

EXPOSÉ DES MOTIFS

Mesdames, Messieurs,

En décembre 2012, Madame Marisol TOURAINE, Ministre des affaires sociales et de la santé, lors de la présentation du « Pacte santé-territoire », nous a affirmé vouloir s'engager à faciliter l'installation des jeunes médecins en milieu rural. Ne lui en déplaise, mais plus de deux ans après, comme les mesures de ses prédécesseurs, force est de constater qu'elles ont été d'une grande inefficacité. Les déserts médicaux sont de plus en plus nombreux en milieu rural alors que les médecins généralistes sont pléthores au sein des zones urbaines. Il faut passer de l'incitation à l'obligation. Il en résulte du maintien de l'assurance d'une égalité de soin sur l'ensemble de notre territoire, qui, aujourd'hui est très fragilisé.

C'est ainsi que, dans le même esprit qu'une proposition de loi qui avait été déposée sous la précédente législature (n°4144 relative à la lutte contre l'inégalité de l'accès aux soins sur le territoire français présentée par Philippe FOLLIOT), un groupe de travail composé de sénateurs toutes tendances confondues (avec pour président le socialiste Jean-Luc FICHET et pour rapporteur le centriste Hervé MAUREY) ont publié en février 2013 un rapport dans le but de lutter contre ces déserts médicaux. En effet, ce texte, qui part d'un constat alarmant (baisse du nombre d'étudiants admis en deuxième année, augmentation et vieillissement de la population), propose un durcissement des mesures et encourage la coercition afin de forcer les médecins à mieux s'implanter sur l'ensemble du territoire. Alors que le nombre de médecins augmente (ils sont 200 000 aujourd'hui, deux fois plus qu'en 1980), on compte 330 médecins pour 100 000 habitants, ce qui place la France au 14^{ème} rang des 34 pays de l'OCDE.

De plus, les chiffres de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, la DREES, concernant l'évolution du nombre et de la densité de médecins de 1985 à 2025 sont édifiants. Si en 2007 le nombre de médecins s'élevait à 208 191, il poursuivra, selon les projections de cet institut, une diminution de près de 10 % sur les années à venir pour atteindre son minimum en 2019 avec 188 000 médecins seulement. Cette diminution s'explique par le *numerus clausus* instauré par le gouvernement en 1971 et fixant le nombre de places ouvertes en deuxième année d'étude de médecine suivant l'évolution de la démographie.

Néanmoins, ces chiffres concernent une moyenne au niveau national. Il advient maintenant de s'attarder sur les conséquences de cette diminution des effectifs pour les années à venir au niveau local dans les zones les moins bien dotées en médecins.

Les différentes projections tendent en effet à affirmer que les disparités géographiques iront en s'accroissant. Telle est la problématique majeure de cette diminution. Elle constitue un problème de santé publique, un enjeu majeur pour les années à venir et un réel défi que nous devons relever. Car, si l'on se réfère à la Constitution de 1946, un droit à la protection de la santé y est bel et bien inscrit. Et celui-ci vaut pour tous les citoyens de manière égale et sur tout le territoire de manière homogène.

Si l'État, les collectivités territoriales, l'Assurance Maladie, ont déjà œuvré pour inciter les jeunes médecins à s'implanter dans des zones sous-médicalisées, en instaurant des aides financières et matérielles, des bourses, des exonérations fiscales, les résultats ne sont que trop peu visibles. Les professionnels de santé demeurent peu enclins à contribuer spontanément au rééquilibrage de la démographie médicale. Un sondage commandité par le

Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) indique que 63 % des étudiants et 60 % des jeunes médecins n'envisagent pas de s'installer en zone rurale, en raison des fortes exigences de disponibilité requises et de l'isolement de ces zones. À ces chiffres s'ajoute la tendance actuelle de féminisation de la profession. Les femmes médecin ont tendance à se déplacer géographiquement suivant la profession de leur époux. Dans la plupart des cas, ces professions concernent des entreprises situées dans des grandes villes, ce qui ne fait qu'amplifier le phénomène. De même, un courant actuel accroît la salarisation des médecins libéraux en clinique privée. Ces établissements privés ne dispensent pas toujours les soins que peuvent attendre les populations rurales, que ce soient des consultations de médecine générale ou d'urgence. S'il ne s'agit pas d'opposer inutilement service public hospitalier et activités privées salariales, il convient de trouver les modalités permettant de garantir l'égalité des territoires et le maintien de médecins libéraux salariés ou exerçant dans le service public en zone rurale.

Ainsi, après avoir dressé ce bilan sur la situation actuelle et de l'évolution des mentalités dans notre pays, il convient d'agir afin de remédier à cette problématique touchant de plein fouet les populations rurales.

Dans un premier temps, cette proposition de loi promeut des mesures coercitives afin de réguler les flux de jeunes médecins s'installant après leurs études. Pour cela, elle instaure un *numerus clausus* à l'installation des médecins, à l'instar du dispositif en vigueur pour les officines de pharmacie, afin de réduire les écarts de densité que l'on constate aujourd'hui sur le territoire.

Dans un second temps, elle pose le principe suivant lequel il advient de sensibiliser davantage les jeunes sur le besoin crucial de médecins en milieu rural, notamment par la réalisation obligatoire d'un stage sur le terrain. Le 2^e cycle du cursus de médecine correspond à une étape de la formation communément appelée « externat ». Au cours des quatre années de ce cycle, ces dits « étudiants hospitaliers » se doivent de réaliser quatre stages d'une durée de trois mois chacun. Cette proposition de loi soumet au Parlement qu'un de ces stages doive se faire dans un cabinet de médecin généraliste en milieu rural afin que les étudiants découvrent le travail sur le terrain et n'aient pas de préjugés avant même d'y avoir vécu une expérience professionnelle.

Dans un troisième temps, elle crée de nouvelles incitations à l'implantation des médecins généralistes en milieu rural en complément des dispositifs existants; dans un souci d'équité elles seront réservées aux médecins conventionnés. Il s'agit premièrement de l'instauration d'une aide dégressive de l'État au profit des médecins généralistes dans les zones rurales exigibles aux aides versées dans le cadre du Fonds de réorientation et de modernisation de la médecine libérale (FORMMEL). Deuxièmement, une aide de l'État sera également versée de manière dégressive aux médecins généralistes désireux d'ouvrir un cabinet secondaire dans certaines zones du territoire déficitaire en termes de soins.

Enfin, elle a pour but de favoriser une meilleure mise en œuvre de politique d'accès aux soins à l'échelle du territoire en redéfinissant les territoires de santé à l'échelle départementale via la création d'une commission de démographie médicale, en favorisant le transfert d'actes et ainsi la coopération entre les différentes professions de santé ainsi que l'allongement de la durée d'activité en exonérant du paiement des cotisations d'assurance vieillesse les médecins.

De manière globale, ces dispositifs proposés visent donc à rapprocher le système d'installation des médecins de celui des pharmaciens qui est plus efficace pour permettre un accès à leurs services à tous les citoyens, même ceux résidant sur des territoires reculés à première vue peu attractifs. Pour garantir l'égal accès aux soins sur l'ensemble du territoire et mettre en œuvre à cet effet une meilleure régulation de la démographie médicale, il vous est demandé, Mesdames, Messieurs, d'adopter la proposition de loi suivante.

PROPOSITION DE LOI

TITRE I^{ER}

DE L'ÉVOLUTION DU *NUMERUS CLAUSUS*

Article 1^{er}

Le nombre et la répartition des étudiants de première année du premier cycle des études médicales autorisés à poursuivre leurs études en médecine à la suite des épreuves terminales de l'année universitaire en cours sont fixés chaque année par arrêté du ministre chargé de la santé compte tenu des perspectives d'évolution de la démographie médicale et des besoins de santé de la population sur l'ensemble du territoire.

Dans la première phrase du 2°) de l'article L. 631-1 du code de l'éducation, après le mot « géographiques », sont insérés les mots « des perspectives d'évolution de la démographie médicale ».

TITRE II

DE L'INSTAURATION D'UN *NUMERUS CLAUSUS* À L'INSTALLATION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Article 2

Après le chapitre I^{er} du titre III du livre I^{er} de la quatrième partie du code de la santé publique, il est inséré un chapitre I *bis* intitulé : « Conditions d'installation des médecins généralistes » et comprenant deux articles ainsi rédigés :

« *Art. L. 4131-8.* – Les créations, les transferts et les regroupements de cabinets médicaux de médecins généralistes doivent permettre de répondre de façon optimale aux besoins sanitaires dans les zones d'accueil de ces cabinets.

« *Art. L. 4131-9.* – I. – Toute création, transfert ou regroupement d'un cabinet médical soumis aux conventions prévues à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale est subordonné à l'octroi d'une autorisation délivrée par le directeur général de l'agence régionale de santé, après avis du représentant de l'Etat dans le département et du conseil régional ou interrégional de l'ordre des médecins. Cette autorisation prend en compte un seuil de population défini par le décret en Conseil d'Etat mentionné à l'article L. 4131-10.

« II. – Dans le cas d'un transfert ou d'un regroupement de cabinets de médecins soumis aux conventions précitées d'une région à une autre, l'autorisation est délivrée par décision conjointe des directeurs généraux des agences régionales de santé territorialement compétentes, après avis des représentants de l'Etat dans les départements et des conseils régionaux ou interrégionaux de l'ordre des médecins concernés.

« III. – Lorsqu'il est saisi d'une demande de création, de transfert ou de regroupement de cabinets médicaux, le directeur général de l'agence régionale de santé peut imposer une distance minimale entre l'emplacement prévu pour le futur cabinet et le cabinet existant le plus proche.

« IV. – Le cabinet médical dont la création, le transfert ou le regroupement a été autorisé doit être effectivement exploité au plus tard à l'issue d'un délai d'un an à compter de la notification de l'autorisation, sauf en cas de force majeure. »

« *Art. L. 4131-10.* – Pour l'application des dispositions du présent chapitre, un décret en Conseil d'Etat fixe :

« - les seuils de population retenus pour l'attribution des autorisations mentionnées à l'article L. 4131-9 ;

« - les conditions d'installation que doivent satisfaire les cabinets médicaux ;

« - les conditions de délivrance de l'autorisation mentionnée à l'article L. 4131-9 ;

« - les modalités de présentation et d'instruction des demandes de création, transfert et regroupement des cabinets médicaux. »

TITRE III

DES AIDES À L'INSTALLATION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES CONVENTIONNÉS EN ZONES RURALES

Article 3

Le deuxième alinéa du titre II de l'article L. 221-1-2 du code de la sécurité sociale est complété par deux phrases ainsi rédigées :

« Les médecins généralistes conventionnés sont éligibles au fonds des actions conventionnelles, qui participe à leur implantation en zones rurales très peu peuplées où est constaté un déficit en offre de soins. A ce titre, leur sont accordées des aides fixées par décret simple la première année de leur implantation puis chacune des deux années suivantes. »

Article 4

Les médecins généralistes conventionnés qui ouvrent un cabinet sur un site distinct de leur résidence professionnelle habituelle en zones rurales très peu peuplées où est constaté un déficit en matière d'offre de soins bénéficient d'aides de l'Etat fixées par décret simple la première année de leur implantation puis les deux années suivantes.

Un décret détermine les conditions dans lesquelles ces zones sont définies par le représentant de l'État dans la région après l'avis du conseil régional de santé et des conseils départementaux de l'ordre des médecins et précise les obligations auxquelles sont soumis les médecins bénéficiant de l'aide mentionnée au premier alinéa.

Article 5

Par une délibération de portée générale prise dans les conditions prévues à l'article 1639 A *bis* du code général des impôts, les collectivités territoriales ou leurs groupements dotés d'une fiscalité propre peuvent exonérer de la taxe d'habitation et de la taxe foncière pendant les deux années qui suivent celle de leur établissement les médecins généralistes soumis à l'impôt sur le revenu dans la catégorie des bénéficiaires non commerciaux qui, exerçant pour la première fois leur activité à titre libéral, s'établissent dans une commune de moins de deux mille habitants.

La délibération porte sur la totalité de la part revenant à chaque collectivité ou groupement.

Pour bénéficier de l'exonération, les médecins visés au premier alinéa doivent apporter les justifications nécessaires au service des impôts compétent avant le 1^{er} janvier de l'année qui suit celle de leur établissement.

TITRE IV

DE L'EXPERIENCE ACQUISE EN MILIEU RURAL

Article 6

Après le premier alinéa de l'article L. 632-1 du code de l'éducation, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Au cours du deuxième cycle des études médicales, tout étudiant en médecine doit effectuer un stage pratique, d'une durée d'au moins trois mois, au sein d'un cabinet de médecin généraliste situé en milieu rural ».

TITRE V

DE LA MISE EN ŒUVRE À L'ECHELLE DES TERRITOIRES D'UNE POLITIQUE D'ACCES AUX SOINS

Article 7

Le chapitre IV du titre III du livre IV de la première partie du code de la santé publique est complété par une section 4 ainsi rédigée :

« Section 4

« **Commissions départementales de la démographie médicale**

« Art. L. 1434-18. – Dans chaque département, une commission de la démographie médicale définit, dans le respect des dispositions du schéma régional d'organisation des soins mentionné à l'article L. 1434-7, des programmes territoriaux de santé mentionnés à l'article L. 1434-2 et des contrats locaux de santé mentionnés à l'article L. 1434-17, des projets d'aire de santé dans lesquelles des réseaux de santé sont développés afin de répondre aux besoins de santé de la population.

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

« Art. L. 1434-19 - Les projets de création de pôle de santé et de maison de santé sont soumis à l'approbation de la commission départementale de la démographie médicale.

« Art. L. 1434-20. – La commission départementale de la démographie médicale est composée :

« 1° Du représentant de l'Etat dans le département ;

« 2° De représentants de l'agence régionale de santé ;

« 3° De représentants des collectivités territoriales ;

« 4° Des parlementaires du Département ;

« 5° De membres du conseil départementale de l'ordre des médecins. »

Article 8

I. – L'article L. 1435-4 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Elle peut également proposer aux professionnels de santé d'adhérer à un protocole de coopération mentionnée à l'article L. 4011-2 » ;

2° Au début de la première phrase du deuxième alinéa, après les mots « Ces contrats », sont insérés les mots « et protocoles » ;

3° Le dernier alinéa est complété par les mots : « et protocoles ».

II. – L'article L.4011-2 du même code est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est ainsi rédigé :

« Les professionnels de santé peuvent soumettre à l'agence régionale de santé des protocoles de coopération expérimentale, d'une durée de trois ans. L'agence vérifie que ces protocoles

répondent à un besoin de santé constaté dans une ou plusieurs aires de santé et les transmet à la Haute Autorité de santé. » ;

2° Le troisième alinéa est ainsi modifié :

a) Au début de l'alinéa, sont insérés les mots : « À l'expiration du délai de trois ans prévu au premier alinéa, ».

b) Après le mot : « arrêté », la fin du troisième alinéa est ainsi rédigée : « et peut décider de mettre fin, à tout moment, à leur application pour des motifs de santé publique. Il en informe les professionnels de santé concernés et la Haute Autorité de santé. » ;

III. – Le dernier alinéa de l'article L. 4011-3 du même code est supprimé.

Article 9

I. - Après l'article L. 131-4-3 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 131-4-4 ainsi rédigé :

« *Art L. 131-4-4.* – Les revenus tirés par les médecins de leur activité professionnelle exercée dans le cadre de l'article L. 643-6 sont exonérés des cotisations dues au titre de l'assurance vieillesse. »

TITRE VI

DISPOSITIONS DIVERSES

Article 10

I. – Les charges qui pourraient résulter pour les organismes de sécurité sociale de l'application de la présente loi sont compensées à due concurrence par la création d'une taxe additionnelle aux droits mentionnés aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

II. – Les charges qui pourraient résulter pour l'Etat de l'application de la présente loi sont compensées à due concurrence par la création d'une taxe additionnelle au droit mentionné à l'article 403 du code général des impôts.

III. – Les pertes de recettes qui pourraient résulter pour les organismes de sécurité sociale de l'application de la présente loi sont compensées à due concurrence par la création d'une taxe additionnelle aux droits mentionnés aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

IV. – Les pertes de recettes qui pourraient résulter pour l'Etat de l'application de la présente loi sont compensées à due concurrence par la création d'une taxe additionnelle au droit mentionné à l'article 403 du code général des impôts.

V. – Les pertes de recettes qui pourraient résulter pour les collectivités territoriales de l'application de la présente loi sont compensées à due concurrence par la création d'une taxe additionnelle à la taxe mentionnée à l'article 265 du code des douanes.