

Document 1 de 1



La Semaine Juridique Administrations et Collectivités territoriales n° 14, 7 Avril 2015, act. 311

## Vers une régulation coercitive de l'installation des médecins ? . - À propos de la proposition de loi n° 2597 visant à lutter contre les déserts médicaux

Aperçu rapide par Guillaume Rousset  
maître de conférences HDR en droit  
université Jean-Moulin (Lyon 3) - IFROSS

**Afin de lutter contre les « déserts médicaux », une récente proposition de loi marque les esprits notamment en voulant soumettre l'installation des médecins généralistes libéraux à l'autorisation des pouvoirs publics**

### Sommaire

Portée par le député UDI du Tarn, Philippe Folliot, cette proposition de loi (*Prop. L. AN n° 2597, 18 févr. 2015, visant à lutter contre les déserts médicaux*) est intéressante à plus d'un titre. Sur le fond, il est assez rare de voir un projet de texte traiter spécifiquement des déserts médicaux (ce même député avait déposé sous la précédente législature un texte convergeant : *Prop. L. AN n° 4144, 10 janv. 2012, relative à la lutte contre l'inégalité de l'accès aux soins sur le territoire français*). Sur la forme, il est intéressant de noter que c'est probablement la première fois que l'expression « déserts médicaux » est officiellement employée dans le projet d'un parlementaire, l'expression relevant plus de la simplification médiatique, certes très commode, que de la plus grande rigueur scientifique (il faudrait lui préférer celle d'inégalité territoriale d'accès aux soins). Quel est le contenu de ce projet et qu'en penser ? L'idée de répondre aux problèmes d'accès aux soins que la population peut parfois connaître est opportune par nature, mais les outils proposés sont d'une pertinence variable.

## 1. Une volonté opportune

Lutter contre les inégalités territoriales d'accès aux soins est une bonne idée pour deux raisons.

D'abord, parce que le problème que constituent ces inégalités présente des enjeux importants. Elles concerneraient aujourd'hui un grand nombre de personnes, 2 millions si l'on en croit les statistiques avancées par le ministère de la Santé dans le cadre du « pacte territoire santé ». Elles mettent en jeu le droit d'accès aux soins dont on sait qu'il est constitutionnellement protégé (droit à la protection de la santé, al. 11 du Préambule de la Constitution du 27 octobre

1946). Plus globalement, c'est la santé publique qui est atteinte lorsque les patients ne peuvent pas avoir accès aux soins de manière adaptée sur leur territoire de vie. Or, ces inégalités territoriales semblent devoir augmenter dans les prochaines années du fait de la baisse annoncée du nombre de médecins. Bien entendu, ce problème est moins lié au nombre de médecins qu'à leur répartition sur le territoire, mais une telle baisse ne risque pas d'arranger la situation, ainsi que les auteurs de la proposition de loi l'affirment en se fondant sur les projections officielles (ce nombre serait amené à diminuer de 10 % jusqu'en 2019 avant de revenir à son niveau actuel en 2030 selon la DREES).

Ensuite, cette proposition de loi est opportune parce qu'elle tente de proposer des outils nouveaux face à l'échec des mesures incitatives (aides matérielles ou financières, exonérations fiscales ou sociales...). Si l'incitation a le grand mérite de concilier le droit d'accès aux soins des patients et la liberté d'installation des professionnels, il n'en demeure pas moins que beaucoup la jugent peu efficace (*C. comptes, Rapport sur la sécurité sociale, sept. 2011, 508 p.* ; *R. Marié, La politique d'amélioration de la répartition géographique des médecins libéraux en question : Dr. soc., avr. 2012, p. 404*). Ces outils se focalisent en effet de façon excessive sur l'aspect financier, ne prenant pas en compte les dimensions sociale, familiale qu'induit l'installation d'un médecin (ce ne sont pas quelques milliers d'euros d'aides qui vont pousser un médecin à s'installer dans une zone dans laquelle son conjoint aura des difficultés à trouver un emploi adapté et ses enfants des problèmes pour être scolarisés à proximité). Par ailleurs, les dispositifs incitatifs sont très nombreux et divers favorisant un manque de coordination et d'information. En outre, un effet d'aubaine a souvent été pointé du doigt (avec ou sans incitation, le parcours personnel du médecin l'aurait fait s'installer de toute manière dans la zone sous-dense). Au final, peu de résultats au vu des investissements. En rebond, le « pacte territoire santé » du ministre en charge de la santé, Marisol Touraine, propose la création ou l'extension de diverses dispositions jouant sur l'installation à venir des étudiants en médecine (contrat d'engagement de service public) ou sur l'installation immédiate des médecins déjà diplômés (contrat de praticien territorial de médecine générale). Pour autant, ces outils sont le plus souvent inadaptés dans leur ampleur (238 contrats d'engagement signés en 2013 à propos d'un problème concernant 2 millions de personnes) ou dans leur cible (le contrat de praticien territorial garantit un revenu minimum face au risque de patients trop peu nombreux alors que les médecins installés dans les zones sous-denses ont le problème inverse d'une patientèle trop importante !). Face à ces résultats, la proposition de loi a le courage politique de suggérer le recours à la coercition, dont on sait bien qu'elle n'est pas très appréciée par les médecins.

## 2. Des modalités partiellement inadaptées

Plusieurs mesures sont au cœur de cette proposition de loi : l'une plus symbolique, les autres plus techniques.

D'une part, la mesure symbolique. Elle consiste à vouloir instaurer un *numerus clausus* à l'installation des médecins généralistes, appliquant à ces professionnels le même type de système que connaissent aujourd'hui les pharmacies officinales. L'idée serait de conditionner la création, le transfert ou le regroupement des cabinets médicaux à l'octroi d'une autorisation du directeur général de l'Agence régionale de santé, après avis du représentant de l'État dans le département et de l'Ordre régional des médecins. Cette autorisation prendrait en compte un seuil de population et pourrait imposer une distance minimale entre deux cabinets (comme pour les pharmacies). De manière certaine, ce dispositif s'inscrit dans une optique de régulation importante de l'installation des médecins, permettant une coercition en lieu et place d'une incitation. Si ce nouveau régime était adopté, cela serait une réelle innovation puisqu'aucun dispositif de ce type n'existe actuellement, même si l'idée d'une coercition a pu faire son chemin (le plus surprenant reste la position de l'Ordre des médecins qui a proposé de réguler l'installation des jeunes médecins en les obligeant à exercer pendant cinq ans dans leur région de formation de 3<sup>e</sup> cycle ; *Conseil national de l'Ordre des médecins, Accès aux soins : recommandations du Cnom, communiqué, 29 mai 2012*).

Pour autant, il faut se demander si la coercition est la solution, ce qui amène des remarques sur le principe et sur les modalités. En ce qui concerne le principe, l'on peut penser que cette régulation est opportune lorsque l'on voit l'échec des mesures incitatives et le peu d'ambition des mesures actuelles face au problème existant. Mais, l'on peut aussi estimer, à l'inverse, que la coercition n'est pas la solution quand l'on constate la désaffection croissante des étudiants pour la médecine libérale. En contraignant ainsi les professionnels, ne risque-t-on pas de remplacer un problème (les

« déserts médicaux ») par un autre (une pénurie généralisée de médecins libéraux) ? Ne va-t-on pas pousser ces professionnels vers le salariat, aboutissant à un faible nombre de médecins libéraux en activité ? La réponse n'est pas certaine mais la question mérite d'être posée. Pour ce qui est des modalités, celles prévues par la proposition de loi sont intéressantes mais peuvent être critiquées. En effet, le texte n'applique cette obligation d'autorisation qu'aux seuls médecins généralistes (excluant les spécialistes) en zones rurales uniquement (malgré quelques ambiguïtés de rédaction : le titre II ne mentionne que les médecins généralistes tandis que le projet d'article L. 4131-9 du Code de la santé publique qu'il contient traite des cabinets médicaux sans autre précision). Ce champ d'application est problématique pour deux raisons. D'abord, parce que les inégalités territoriales d'accès aux soins ne concernent pas que les zones rurales (qu'il faudrait d'ailleurs définir), les territoires périurbains voire urbains étant tout autant concernés. Ensuite, parce qu'il est inadapté de n'appliquer ce dispositif qu'aux seuls généralistes. Dans cette hypothèse, la médecine libérale serait soumise à un double régime par lequel les uns seraient soumis à autorisation d'installation alors que les autres bénéficieraient d'une totale liberté d'installation. Cela serait d'autant plus problématique que l'installation est aussi un enjeu pour les spécialistes (trouver un médecin ophtalmologiste libéral n'est évident nul part, même dans les grandes villes).

D'autre part, les autres mesures. Elles sont moins médiatisées mais restent importantes. La première propose de rendre obligatoire la réalisation d'un stage d'au moins trois mois chez un médecin généraliste en zone rural au cours de l'externat. L'idée paraît juste : comment un médecin diplômé choisirait-il l'exercice libéral à la campagne s'il n'a vu ce que cela était vraiment lors de ses études ? Pour autant, il serait intéressant d'étendre cette possibilité à toutes les zones, non plus aux seules zones rurales, pour lutter contre la désaffection que connaît l'exercice libéral de manière générale. La deuxième porte sur la création de nouveaux outils incitatifs, spécialement des aides financières. Avouons-le, la proposition est ici beaucoup moins convaincante lorsqu'on sait que ces dispositifs incitatifs sont déjà très nombreux et que l'une des principales difficultés consiste justement à en prendre connaissance et à les coordonner. Si ces mesures sont à la place de certains dispositifs existants, et non pas en plus, cela pourrait être davantage pertinent. La troisième et dernière souhaite redéfinir les territoires de santé, favoriser le transfert d'actes et la coopération entre professionnels de santé. Cela se traduirait par la création d'une commission départementale de la démographie médicale définissant les programmes et contrats en fonction des besoins de santé de la population.

L'ensemble de ces mesures, et spécialement celle relative à la création d'un *numerus clausus* à l'installation, a suscité une forte opposition des médecins, ce qui est assez peu surprenant. En réalité, il faut reconnaître que, aussi intéressante soit-elle sur le fond, cette proposition de loi a peu de chances d'être adoptée, spécialement dans le contexte d'opposition déjà très forte des médecins au projet de loi de santé, devenu projet de loi de modernisation de notre système de santé, défendu par le ministre de la Santé, Marisol Touraine, notamment à propos de la généralisation du tiers-payant.

Si la solution aux inégalités territoriales d'accès aux soins n'est pas trouvée ici, il reste fondamental d'agir sur les raisons qui poussent les professionnels à ne pas s'installer dans des zones sous-denses, qu'elles soient rurales ou non. Certaines d'entre elles dépassent le cadre technique de la question de l'installation et portent sur le dynamisme économique et social des territoires, renvoyant à une question d'aménagement du territoire. Mais d'autres peuvent faire l'objet d'une action bien plus simple puisque les jeunes médecins affirment souvent que ce sont la solitude de l'exercice libéral et l'intensité du travail qui découragent le plus. Agir sur ces facteurs peut être, non pas simple mais moins compliqué, par exemple avec la création de maisons de santé pluriprofessionnelles qui se développent actuellement beaucoup et qui semblent être une source d'espoir (IRDES, *L'impact du regroupement pluriprofessionnel sur l'offre de soins : Questions d'économie de la santé*, n° 189, 2013, 6 p. ; IRDES, *Répartition géographique des maisons et pôles de santé ? en France et impact sur la densité des médecins généralistes libéraux : Questions d'économie de la santé*, n° 190, 2013, 8 p.).

© LexisNexis SA