

**DOSSIER** : Déserts médicaux, démographie médicale : les politiques publiques impuissantes

Dossier publié à l'adresse <https://www.lagazettedescommunes.com/922586/deserts-medicaux-que-dit-la-loi-valletoux-du-27-decembre-2023/>

ACCÈS AUX SOINS

## Déserts médicaux : que dit la loi « Valletoux » du 27 décembre 2023 ?

Auteur associé | Actu expert santé social | Actu juridique | Analyses juridiques | Analyses santé social | France | Publié le 12/04/2024

**Dans cette analyse, Pierre Villeneuve, avocat au cabinet Goutal, Alibert et associés, décrypte les dispositions de la loi du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels.**



[1]

Déposée le 28 avril 2023 à l'initiative du député Frédéric Valletoux, désormais ministre de la Santé, la proposition de loi visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels [2] a été adoptée définitivement le 18 décembre dernier et publiée au JO le 28 décembre. Quoique largement modifié par le Sénat, ce texte doit permettre, selon Frédéric Valletoux, « d'apporter des solutions urgentes et nécessaires pour faire face à la crise du système de santé ».

Alors que près de 87 % du territoire sont qualifiés de désert médical, cette loi contient plusieurs mesures pour améliorer l'accès aux soins pour tous et lutter contre les inégalités territoriales de santé.

### Le territoire de santé

Partant du constat de la complexité de l'organisation locale de la santé, la loi du 27 décembre 2023 [2] ambitionne de simplifier celle-ci.

Déjà mentionné dans le code de la santé publique depuis la loi « HPST » (portant réforme de l'hôpital et relative

aux patients, à la santé et aux territoires) de 2009 <sup>(1)</sup> <sup>[3]</sup>, le territoire de santé devient l'un des premiers indicateurs en termes d'offre de soins. L'agence régionale de santé (ARS) définit des territoires de santé pertinents pour les activités de santé publique, de soins et d'équipements des établissements de santé, de prise en charge et d'accompagnement médicosocial, ainsi que pour l'accès aux soins de premier recours. L'ARS délimite les territoires de santé à l'échelle infrarégionale, de manière à couvrir l'intégralité du territoire de la région et leur périmètre s'étend à l'ensemble des activités sanitaires et médicosociales des ARS <sup>(2)</sup> <sup>[4]</sup>.

Chaque territoire veille à la mise en œuvre du projet régional de santé, principal outil de planification de l'offre de soins élaboré par les ARS. Le directeur général de l'agence régionale de santé (DGARS) constitue un conseil territorial de santé sur chacun des territoires <sup>(3)</sup> <sup>[5]</sup>. Le rôle de conseil territorial, véritable organe de démocratie sanitaire à l'échelle du territoire, est renforcé.

La délimitation des territoires de santé pourra être modifiée au sein des conseils territoriaux de santé compétents en lien avec l'agence régionale de santé « afin d'assurer un équilibre et une solidarité entre les territoires en matière d'accès aux soins ».

Pour ce faire, le DGARS présente au moins une fois par an au conseil territorial de santé ses observations sur l'état de santé de la population du territoire, sur l'offre de soins et sur l'organisation de la permanence des soins. En outre, le DGARS détermine tous les deux ans, par arrêté, après concertation avec le conseil territorial de santé, les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins, pour les professions de santé, ainsi que les zones où l'offre de soins est particulièrement élevée.

La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé <sup>[6]</sup> a mis en place les groupements hospitaliers de territoire (GHT), dans un objectif premier de mutualisation des fonctions support, sans pour autant les doter de la personnalité morale.

Les GHT sont un dispositif conventionnel, obligatoire depuis juillet 2016, entre établissements publics de santé d'un même territoire, par lequel ils s'engagent à se coordonner autour d'une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, formalisée dans un projet médical partagé.

Désormais, les GHT pourront, sur demande conjointe de l'ensemble des directeurs des établissements parties et, sous réserve de délibérations concordantes des conseils de surveillance, être dotés de la personnalité morale. En outre, un établissement partie à la convention d'un GHT pourra demander à rejoindre la convention d'un autre groupement existant.

La personnalité morale des GHT sera possible dans le cadre d'une fusion de l'ensemble des établissements parties ou de la création d'un groupement de coopération sanitaire (GCS). Les GHT pourront ainsi devenir titulaires d'une ou de plusieurs autorisations de soins, délivrées par les ARS.

## **Renforcer la permanence des soins**

Fondé sur une participation volontaire des établissements de santé sans distinction de leur statut juridique, le dispositif relatif à la permanence des soins en établissement (PDES) a été largement réécrit par le Sénat. Avec une formule plus explicite que celle de la loi du 26 janvier 2016 <sup>[7]</sup>, le DGARS est responsable de la cohérence de l'organisation de la permanence des soins au regard des impératifs de continuité, de qualité et de sécurité des soins.

Plus précisément, la loi du 27 décembre 2023 <sup>[2]</sup> retient un principe de responsabilité collective si ce n'est

contributive, expression guère nouvelle <sup>(4)</sup> <sup>[8]</sup> et, reprenant ici la formulation de la loi « Rist 2 » <sup>[9]</sup> (qui introduit diverses mesures concernant plusieurs professions) selon laquelle les établissements et les professionnels de santé « sont responsables collectivement de la permanence des soins ».

En cas de carence dans la couverture du territoire, le DGARS devra réunir les représentants des établissements de santé et ceux des professionnels de santé afin de garantir l'accès aux soins sur le territoire concerné. Si les carences persistent, le DGARS procède à la désignation des établissements chargés d'assurer la PDES ou d'y contribuer. Les professionnels de santé exerçant au sein de ces établissements participent à cette mise en œuvre.

Afin de permettre une complémentarité entre les hôpitaux publics et les établissements privés, le texte s'applique indistinctement aux établissements de santé, ainsi qu'aux titulaires d'activités de soins, d'alternative à l'hospitalisation ou d'installation d'équipements matériels lourds.

## Déserts médicaux

Une fois encore, la question de la lutte contre la désertification médicale est traitée de manière éparse et les réponses apportées par la loi auront un effet limité à court terme. En premier lieu, la loi du 27 décembre 2023 <sup>[2]</sup> interdit aux établissements de santé, aux laboratoires de biologie médicale d'avoir recours en intérim à des professionnels médicaux, paramédicaux et socioéducatifs récemment diplômés <sup>(5)</sup> <sup>[10]</sup>. Le cadre juridique de cette interdiction (et des dérogations d'ores et déjà annoncées) sera défini par décret.

Face à la pénurie de médecins, deux mesures sont spécifiquement envisagées par la loi « Valletoux » <sup>[2]</sup> :

- d'une part, les praticiens diplômés hors Union européenne (PADHUE) pourront bénéficier d'une nouvelle attestation provisoire (d'une durée de treize mois renouvelable une fois) lorsqu'ils n'ont pas encore réussi les épreuves de vérification des connaissances ;
- d'autre part, le contrat d'engagement de service public (CESP) est désormais étendu aux étudiants en médecine, odontologie, maïeutique et pharmacie dès la fin de la 2e année du 1er cycle d'études en santé. Le contrat consiste en une allocation de 1 200 euros brut en contrepartie d'un engagement à exercer deux ans sur un territoire.

D'autres mesures ont été ajoutées par les parlementaires lors de l'examen du texte :

- création d'une fonction d'infirmier référent pour les patients suivis en ALD (affection longue durée) ;
- possibilité pour les collectivités territoriales d'accorder des indemnités de logement et de déplacement aux étudiants en dentaire de 3e cycle (CGCT, art L.1511-8 I <sup>[11]</sup>) ;
- limitation à une fois tous les dix ans des aides financières et exonérations fiscales à l'installation afin de lutter « contre le nomadisme médical » ;
- recul de la limite d'âge du cumul emploi- retraite pour les médecins en établissements publics de santé (75 ans jusqu'au 31 décembre 2025) et extension aux centres de santé gérés par les collectivités territoriales ou leurs groupements ;
- expérimentation par le ministère de l'Éducation nationale dans trois académies volontaires afin d'encourager l'orientation des lycéens issus de « déserts médicaux » vers les études de santé ;
- obligation pour les médecins, sages-femmes et dentistes souhaitant cesser définitivement leur activité d'informer au plus tard six mois avant l'ARS et leur conseil de l'ordre ;
- renforcement du rôle du médecin coordonnateur en Ehpad.

## Instauration d'un conseil de surveillance

La loi « HPST » du 21 juillet 2009 <sup>[12]</sup> a substitué les conseils de surveillance des établissements publics de santé aux conseils d'administration des hôpitaux publics tout en limitant leur champ d'intervention.

Depuis 2009, le conseil de surveillance (CS) ne délibérait qu'au moment de l'adoption du projet d'établissement, soit tous les cinq ans. Désormais, aux termes d'un article L.6143-1 du code de la santé publique <sup>[13]</sup> (CSP) réécrit, il délibérera chaque année sur les conditions de mise en œuvre du projet au sein de l'établissement et de ses structures. Les modalités de mise en œuvre seront présentées annuellement par le directeur de l'établissement, président du directoire et le président de la commission médicale d'établissement (CME), vice-président du directoire. C'est en matière budgétaire que le changement apparaît le plus important. Le conseil de surveillance délibérera sur le plan pluriannuel d'investissement et donnera son avis (sans qu'il puisse conduire toutefois à son rejet) sur l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD). Il donnera également son avis sur le plan global d'investissement pluriannuel ainsi que sur la charte de gouvernance conclue entre le directeur d'établissement et le président de la CME.

L'article L.6143-5 al. 6 du CSP <sup>[14]</sup> a ouvert la possibilité de participer aux réunions du conseil de surveillance à un député de la circonscription et à un sénateur du département du siège de l'établissement public de santé désigné par la commission permanente chargée des affaires sociales du Sénat. Désormais, les parlementaires pourront demander à participer aux réunions du conseil de surveillance, avec voix consultative, sans attendre une éventuelle désignation.

## REFERENCES

- Loi n° 2023-1268 du 27 décembre 2023.

## POUR ALLER PLUS LOIN

- Déserts médicaux : toujours moins de médecins généralistes
- Les médecins allergiques à l'organisation locale des soins
- Des médecins généralistes volontaires consultent à tour de rôle chaque semaine dans un village