

N° 681
SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2020-2021

Enregistré à la Présidence du Sénat le 14 juin 2021

PROPOSITION DE LOI

*visant à **lutter** contre les **déserts médicaux**,*

PRÉSENTÉE

Par M. Philippe FOLLIOT,

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,

En décembre 2012, Mme Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales et de la Santé, lors de la présentation du « Pacte santé-territoire », affirmait vouloir s'engager à faciliter l'installation des jeunes médecins en milieu rural. Ne lui en déplaise, mais près de dix ans après, comme les mesures de ses prédécesseurs, force est de constater qu'elles ont été d'une grande inefficacité. Pour pallier le manque de médecins, Mme Agnès Buzin avait annoncé la fin du numerus clausus. Cette année, après 50 ans de service, le numerus clausus a pris fin, mais avec des effets plus que contestables. Mme Sonia de La Provôté, dans son rapport d'information du 12 mai 2021 n° 585 sur la mise en œuvre de la réforme du premier cycle des études de santé, nous parle d'une « mise en œuvre très chaotique », « à la communication et à la transparence défailtantes », « insuffisamment préparée et pas assez pilotée ».

Les réformes et lois successives ne modifient pas le paradigme médical dans lequel nos concitoyens en zones rurales vivent. Si le temps médical disponible est déjà rare dans les centres urbains, il est particulièrement compté en milieu rural. 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 XIII^e 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 218 000 aujourd'hui, deux fois plus qu'en 1980), on compte 330 médecins pour 100 000 habitants, ce qui place la France en dessous de la moyenne des pays de l'OCDE.

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. Dans une étude réalisée pour l'Association des maires ruraux de France (AMRF) par le géographe Emmanuel Vigneron, il est constaté que la densité de médecins est inférieure en zones rurales par rapport aux zones urbaines. Cette densité constitue un problème de santé publique, un enjeu majeur pour les années à venir et un réel défi que nous devons relever. En effet, il avait déjà été constaté par l'AMRF que l'espérance de vie en zones rurales se dégrade par rapport à l'espérance de vie en zones urbaines depuis les années 2000. 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) indiquait 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. L'AMRF a déjà constaté que plus de la moitié des médecins en zones rurales ont plus de 55 ans, avec un nombre significatif qui dépasse les 70 ans. L'évolution de la sociologie de la profession n'empêche pas une stabilité de l'offre médicale tant l'installation d'un professionnel n'implique pas une pérennité de l'offre. 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 actives 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 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).

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 ou dans les quartiers sensibles, et plus généralement les zones sous-dotées. 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 visant à lutter contre les déserts médicaux

TITRE I^{ER}

DE L'ÉVOLUTION DU NOMBRE D'ÉTUDIANTS EN MÉDECINE

Article 1^{er}

À la troisième phrase du deuxième alinéa du I de l'article L. 631-1 du code de l'éducation, les mots : « et des besoins de santé » sont remplacés par les mots : « , des besoins de santé et 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

① 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^{er} *bis* ainsi rédigé :

② « *CHAPITRE I^{ER} BIS*

③ « *Conditions d'installation des médecins généralistes*

④ « *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.

⑤ « *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'État 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'État mentionné à l'article L. 4131-10 du présent code.

- ⑥ « 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'État dans les départements et des conseils régionaux ou interrégionaux de l'ordre des médecins concernés.
- ⑦ « 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.
- ⑧ « 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.
- ⑨ « *Art. L. 4131-10.* – Pour l'application des dispositions du présent chapitre, un décret en Conseil d'État fixe :
- ⑩ « 1° Les seuils de population retenus pour l'attribution des autorisations mentionnées à l'article L. 4131-9 ;
- ⑪ « 2° Les conditions d'installation que doivent satisfaire les cabinets médicaux ;
- ⑫ « 3° Les conditions de délivrance de l'autorisation mentionnée au même l'article L. 4131-9 ;
- ⑬ « 4° 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

L'avant-dernier alinéa du 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. À ce titre, leur sont accordées des aides fixées par décret la première année de leur implantation puis chacune des deux années suivantes. »

Article 4

- ① 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.
- ② La délibération porte sur la totalité de la part revenant à chaque collectivité ou groupement.
- ③ Pour bénéficier de l'exonération, les médecins mentionnés au premier alinéa du présent article 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'EXPÉRIENCE ACQUISE EN MILIEU RURAL

Article 5

- ① Après l'article L. 632-1 du code de l'éducation, il est inséré un article L. 632-1-1 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 632-1-1.* – Au cours du deuxième cycle des études médicales, tout étudiant en médecine doit effectuer un stage pratique, d'une durée minimale de trois mois, au sein d'un cabinet de médecin généraliste situé en milieu rural ou 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. »

TITRE V

DE LA MISE EN ŒUVRE À L'ÉCHELLE DES TERRITOIRES D'UNE POLITIQUE D'ACCÈS AUX SOINS

Article 6

- ① La section 5 du chapitre IV du titre III du livre IV de la première partie du code de la santé publique est ainsi rétablie :
- ② « *Section 5*
- ③ « *Commissions départementales de la démographie médicale*
- ④ « *Art. L. 1434-14.* – I. – Dans chaque département, une commission de la démographie médicale, composée du représentant de l'État dans le département, de représentants de l'agence régionale de santé, de représentants des collectivités territoriales, des parlementaires dont la circonscription d'élection est comprise dans le département et de membres du conseil départemental de l'ordre des médecins, définit, dans le respect du schéma régional de santé mentionné à l'article L. 1434-2, des projets territoriaux de santé mentionnés à l'article L. 1434-10 et des contrats territoriaux de santé mentionnés à l'article L. 1434-12, des projets d'aire de santé dans lesquelles des réseaux de santé sont développés afin de répondre aux besoins de santé de la population.

- ⑤ « 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 projets et les contrats mentionnés au premier alinéa du présent I. Ils sont approuvés par le directeur général de l'agence régionale de santé.
- ⑥ « II. – La commission départementale de la démographie médicale approuve les projets de création de pôle de santé et de maison de santé. »

TITRE VI

DISPOSITIONS DIVERSES

Article 7

- ① I. – Les éventuelles conséquences financières résultant 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.
- ② II. – Les éventuelles conséquences financières résultant pour l'État de l'application de la présente loi sont compensées, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle mentionnés aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.
- ③ III. – Les éventuelles pertes de recettes résultant 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.