de qualité qui assure une couverture des soins sur tout le territoire au service de millions de patients.

Le quatrième et dernier principe est celui de la coordination des soins. L'exercice isolé de la médecine n'est plus pérenne, sauf exception, ni souhaité au demeurant par la majorité des professionnels eux-mêmes. Des progrès très significatifs méritent néanmoins toujours d'être réalisés

⁴ Source : AMRF.

dans l'exercice coordonné de la médecine afin d'améliorer l'accès aux soins et la qualité des soins rendus à la population.

Face aux difficultés rencontrées par les Français, l'enjeu de cette proposition de loi est de proposer des mesures opérantes à court terme pour améliorer l'accès aux soins dans les territoires.

*

* *

Le chapitre I^{er} vise à mettre en place des outils d'évaluation des besoins en matière de temps médical au plus près des territoires et avec les élus locaux.

L'article 1^{er} conforte la compétence des conseils départementaux dans la promotion de l'accès aux soins, compétence affirmée par la loi « 3DS » sans portée concrète à l'époque. Il est ainsi proposé de donner la possibilité aux départements de mener une mission d'évaluation des besoins de santé sur le territoire, à l'appui des données mises à disposition par les agences régionales de santé (ARS), les caisses d'assurance maladie (CPAM) ou encore les ordres.

L'article 1^{er} vise également à créer un « office national d'évaluation » ayant vocation à remplacer l'actuel Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS).

L'article 2 inscrit dans les organes de pilotage et de définition de la politique de santé un comité de pilotage comprenant les principaux acteurs de l'offre de soins et des représentants des collectivités locales. Ce comité devra proposer des actions de déclinaison territoriale de la politique de santé permettant la prise en compte des besoins spécifiques à certains territoires.

Le chapitre II entend renforcer l'offre de soins dans les territoires sous-dotés.

L'article 3 conditionne l'installation des médecins libéraux à une autorisation préalable qui serait conditionnée, pour les médecins généralistes exerçant en zone sur-dense, à un engagement d'exercice à temps partiel en zone sous-dense.

S'agissant des spécialistes, cette autorisation serait conditionnée, en zone sur-dense, à la cessation concomitante d'activité d'un médecin de la même spécialité exerçant dans la même zone. Cependant, cette condition ne s'appliquerait pas dans les deux cas suivants :

- Lorsque le médecin spécialiste s'engage à exercer à temps partiel dans une zone caractérisée par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins ;

- À titre exceptionnel et sur décision motivée du directeur général de l'agence régionale de santé, lorsque l'installation est nécessaire pour maintenir l'accès aux soins dans le territoire.

L'article 4 consacre, dans la loi, le principe d'une activité secondaire pour les professions médicales, en dehors du lieu habituel d'exercice, et simplifie l'exercice en cabinet secondaire.

L'article 5 propose d'autoriser les médecins à pratiquer des dépassements d'honoraires en zone sous-dense, dans des conditions fixées par la convention médicale.

L'article 6 facilite le remplacement d'un praticien libéral concourant à l'accès aux soins en zone sous-dense – par exemple, pour participer à l'activité d'un service d'accueil des urgences (SAU) en établissement de santé.

L'article 7 propose une expérimentation visant à autoriser les centres de santé situés dans les territoires caractérisés par une sous-densité médicale à recourir aux contrats de travail à durée déterminée (CDD) dans des conditions dérogeant au droit du travail.

Les articles 8, 9 et 10 visent à reconnaître le rôle des praticiens à diplôme hors Union européenne (Padhue) susceptibles d'être reçus aux épreuves anonymes de vérification des connaissances (EVC). Il s'agit de mieux évaluer les besoins de recrutement des Padhue, de simplifier le dispositif d'autorisation d'exercice de ces praticiens et de les orienter prioritairement en zone sous-dense lorsqu'ils exercent dans une maison de santé ou un centre de santé.

Le chapitre III vise à libérer du temps médical pour les patients et à favoriser les partages de compétences

L'article 11 entend favoriser le développement des coopérations entre professionnels de santé. Il inscrit ainsi le développement de ces coopérations dans les missions des structures d'exercice coordonné.

L'article 12 fait figurer dans les missions des pharmaciens d'officine celle de contribuer à l'évaluation et à la prise en charge de situations cliniques simples ainsi qu'à l'orientation du patient.

L'article 13 vise à favoriser l'accès à la pratique avancée par un maintien des revenus des infirmiers lors de la période de formation, afin de lever un frein à l'entrée en formation.

L'article 14 propose de revaloriser la rémunération des infirmiers en pratique avancée (IPA). Il est proposé de créer une part de rémunération à l'activité pour l'ensemble des patients suivis par les IPA en complément des forfaits existants pour les patients suivis régulièrement.

L'article 15 entend favoriser l'accès des cabinets médicaux à des équipements innovants pour améliorer l'accès aux soins.

Les articles 16 et 17 proposent de supprimer respectivement les certificats en matière de pratique sportive et les certificats en matière de congé pour enfant malade.

Le chapitre IV propose d'améliorer l'information du Parlement et des citoyens.

L'article 18 prévoit la présentation par le Gouvernement, chaque année, devant la commission des affaires sociales et la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable, des résultats de l'action menée en faveur de l'accès aux soins.

L'article 19 permet de gager financièrement la présente proposition de loi.

Proposition de loi visant à améliorer l'accès aux soins dans les territoires

CHAPITRE I^{ER}

Piloter la politique de santé au plus près des territoires

Article 1^{er}

- ① I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° Le chapitre III du titre II du livre IV de la première partie est complété par un article L. 1423-4 ainsi rédigé :
- ③ « *Art. L. 1423-4.* – Dans le cadre de sa compétence de promotion de l'accès aux soins, le département coordonne, avec les agences régionales de santé et les caisses primaires d'assurance maladie, les actions en faveur de l'installation des professionnels de santé dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins au sens du 1° de l'article L. 1434-4. » ;
- ④ 2° La première phrase du 1° du I de l'article L. 1434-3 est complétée par les mots : « , compte tenu des observations formulées par les offices départementaux d'évaluation de la démographie des professions de santé » ;
- ⑤ 3° Au premier alinéa de l'article L. 1434-4, après le mot : « arrêté, », sont insérés les mots : « sur la base des évaluations présentées par les offices départementaux d'évaluation de la démographie des professions de santé et » ;
- ⑥ 4° La section 5 du chapitre IV du titre III du livre IV de la première partie est ainsi rétablie :
- ⑦ « *Section 5*
- ⑧ « ***Évaluation de la démographie des professions de santé en vue de répondre aux besoins de santé***
- ⑨ « *Art. L. 1434-14.* – I. – L'Office national de l'évaluation de la démographie des professions de santé, placé auprès des ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur, est chargé de rassembler et de diffuser les données relatives à la démographie des professions de santé et à l'accès aux soins.
- ⑩ « Il dresse chaque année un bilan des besoins identifiés pour chaque profession de santé, le cas échéant par spécialité, aux niveaux national et territorial en s'appuyant sur les travaux des offices départementaux prévus au II. Ce bilan est remis au Parlement dans les six mois suivant l'expiration de la période à laquelle il se rapporte.

- ⑪ « Il propose en conséquence les objectifs nationaux pluriannuels relatifs au nombre de professionnels à former mentionnés au I de l'article L. 631-1 du code de l'éducation et les objectifs quantitatifs d'admission des candidats aux épreuves anonymes de vérification des connaissances mentionnés aux articles L. 4111-2 et L. 4221-12 du présent code.
- ⑫ « II. – Dans chaque département, un office départemental d'évaluation de la démographie des professions de santé, présidé par le président du conseil départemental, identifie les besoins en professions de santé à l'échelle du département et des territoires de santé concernés.
- ⑬ « Les offices départementaux comprennent des représentants des délégations départementales des agences régionales de santé et des caisses primaires d'assurance maladie. Ils associent les représentants des structures territorialement compétentes des ordres et consultent les représentants des conseils territoriaux de santé.
- ⑭ « III. – L'Office national et les offices départementaux rendent un avis annuel sur le déploiement, tout au long des études de médecine, d'une offre de stages dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins au sens du 1° de l'article L. 1434-4, et en particulier sur la réalisation des stages prévus au cours de la dernière année du diplôme d'études spécialisées de médecine générale mentionnés à l'article L. 632-2 du code de l'éducation.
- ⑮ « L'avis annuel de l'Office national de l'évaluation de la démographie des professions de santé est remis au Parlement dans les six mois suivant l'expiration de la période à laquelle il se rapporte.
- ⑯ « IV. – Les règles relatives à la composition et au fonctionnement de l'Office national et des offices départementaux sont fixées par décret.
- ⑰ « *Art. L. 1434-14-1.* – Les ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur, les agences régionales de santé, les caisses d'assurance maladie et les ordres professionnels concernés mettent à disposition de l'Office national et des offices départementaux d'évaluation de la démographie des professions de santé les données, études et statistiques nécessaires à l'exercice de leurs missions. »
- ⑱ II. – Le 3° du II de l'article L. 631-1 du code de l'éducation est complété par les mots : « compte tenu des propositions formulées par l'Office national de l'évaluation de la démographie des professions de santé en application du I de l'article L. 1434-14 du code de la santé publique ».

Article 2

- ① Après l'article L. 1411-1-2 du code de la santé publique, il est rétabli un article L. 1411-1-3 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 1411-1-3.* – Dans le cadre de la définition et de la conduite de la politique de santé, le ministre chargé de la santé s'appuie sur un comité de pilotage de l'accès aux soins réunissant les directeurs d'administration centrale compétents, le directeur général de l'union nationale des caisses d'assurance maladie, ainsi que les représentants des collectivités territoriales désignés par les principales associations de représentation des régions, départements et communes.
- ③ « Le comité de pilotage est consulté par le ministre chargé de la santé pour la définition des objectifs prioritaires en matière d'accès aux soins ainsi que lors de l'élaboration et pour le suivi des plans d'actions nationaux et territoriaux destinés à réduire les inégalités sociales et territoriales en la matière.
- ④ « Dans le cadre de l'élaboration de la stratégie nationale de santé, le comité de pilotage propose des actions de déclinaison territoriale de la politique de santé permettant la prise en compte des besoins spécifiques à certains territoires, en particulier les territoires ruraux et insulaires, ainsi que d'éventuelles adaptations répondant aux spécificités des territoires ultramarins. »

CHAPITRE II

Renforcer l'offre de soins dans les territoires sous-dotés

Article 3

- ① I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° À la première phrase du 1° du I de l'article L. 1434-3, après le mot : « installation », sont insérés les mots : « exercée, pour les médecins, dans les conditions prévues aux articles L. 4131-8 et L. 4131-9 » ;
- ③ 2° L'article L. 1434-4 est ainsi modifié :
- ④ a) Au 1°, après le mot : « médicales », sont insérés les mots : « dont l'installation peut être conditionnée à un engagement d'exercice à temps partiel en application des articles L. 4131-8 et L. 4131-9 ou » ;
- ⑤ b) À la première phrase du 2°, après le mot : « santé », sont insérés les mots : « et des spécialités médicales dont l'installation est préalablement autorisée en application des articles L. 4131-8 et L. 4131-9 du présent code ou » ;

- ⑥ c) Le quatrième alinéa est ainsi modifié :
- ⑦ – la quatrième occurrence du mot : « et » est remplacée par le signe : « , » ;
- ⑧ – après la référence : « L. 1435-5-4 », sont insérés les mots : « , L. 4131-8 et L. 4131-9 » ;
- ⑨ 3° Après le chapitre I^{er} du titre III du livre I^{er} de la quatrième partie, il est inséré un chapitre I^{er} bis ainsi rédigé :

⑩ « CHAPITRE I^{ER} BIS

⑪ « **Conditions d'installation dans les zones les mieux dotées**

- ⑫ « Art. L. 4131-8. – L'installation d'un médecin généraliste dans une zone dans laquelle le niveau de l'offre de soins est particulièrement élevé au sens du 2° de l'article L. 1434-4 est préalablement autorisée par le directeur général de l'agence régionale de santé, après avis du conseil départemental de l'ordre des médecins.
- ⑬ « L'autorisation est conditionnée à un engagement du médecin généraliste à exercer à temps partiel dans une zone caractérisée par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins au sens du 1° du même article L. 1434-4. Le directeur général ne peut refuser ou retirer l'autorisation, après que le médecin a été mis en mesure de présenter ses observations, que pour des motifs tenant à l'inexistence, à l'insuffisance ou à la méconnaissance de cet engagement.
- ⑭ « Un décret en Conseil d'État, pris après avis du Conseil national de l'ordre des médecins, fixe les conditions d'application du présent article, notamment :
- ⑮ « 1° La durée mensuelle minimale et les modalités d'exercice à temps partiel dans une zone caractérisée par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins au sens du 1° de l'article L. 1434-4 ;
- ⑯ « 2° Les modalités de formalisation de l'engagement d'exercice à temps partiel du médecin généraliste et de contrôle de son respect ;
- ⑰ « 3° Les conditions de retrait de l'autorisation d'installation par le directeur général de l'agence régionale de santé en cas de méconnaissance de l'engagement d'exercice à temps partiel.

- ⑮ « Art. L. 4131-9. – I. – L’installation d’un médecin spécialiste dans une zone dans laquelle le niveau de l’offre de soins est particulièrement élevé au sens du 2° de l’article L. 1434-4 est préalablement autorisée par le directeur général de l’agence régionale de santé après avis du conseil départemental de l’ordre des médecins.
- ⑯ « Cette autorisation est conditionnée à la cessation concomitante d’activité d’un médecin de la même spécialité exerçant dans la même zone.
- ⑰ « L’installation d’un médecin spécialiste peut toutefois être autorisée en l’absence de cessation concomitante d’activité d’un médecin de la même spécialité :
- ⑱ « 1° Lorsque le médecin spécialiste s’engage à exercer à temps partiel dans une zone caractérisée par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l’accès aux soins au sens du 1° du même article L. 1434-4 ;
- ⑳ « 2° À titre exceptionnel et sur décision motivée du directeur général de l’agence régionale de santé, lorsque l’installation est nécessaire pour maintenir l’accès aux soins dans le territoire.
- ㉑ « Les autorisations accordées en application du 1° du présent I peuvent être retirées par le directeur général de l’agence régionale de santé, après que le médecin a été mis en mesure de présenter ses observations, en cas de méconnaissance de l’engagement d’exercice à temps partiel.
- ㉒ « II. – Un décret en Conseil d’État, pris après avis du Conseil national de l’ordre des médecins, fixe les conditions d’application du I, notamment :
- ㉓ « 1° Les modalités d’identification du médecin spécialiste autorisé à s’installer, lors de la cessation d’activité d’un médecin de la même spécialité dans la même zone ;
- ㉔ « 2° La durée mensuelle minimale et les modalités d’exercice à temps partiel dans une zone caractérisée par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l’accès aux soins au sens du 1° de l’article L. 1434-4 ;
- ㉕ « 3° Les modalités de formalisation de l’engagement d’exercice à temps partiel du médecin généraliste et de contrôle de son respect ;
- ㉖ « 4° Les conditions de retrait de l’autorisation d’installation par le directeur général de l’agence régionale de santé en cas de méconnaissance de l’engagement d’exercice à temps partiel. »

- ②⑨ II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ③⑩ 1° À l'article L. 162-2, après la dernière occurrence du mot : « médecin », sont insérés les mots : « exercée dans les conditions prévues aux articles L. 4131-8 et L. 4131-9 du code de la santé publique » ;
- ③⑪ 2° L'article L. 162-5 est complété par un 29° ainsi rédigé :
- ③⑫ « 29° Les conditions et modalités de participation financière aux frais et investissements engagés par les médecins afin de respecter l'engagement d'exercice à temps partiel dans une zone caractérisée par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins mentionné à l'article L. 4131-8 et au 1° du I de l'article L. 4131-9 du code de la santé publique. »
- ③⑬ III. – Les I et II entrent en vigueur à une date fixée par décret en Conseil d'État et, au plus tard, un an après la promulgation de la présente loi.

Article 4

- ① L'article L. 4112-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° Après le cinquième alinéa, sont insérés trois alinéas ainsi rédigés :
- ③ « L'inscription au tableau fait figurer la résidence professionnelle habituelle du praticien. Un praticien peut exercer son activité professionnelle sur un ou plusieurs sites distincts de sa résidence professionnelle habituelle. Une telle faculté est toutefois subordonnée :
- ④ « 1° Pour les médecins, à une déclaration préalable au conseil départemental de l'ordre dans le ressort duquel se situe l'activité envisagée, au plus tard un mois avant la date prévisionnelle de début d'activité. Le conseil départemental de l'ordre dans le ressort duquel se situe l'activité secondaire envisagée ne peut s'opposer à l'établissement de cette activité que pour des motifs tirés d'une méconnaissance des obligations de qualité ou de sécurité des soins et des dispositions législatives et réglementaires ;
- ⑤ « 2° Pour les sages-femmes et les chirurgiens-dentistes, à une autorisation préalable du conseil départemental de l'ordre dans le ressort duquel se situe l'activité envisagée. » ;
- ⑥ 2° Le sixième alinéa est ainsi modifié :
- ⑦ a) Après le mot : « professionnelle », est inséré le mot : « habituelle » ;

- ⑧ b) Après le mot : « par », sont insérés les mots : « les sixième à huitième alinéas du présent article ou ».

Article 5

- ① I. – L'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Le 3° est ainsi rétabli :
- ③ « 3° Les tarifs spécifiques des honoraires, rémunérations et frais accessoires applicables dans tout ou partie des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins au sens du 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique ; »
- ④ 2° Au 6°, après la référence : « L. 162-5-2 », sont insérés les mots : « du présent code ».
- ⑤ II. – La promulgation de la présente loi donne lieu à une négociation ouverte sans délai sur les tarifs spécifiques mentionnés au 3° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale. Le délai d'entrée en vigueur mentionné au I de l'article L. 162-14-1-1 du même code n'est pas applicable aux tarifs spécifiques résultant de cette négociation.

Article 6

- ① Le livre I^{er} de la quatrième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° Après le quatrième alinéa de l'article L. 4131-2, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ③ « Lorsque le médecin qui sollicite le remplacement s'absente pour concourir à l'amélioration de l'accès aux soins dans des territoires caractérisés par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins au sens du 1° de l'article L. 1434-4, l'autorisation ne peut être refusée que pour un motif impérieux tenant à la qualité et à la sécurité des soins, ou en cas de manquement aux principes, aux devoirs professionnels et aux règles déontologiques mentionnés aux articles L. 4121-2 et L. 4122-1. » ;

- ④ 2° Après le deuxième alinéa de l'article L. 4141-4, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ⑤ « Lorsque le chirurgien-dentiste qui sollicite le remplacement s'absente pour concourir à l'amélioration de l'accès aux soins dans des territoires caractérisés par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins au sens du 1° de l'article L. 1434-4, l'autorisation ne peut être refusée que pour un motif impérieux tenant à la qualité et à la sécurité des soins, ou en cas de manquement aux principes, aux devoirs professionnels et aux règles déontologiques mentionnés aux articles L. 4121-2 et L. 4122-1. » ;
- ⑥ 3° Après le deuxième alinéa du I de l'article L. 4151-6, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ⑦ « Lorsque la sage-femme qui sollicite le remplacement s'absente pour concourir à l'amélioration de l'accès aux soins dans des territoires caractérisés par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins au sens du 1° de l'article L. 1434-4, l'autorisation ne peut être refusée que pour un motif impérieux tenant à la qualité et à la sécurité des soins, ou en cas de manquement aux principes, aux devoirs professionnels et aux règles déontologiques mentionnés aux articles L. 4121-2 et L. 4122-1. »

Article 7

- ① I. – À titre expérimental et pour une durée de trois ans à compter de la date de publication du décret mentionné au V, l'État peut autoriser les centres de santé créés et gérés par des organismes à but non lucratif mentionnés au I de l'article L. 6323-1-3 du code de la santé publique à conclure des contrats de travail à durée déterminée dans les conditions prévues aux II à V du présent article, lorsqu'ils sont situés dans un territoire caractérisé par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins au sens du 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique.
- ② II. – Dans les centres de santé participant à l'expérimentation, les professionnels mentionnés à l'article L. 6323-1-5 du code de la santé publique sont soumis aux dispositions du code du travail, à l'exception des articles L. 1221-2, L. 1242-1 à L. 1242-3, L. 1242-8, L. 1242-8-1, L. 1243-8 à L. 1243-10, L. 1243-13, L. 1243-13-1, L. 1244-3 à L. 1245-1 et L. 1248-1 à L. 1248-11.
- ③ Tout contrat par lequel un centre de santé participant à l'expérimentation s'assure, moyennant rémunération, le concours d'un professionnel mentionné au premier alinéa du présent II est un contrat de travail à durée déterminée.

- ④ III. – La durée du contrat de travail mentionné au II ne peut être inférieure à une semaine ni supérieure à cinq ans.
- ⑤ La durée maximale mentionnée au premier alinéa du présent III n'exclut pas le renouvellement du contrat de travail ou la conclusion d'un nouveau contrat avec le même employeur.
- ⑥ IV. – Est réputé à durée indéterminée tout contrat conclu en méconnaissance des règles de fond et de forme prévues aux I à III. Le fait de méconnaître les règles de fond et de forme prévues aux mêmes I à III est puni d'une amende de 3 750 euros. En cas de récidive, la peine est portée à six mois d'emprisonnement et 7 500 euros d'amende.
- ⑦ V. – Un décret détermine les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation mentionnée au I du présent article. Les ministres chargés de la santé et du travail arrêtent la liste des départements participant à cette expérimentation, dans la limite de vingt, dont deux départements d'outre-mer.
- ⑧ VI. – Au plus tard trois mois avant le terme de l'expérimentation, le Gouvernement adresse au Parlement un rapport d'évaluation, qui se prononce notamment sur la pertinence d'une généralisation.

Article 8

- ① Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° Le I de l'article L. 4111-2 est ainsi modifié :
- ③ a) Au deuxième alinéa, la seconde phrase est remplacée par trois phrases ainsi rédigées : « Le nombre de places ouvertes aux candidats est fixé chaque année, par profession et par spécialité, par un arrêté du ministre chargé de la santé. Ce nombre correspond à un objectif quantitatif d'admission des candidats aux épreuves anonymes de vérification des connaissances. Il tient compte des capacités de formation dans chaque région et chaque subdivision, des besoins exprimés par les structures agréées pour l'accueil des candidats, et de la démographie de chaque profession et chaque spécialité. » ;
- ④ b) Au troisième alinéa, les mots : « maximum mentionné à l'alinéa précédent » sont remplacés par les mots : « de places mentionné au deuxième alinéa » ;

- ⑤ c) Après le troisième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ⑥ « Les conditions d'organisation des épreuves anonymes de vérification des connaissances prévues au même deuxième alinéa sont définies par voie réglementaire. » ;
- ⑦ d) À la première phrase du huitième alinéa, le mot : « cinquième » est remplacé par le mot : sixième » ;
- ⑧ e) Au dernier alinéa, les mots : « cinquième à septième » sont remplacés par les mots : « sixième à huitième » ;
- ⑨ 2° L'article L. 4221-12 est ainsi modifié :
- ⑩ a) Au deuxième alinéa, la seconde phrase est remplacée par trois phrases ainsi rédigées : « Le nombre de places ouvertes aux candidats est fixé chaque année, par profession et par spécialité, par un arrêté du ministre chargé de la santé. Ce nombre correspond à un objectif quantitatif d'admission des candidats aux épreuves anonymes de vérification des connaissances. Il tient compte des capacités de formation dans chaque région et chaque subdivision, des besoins exprimés par les structures agréées pour l'accueil des candidats, et de la démographie de chaque profession et chaque spécialité. » ;
- ⑪ b) Au quatrième alinéa, le mot : « maximum » est remplacé par les mots : « de places » ;
- ⑫ c) Après le quatrième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ⑬ « Les conditions d'organisation des épreuves anonymes de vérification des connaissances prévues au même deuxième alinéa sont définies par voie réglementaire. » ;
- ⑭ d) À la première phrase du sixième alinéa et au dernier alinéa, le mot : « cinquième » est remplacé par le mot : « sixième ».

Article 9

- ① Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° Le I de l'article L. 4111-2 est ainsi modifié :
- ③ a) Au premier alinéa, les mots : « , après avis d'une commission nationale, majoritairement composée de professionnels de santé et comprenant notamment des délégués des conseils nationaux des ordres et des organisations nationales des professions intéressées, choisis par ces organismes, » sont supprimés ;

- ④ b) Les cinquième, sixième et septième alinéas sont ainsi modifiés :
- ⑤ – après le mot : « réglementaire, », la fin de la troisième phrase est ainsi rédigée : « le chef de service, le chef de pôle et le président de la commission médicale d'établissement émettent des avis sur l'autorisation d'exercice du lauréat candidat lorsque celui-ci est affecté dans un établissement de santé. » ;
- ⑥ – après la troisième phrase, sont insérées trois phrases ainsi rédigées : « Lorsqu'au moins l'un de ces avis est défavorable ou lorsque le lauréat candidat n'est pas affecté dans un établissement de santé, une commission nationale, majoritairement composée de professionnels de santé, comprenant notamment des délégués des conseils nationaux des ordres et des organisations nationales des professions intéressées, choisis par ces organismes, est saisie par le ministre chargé de la santé ou, sur délégation, par l'autorité compétente désignée par décret en Conseil d'État. Elle émet un avis sur l'autorisation d'exercice et peut décider de la réalisation d'un stage complémentaire. Le cas échéant, à l'issue du stage complémentaire, les avis du chef de service, du chef de pôle et du président de la commission médicale d'établissement sont à nouveau sollicités. » ;
- ⑦ – l'avant-dernière phrase est ainsi rédigée : « Lorsque tous les avis sont favorables ou lorsque la commission nationale ne décide pas de la réalisation d'un stage complémentaire, la décision de l'autorité compétente mentionnée au premier alinéa d'autoriser le lauréat candidat à exercer intervient dans un délai de quatre mois. » ;
- ⑧ 2° L'article L. 4221-12 est ainsi modifié :
- ⑨ a) Au premier alinéa, les mots : « , après avis d'une commission nationale, majoritairement composée de professionnels de santé et comprenant notamment des délégués des conseils nationaux des ordres et des organisations nationales des professions intéressées, » sont supprimés ;
- ⑩ b) Le cinquième alinéa est ainsi modifié :
- ⑪ – après le mot : « réglementaire, », la fin de la troisième phrase est ainsi rédigée : « le chef de service, le chef de pôle et le président de la commission médicale d'établissement émettent des avis sur l'autorisation d'exercice du lauréat candidat lorsque celui-ci est affecté dans un établissement de santé. » ;

- ⑫ – après la troisième phrase, sont insérées trois phrases ainsi rédigées :
« Lorsqu’au moins l’un de ces avis est défavorable ou lorsque le lauréat candidat n’est pas affecté dans un établissement de santé, une commission nationale, majoritairement composée de professionnels de santé, comprenant notamment des délégués des conseils nationaux des ordres et des organisations nationales des professions intéressées, est saisie par le ministre chargé de la santé ou, sur délégation, par l’autorité compétente désignée par décret en Conseil d’État. Elle émet un avis sur l’autorisation d’exercice et peut décider de la réalisation d’un stage complémentaire. Le cas échéant, à l’issue du stage complémentaire, les avis du chef de service, du chef de pôle et du président de la commission médicale d’établissement sont à nouveau sollicités. » ;
- ⑬ – l’avant-dernière phrase est ainsi rédigée : « Lorsque tous les avis sont favorables ou lorsque la commission nationale ne décide pas de la réalisation d’un stage complémentaire, la décision de l’autorité compétente mentionnée au premier alinéa d’autoriser le lauréat candidat à exercer intervient dans un délai de quatre mois. »

Article 10

- ① Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° Le dernier alinéa du I de l’article L. 4111-2 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Lorsqu’il est réalisé au sein de ces structures d’exercice coordonné, les lauréats candidats à la profession de médecin, de chirurgien-dentiste et de sage-femme sont prioritairement affectés dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l’accès aux soins au sens du 1° de l’article L. 1434-4. » ;
- ③ 2° Le dernier alinéa de l’article L. 4221-12 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Lorsqu’il est réalisé au sein de ces structures d’exercice coordonné, les lauréats candidats à la profession de pharmacien sont prioritairement affectés dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l’accès aux soins au sens du 1° de l’article L. 1434-4. »

CHAPITRE III

Libérer du temps médical et favoriser les partages de compétences

Article 11

- ① Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° La première phrase du deuxième alinéa de l'article L. 1411-11-1 est complétée par les mots : « et favorise le développement des coopérations entre professionnels de santé. » ;
- ③ 2° Le premier alinéa de l'article L. 6323-1 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Les centres de santé favorisent le développement des coopérations entre les professionnels qui y exercent. » ;
- ④ 3° Le troisième alinéa de l'article L. 6323-1-10 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Il précise les conditions dans lesquelles le centre de santé entend développer les coopérations entre les professionnels qui y exercent, notamment par la mise en œuvre de protocoles mentionnés aux articles L. 4011-1 et L. 4011-2. » ;
- ⑤ 4° La première phrase du quatrième alinéa de l'article L. 6323-3 est complétée par les mots : « et précise les conditions dans lesquelles la maison de santé entend développer les coopérations entre les professionnels de santé qui y exercent, notamment par la mise en œuvre de protocoles mentionnés aux articles L. 4011-1 et L. 4011-2 ».

Article 12

- ① I. – Le 9° de l'article L. 5125-1-1 A du code de la santé publique est complété par un c ainsi rédigé :
- ② « c) Contribuer à l'évaluation et à la prise en charge de situations cliniques, ainsi qu'à l'orientation du patient dans le parcours de soins. Un arrêté du ministre chargé de la santé, pris après avis de la Haute Autorité de santé, fixe la liste des situations cliniques concernées ; ».
- ③ II. – Après le 19° de l'article L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un 20° ainsi rédigé :
- ④ « 20° La tarification des prestations effectuées par les pharmaciens lorsqu'ils contribuent à l'évaluation et à la prise en charge de situations cliniques ainsi qu'à l'orientation du patient dans le parcours de soins en application de la mission mentionnée au c du 9° de l'article L. 5125-1-1 A du code de la santé publique. »

Article 13

- ① Après le 8° de l'article L. 162-9 du code de la sécurité sociale, il est inséré un 8° *bis* ainsi rédigé :
- ② « 8° *bis* Les modalités de maintien partiel des revenus pour les auxiliaires médicaux engagés dans une formation en pratique avancée mentionnée au II de l'article L. 4301-1 du code de la santé publique ; ».

Article 14

- ① I. – L'article L. 162-9 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Après le 6°, il est inséré un 6° *bis* ainsi rédigé :
- ③ « 6° *bis* Le cas échéant, les modes de rémunération des auxiliaires médicaux en pratique avancée qui comportent une part de paiement à l'activité pour l'ensemble des patients et, pour les patients suivis régulièrement, une part forfaitaire ; »
- ④ 2° Après le 10°, il est inséré un 10° *bis* ainsi rédigé :
- ⑤ « 10° *bis* Pour les auxiliaires médicaux en pratique avancée, les modalités de prise en compte dans leur rémunération de la participation aux activités mentionnées au *a* du 1° du I de l'article L. 4301-1 du code de la santé publique ; ».
- ⑥ II. – Le I de l'article L. 4301-1 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ⑦ « Toute actualisation des domaines d'intervention mentionnés au présent I donne lieu à une négociation sur la rémunération des auxiliaires médicaux en pratique avancée. »
- ⑧ III. – Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport évaluant la possibilité et l'opportunité de créer des grilles indiciaires spécifiques pour les auxiliaires médicaux en pratique avancée exerçant leurs fonctions au sein de la fonction publique d'État et de la fonction publique territoriale.

Article 15

- ① L'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale est complété par un 28° ainsi rédigé :
- ② « 28° Les conditions et modalités de participation financière à l'acquisition et au fonctionnement des équipements et logiciels ayant vocation à assister les médecins dans leur pratique quotidienne et améliorer ainsi l'accès aux soins. »

Article 16

- ① Le code du sport est ainsi modifié :
- ② 1° L'article L. 231-2 est ainsi modifié :
- ③ a) Le I est ainsi rédigé :
- ④ « I. – Sans préjudice de l'article L. 231-2-3, la délivrance ou le renouvellement d'une licence, permettant ou non de participer aux compétitions organisées par une fédération sportive, est subordonné au renseignement d'un questionnaire relatif à l'état de santé du sportif.
- ⑤ « Pour les personnes mineures, le questionnaire est renseigné conjointement par le sportif et les personnes exerçant l'autorité parentale.
- ⑥ « Lorsqu'une réponse au questionnaire de santé conduit le sportif à réaliser un examen médical, la délivrance ou le renouvellement de la licence nécessite la production d'un certificat médical attestant l'absence de contre-indication à la pratique sportive. » ;
- ⑦ b) Les II et III sont abrogés ;
- ⑧ 2° L'article L. 231-2-1 est ainsi modifié :
- ⑨ a) Le II est ainsi rédigé :
- ⑩ « II. – Pour les personnes non licenciées, sans préjudice de l'article L. 231-2-3, l'inscription est subordonnée au renseignement d'un questionnaire relatif à l'état de santé du sportif.
- ⑪ « Pour les personnes mineures, le questionnaire est renseigné conjointement par le sportif et les personnes exerçant l'autorité parentale.

- ⑫ « Lorsqu'une réponse au questionnaire de santé conduit le sportif à réaliser un examen médical, l'inscription à une compétition sportive nécessite la présentation d'un certificat médical attestant l'absence de contre-indication à la pratique sportive. » ;
- ⑬ b) Les III et V sont abrogés ;
- ⑭ c) Au IV, les mots : « aux II et III » sont remplacés par les mots : « au II ».

Article 17

Au premier alinéa de l'article L. 1225-61 du code du travail, les mots : « constatés par certificat médical » sont remplacés par les mots : « attestés sur l'honneur ».

CHAPITRE IV

Améliorer l'information du Parlement et des citoyens

Article 18

- ① Après l'article L. 1411-1-2 du code de la santé publique, il est rétabli un article L. 1411-1-4 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 1411-1-4.* – Le Gouvernement remet chaque année avant le 1^{er} juin au Parlement un rapport relatif à l'accès aux soins.
- ③ « Ce rapport présente, au niveau national et à l'échelle départementale, la situation en matière d'accès aux services et structures de santé sur le territoire ainsi que les perspectives d'évolution compte tenu des réformes engagées et des effectifs formés. Il prend en compte les enjeux spécifiques à l'accès aux soins dans les territoires ultramarins. Il recense en outre les actions menées en vue de réduire les inégalités sociales et territoriales d'accès aux soins ou de répondre à des besoins et contraintes propres à certains territoires. Il précise enfin les objectifs fixés par le Gouvernement pour les années à venir.
- ④ « Ce rapport présente les travaux menés par l'Office national de l'évaluation de la démographie des professions de santé et les offices départementaux.
- ⑤ « Ce rapport peut faire l'objet d'une présentation devant les commissions compétentes de l'Assemblée nationale et du Sénat. Il peut également donner lieu à un débat à l'Assemblée nationale et au Sénat. »

CHAPITRE V

Gage

Article 19

Les éventuelles conséquences financières résultant pour les organismes de sécurité sociale de la présente loi sont compensées, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle à l'accise sur les tabacs prévue au chapitre IV du titre I^{er} du livre III du code des impositions sur les biens et services.