

Proposition de loi visant à favoriser l'accès aux soins par la simplification de l'exercice et le soutien aux professionnels de santé

Exposé des motifs

Mesdames, Messieurs,

Notre système de santé fait face à une crise sans précédent avec, au premier plan, des difficultés d'accès aux soins pénalisant fortement la population. Celles-ci s'inscrivent dans un contexte à la fois de pénurie médicale du fait du Numerus Clausus instauré dans les années 1970 mais aussi d'augmentation des besoins de santé de la population du fait du vieillissement démographique et de la majoration des pathologies chroniques. Le constat est sans appel, avec 11% de la population sans médecin traitant, des mesures fortes sont nécessaires pour améliorer la situation, le temps que la densité médicale ne remonte à la hausse, à compter du milieu des années 2030¹.

La DREES publiait en 2021 une revue de la littérature internationale sur les expériences internationales visant à remédier aux pénuries de médecins². Celle-ci, loin de recommander un remède miracle, appelait à la mise en place d'une stratégie globale mobilisant différents leviers : agir sur la formation, mobiliser les acteurs locaux, soutenir l'exercice des professionnels et améliorer leur cadre de vie et de travail.

Plusieurs propositions de loi se sont récemment succédées afin de tenter de répondre aux besoins des français qui n'ont pourtant pas rencontré de franc succès auprès des professionnels de santé, ceux-ci n'y voyant qu'un apport limité pour améliorer l'accès aux soins, voire des mesures contre productives qui pénaliseraient la population. Alors que les soignants subissent eux aussi la tension constante d'un système de santé submergé, l'addition répétée de textes

¹ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-03/DD76.pdf>

² <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-12/DD89.pdf>

législatifs est vécue comme une source d'anxiété, particulièrement en l'absence de soutien réel à leur exercice.

Afin de faciliter le quotidien des professionnels de santé, piliers de l'accès aux soins, ce texte mise sur la simplification et le soutien aux acteurs de terrain. Il vise à la fois à libérer du temps médical, en supprimant certaines exigences administratives, mais aussi à favoriser une formation et un exercice ambulatoire en accord avec les besoins de santé. Enfin, il propose une clarification de l'organisation du système de santé en définissant les rôles attendus de chaque acteur au sein du mille-feuille territorial qu'est le système de santé.

Chapitre 1er : libérer du temps médical

L'**article 1** crée un congé maladie de courte durée non indemnisé accessible pour tous les salariés dans une limite de cinq jours par an sur présentation d'une attestation sur l'honneur. Cette mesure vise à libérer du temps médical en levant l'exigence de consultation médicale systématique pour arrêt de travail en cas de pathologie bénigne.

L'**article 2** remplace le certificat médical pour congé enfant malade par une attestation sur l'honneur, la durée et l'absence de rémunération de ce congé étant déjà encadrées dans le code de la santé publique.

L'**article 3** instaure un questionnaire simplifié remplaçant le certificat de non contre-indication au sport pour les majeurs en s'inspirant du modèle déjà mis en place pour les mineurs. Cette mesure ne concerne pas les personnes en affection longue durée ou présentant une pathologie ou des symptômes qui devront tout de même réaliser une consultation médicale (l'atteinte d'une ALD ou la présence de symptômes devront être demandées par le questionnaire).

L'**article 4** crée, en sus de la prescription médicale de transport, un bon de transport réalisé à la demande des usagers par leur caisse primaire d'assurance maladie afin de décharger les médecins de cette tâche.

L'**article 5** autorise les auxiliaires médicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophoniste et podologues) à renouveler des prescriptions de soins et de dispositifs médicaux pour les patients en affection de longue durée dans des conditions définies par décret. Un bilan des soins réalisés est adressé annuellement au médecin traitant.

Chapitre II : soutien aux étudiants et aux jeunes professionnels

L'**article 6** acte la création d'antennes universitaires des UFR santé dans les territoires considérés comme sous-dotés afin de favoriser l'ancrage des étudiants dans les zones déficitaires et d'augmenter les capacités de formation des universités.

L'**article 7** étend la réalisation de stages ambulatoires lors du troisième cycle des études médicales à toutes les spécialités à exercice ambulatoire afin d'encourager les carrières de médecine de ville.

L'**article 8** indexe l'indemnité du contrat d'engagement de service public sur l'inflation afin de conserver son attractivité. Il ouvre aussi ce contrat à l'exercice de remplacement dans des conditions adaptées, l'accès aux remplaçants en zone sous-dotée étant indispensable pour les médecins installés afin de pouvoir garantir une continuité des soins lors de leurs congés ou formations.

L'**article 9** vise à donner une place aux remplaçants dans la convention médicale afin d'ancrer ces professionnels dans le système de santé et de faciliter l'évolution de leur exercice par un dialogue renforcé avec l'assurance maladie.

Chapitre III : prévention

L'**article 10** met en place un programme global d'éducation à la santé au sein de l'éducation nationale pour contribuer à renforcer les compétences des futurs citoyens et ainsi pouvoir leur donner les moyens de devenir acteurs de leur propre santé.

Chapitre IV : territorialisation des politiques de santé

Ce chapitre vise à préciser l'architecture du système de santé. Dans ce sens, les articles proposent une clarification des missions de chaque acteur selon son échelle.

L'**article 11** fait de la CPTS l'acteur central de l'échelle locale, chargé d'établir avec l'appui de l'agence régionale de santé un diagnostic local de santé puis un projet local de santé. Cet article favorise également le lien avec l'hôpital par l'établissement d'une convention cadre entre CPTS et GHT.

L'**article 12** vise à faciliter l'exercice mixte entre ville et hôpital par le biais des groupements de coopération sanitaire. Ainsi, un professionnel employé par un établissement de santé pourrait être mis à disposition en ville dans une structure adaptée (centre de santé, maison de santé) pour renforcer l'offre de soins.

L'**article 13** précise la place des communes dans les politiques de santé en tant que soutien des structures d'exercice coordonné notamment dans la mise à disposition de locaux, la constitution de groupements d'employeurs ou la signature d'un contrat local de santé.

L'**article 14** précise la place du département dans les politiques de santé en tant que membre du conseil territorial de santé et du guichet unique départemental d'accompagnement des professionnels de santé. Il définit également son rôle de soutien aux structures d'exercice coordonné et donne des exemples d'actions pertinentes pour favoriser l'accès aux soins.

Proposition de loi

Chapitre Ier

Libérer du temps médical

Article 1

Congé maladie de courte durée

I.-Il est créé à la suite de l'article L1226-1-4 du code du travail un article L1226-1-5 ainsi rédigé :

« Tout salarié bénéficie d'un congé non rémunéré et non indemnisé en cas de maladie ou d'accident attesté sur l'honneur et justifié par contre-visite s'il y a lieu, à condition d'avoir attesté dans les quarante-huit heures de cette incapacité, sauf si le salarié fait partie des personnes mentionnées à l'article L. 169-1 du code de la sécurité sociale.

La durée de ce congé est au maximum de cinq jours par an.

Un décret en Conseil d'Etat détermine les formes et conditions de la contre-visite mentionnée au premier alinéa. »

II.-L'article L822-5 du code de la fonction publique est ainsi rédigé :

« Dans le cas où le fonctionnaire transmet une attestation sur l'honneur en lieu et place d'un arrêt de travail, l'absence est réputée justifiée dans un quota maximum de cinq jours par an.

Le congé maladie est alors non rémunéré et non indemnisé. »

Article 2

Certificat enfant malade

Au premier alinéa de l'article L1225-61 du code du travail, les termes "constatés par certificat médical" sont remplacés par "attestés sur l'honneur".

Article 3

Certificat de non contre-indication au sport pour les majeurs

A l'article L231-2 du code du sport, le I et II sont remplacés par :

« I.-Pour les personnes majeures, et sans préjudice de l'article L. 231-2-3, l'obtention ou le renouvellement d'une licence, permettant ou non de participer aux compétitions organisées par une fédération sportive, est subordonné à l'attestation du renseignement d'un questionnaire relatif à l'état de santé du sportif majeur.

Lorsqu'une réponse au questionnaire de santé conduit à un examen médical, l'obtention ou le renouvellement de licence nécessite la production d'un certificat médical attestant l'absence de contre-indication à la pratique sportive. »

Article 4

Prescription médicale de transport

I.-L'article L322-5 du code de la sécurité sociale est rédigé ainsi :

« Les frais de transport sont pris en charge sur prescription médicale, établie conformément aux articles L. 162-4-1 et L. 162-5-15 ou sur délivrance d'un bon de transport par la caisse primaire d'assurance maladie définie à

l'article L211-1 du code de la sécurité sociale. La prescription ou le bon précise le mode de transport le plus adapté à l'état du patient et si cet état est incompatible avec un transport partagé, compris comme véhiculant ensemble au moins deux patients. Les frais de transport sont pris en charge sur la base du trajet le moins onéreux, compte tenu des conditions de transport et du nombre de patients transportés. »

II.-Le 2° de l'article L162-4-1 du code de la sécurité sociale est supprimé.

Article 5

Renouvellement de soins et de dispositifs médicaux par les auxiliaires médicaux pour les patients en ALD

I.-A l'issue du 10e alinéa de l'article L4311-1 du code de la santé publique, sont insérés deux alinéas rédigés ainsi :

« L'infirmier ou l'infirmière peut renouveler les prescriptions médicales initiales de soins infirmiers pour les patients en affection de longue durée au sens de l'article L324-1 du code de la sécurité sociale, dans des conditions définies par décret. Un bilan des soins réalisés est adressé annuellement au médecin traitant.

L'infirmière ou l'infirmier peut renouveler les prescriptions médicales initiales de dispositifs médicaux définis par l'article L5211-1 pour les patients en affection de longue durée au sens de l'article L324-1 du code de la sécurité sociale, dans des conditions définies par décret. »

II.-A l'issue du 11e alinéa de l'article L4321-1 du code de la santé publique, est inséré un alinéa rédigé ainsi :

« Le masseur-kinésithérapeute peut renouveler les prescriptions médicales initiales d'actes de masso-kinésithérapie pour les patients en affection de longue durée au sens de l'article L324-1 du code de la sécurité sociale, dans des conditions définies par décret. Un bilan des soins réalisés est adressé annuellement au médecin traitant. »

III.-A l'issue du 10e alinéa de l'article L4341-1 du code de la santé publique, est inséré un alinéa rédigé ainsi :

« L'orthophoniste peut renouveler les prescriptions médicales initiales d'actes d'orthophonie pour les patients en affection de longue durée au sens de l'article L324-1 du code de la sécurité sociale, dans des conditions définies par décret. Un bilan des soins réalisés est adressé annuellement au médecin traitant. »

IV.-A l'issue du 6e alinéa de l'article L4322-1 du code de la santé publique, est inséré un alinéa rédigé ainsi :

« Le pédicure-podologue peut renouveler les prescriptions médicales initiales d'actes de pédicure-podologie pour les patients en affection de longue durée au sens de l'article L324-1 du code de la sécurité sociale, dans des conditions définies par décret. Un bilan des soins réalisés est adressé annuellement au médecin traitant. »

Chapitre II

Soutien aux étudiants et jeunes professionnels

Article 6

Antennes universitaires UFR santé

A la suite de l'article L713-4 du code de l'éducation est créé un article L713-4-1 ainsi rédigé :

« Sans préjudice porté à l'article L. 6142-1 du code de la santé publique, les conventions prévues à l'article L713-4 du code de l'éducation prévoient la mise en place d'antennes universitaires délocalisées dans les zones mentionnées au 1^o de l'article L1434-4 du code de la santé publique.

Ces antennes sont créées à proximité d'établissements publics de santé au sens de l'article L6141-1 du code de la santé publique qui sont alors associés aux conventions, comme prévu par l'alinéa 5 de l'article L6142-3 du code de la santé publique.

Les modalités d'accueil des étudiants sont définies par décret. »

Article 7

Troisième cycle des études médicales

I.-Le 6e alinéa de l'article L. 632-2 du code de l'éducation est rédigé ainsi : "Cette pratique ambulatoire est étendue par décret à toutes les spécialités à exercice ambulatoire."

Article 8

Contrat d'Engagement de Service Public

I.-A l'alinéa 3 de l'article L.632-6 du code de l'éducation, il est inséré après "à une allocation mensuelle", les termes "indexée sur l'inflation".

II.-Il est créé entre l'alinéa 5 et 6 de l'article L.632-6 du code de l'éducation un alinéa ainsi rédigé :

« Pour les étudiants en troisième cycle des études médicales, ce contrat d'engagement de service public peut prendre la forme d'un engagement à exercer à l'issue de leurs études un nombre de semaines par an en tant que médecin remplaçant dans une zone caractérisée par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins, définie en application de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique. Dans ce cas, l'allocation mensuelle est proratisée au nombre de semaines annuel fixé dans le contrat. Les modalités de ce contrat spécifique dédié à l'exercice de remplacement sont définies par voie réglementaire. »

Article 9

Conventionnement des remplaçants

A l'article L162-5 du code de la sécurité sociale il est ajouté un 28° ainsi rédigé :

« 28° Les conditions particulières d'exercice des médecins remplaçants et les modes de rémunération, autres que le paiement à l'acte, y afférant. »

Chapitre III

Prévention

Article 10

Education à la santé

A la suite de l'article L312-17-3 du code de l'éducation, il est créée une section 9 ter : L'éducation à la santé composée d'un article L312-17-4 rédigé ainsi :

« Art. L 312-17-4. - En complément des enseignements concourant aux objectifs définis à l'article L. 131-1-1, il est instauré, à tous les stades de la scolarité, une formation à la santé visant à l'acquisition de compétences d'autosoins ainsi qu'à améliorer la compréhension générale de l'organisation du système de santé.

Cette formation aborde notamment les gestes de premiers secours, les maladies transmissibles, les mesures d'hygiène et la vaccination, la santé mentale et le bien être, la connaissance du corps humain ainsi que les bases de l'organisation du système de santé.

En outre, elle inclut les informations prévues par les articles L. 312-16, L. 312-17, L. 312-17-1, L. 312-17-1-1, L. 312-17-2, L. 312-17-3 et L. 312-18 du code de l'éducation.

Elle associe les personnels contribuant à la mission de santé scolaire ainsi que d'autres intervenants extérieurs, notamment les professionnels de santé membres des structures mentionnées à l'article L1434-12 du code de la santé publique. »

Chapitre IV

Territorialisation des politiques de santé

Article 11

Communautés professionnelles territoriales de santé

L'article L. 1434-12 du code de la santé publique est ainsi modifié :

I.-Au 1° alinéa les termes “et à la réalisation des objectifs du projet régional de santé mentionné à l'article L. 1434-1” sont supprimés.

II.-Au 2° alinéa les termes “concourant à la réalisation des objectifs du projet régional de santé” sont supprimés.

III.-Le 3° alinéa est rédigé ainsi :

« Les membres de la communauté professionnelle territoriale de santé réalisent un diagnostic local de santé en lien avec les collectivités territoriales et avec le soutien logistique de l'agence régionale de santé. Celui-ci s'appuie notamment sur les projets des équipes de soins primaires définies à l'article L. 1411-11-1. Ils formalisent un projet local de santé répondant au diagnostic préalablement établi. Ils transmettent le diagnostic et le projet au conseil territorial de santé mentionné à l'article L1434-10 du code de la santé publique et à l'agence régionale de santé. »

IV.-Il est inséré un dernier alinéa ainsi rédigé :

« Les communautés professionnelles territoriales de santé concluent avec les établissements de santé ou le groupement hospitalier de territoire défini par l'article L. 6132-1 du code de la santé publique présent sur leur territoire une convention définissant les modalités d'articulation ville-hôpital. »

Article 12

Groupement de coopération sanitaire

A l'article L6133-1 du code de la santé publique, il est inséré un 5° rédigé ainsi :

« 5° Permettre la mise à disposition des professionnels de santé exerçant dans les établissements publics de santé au sein des structures mentionnées aux articles L6323-3 et L6323-1 du code de la santé publique, en priorité dans les territoires mentionnés au 1° de l'article L1434-4 du même code. »

Article 13

Commune

A la suite de l'article L1422-3 du code de la santé publique, il est créé un article L1422-4 ainsi rédigé :

« Les communes et leurs groupements viennent en appui aux structures mentionnées aux articles L. 1434-12, L. 1411-11-1, L6323-3 et L6323-1 du présent code dans la réalisation de leur projet de santé.

Pour cela, ils peuvent notamment mettre à disposition des locaux, constituer des groupements d'employeurs au sens de l'article L1253-1 du code du travail, ou conclure un contrat local de santé tel que défini à l'article L1434-10 du code de la santé publique. »

Article 14

Département

A la suite de l'article L1423-3 du code de la santé publique, il est créé un article L1423-4 ainsi rédigé :

« Le département participe au pilotage territorial de la santé. A ce titre, il est représenté au sein du conseil territorial de santé défini à l'article L1434-10 du présent code et du guichet unique départemental d'accompagnement des professionnels de santé mentionné au 3° de l'article L1432-1 du même code.

Il vient en appui aux structures mentionnées aux articles L. 1434-12, L. 1411-11-1, L6323-3 et L6323-1 du même code dans la réalisation de leur projet de santé. Pour cela, il peut notamment constituer des groupements d'employeurs au sens de l'article L1253-1 du code du travail, organiser l'ouverture de centres de santé tels que définis à l'article L6323-1 du présent code, ou prévoir le développement d'hébergements territoriaux d'étudiants en santé, en lien avec les communes, pour faciliter la découverte des territoires lors des études. »

Chapitre V

Dispositions diverses

Article 15

I.-La charge pour les organismes de sécurité sociale est compensée à due concurrence par la majoration de l'accise sur les tabacs prévue au chapitre IV du titre I^{er} du livre III du code des impositions sur les biens et services.

II.-La charge pour l'État est compensée à due concurrence par la création d'une taxe additionnelle à l'accise sur les tabacs prévue au chapitre IV du titre I^{er} du livre III du code des impositions sur les biens et services.