

N° 459 rectifié

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2015-2016

Enregistré à la Présidence du Sénat le 10 mars 2016

PROPOSITION DE LOI

tendant à créer un statut de médecin praticien territorial,

PRÉSENTÉE

Par M. Roland COURTEAU,
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,

Alors que le nombre total de médecins n'a jamais été aussi élevé en France, l'on assiste ces dernières années à la formation de zones sous-médicalisées dans lesquelles les patients éprouvent des difficultés à accéder aux soins dans des conditions de proximité et de délais satisfaisantes. Ces « déserts médicaux », ainsi qu'il est convenu de les qualifier, correspondent souvent à des espaces ruraux, mais aussi à certaines villes moyennes ou à des zones périurbaines.

L'accès à la santé fait partie des services indispensables qui conditionnent l'attractivité d'un territoire. Les carences dans la présence médicale posent donc un problème majeur d'égalité des territoires, en générant des situations inacceptables qui menacent l'existence même de certains d'entre eux. Elles posent aussi et surtout un problème d'égalité entre les citoyens. **Les déserts médicaux apparaissent contraires au principe de protection de la santé qui est garanti à tous par le préambule de la Constitution de 1946.**

Les inégalités de répartition territoriale, déjà fortes au niveau national le sont encore davantage au niveau infra départemental, la concentration des professionnels de santé étant importante, par exemple, sur les quinze kilomètres de la bande littorale, l'arrière-pays correspondant souvent à un authentique désert médical. Il y a donc des déserts médicaux dans quasiment tous les départements.

La direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère des affaires sociales et de la santé a consacré en juin 2011 une étude aux distances et temps d'accès aux soins en France métropolitaine. Celle-ci fait apparaître que 95 % de la population a accès en moins de quinze minutes à des soins de proximité fournis par les médecins généralistes. La plupart des médecins spécialistes libéraux et les équipements médicaux les plus courants (scanners et IRM) sont accessibles en moyenne en moins de vingt minutes de route et 95 % de la population peut accéder aux soins hospitaliers courants en moins de quarante-cinq minutes, les trois quarts en moins de vingt-cinq minutes.

On peut considérer les résultats de cette étude comme satisfaisants pour 95 % de la population. **Il n'en demeure pas moins un réel problème d'accessibilité aux soins pour les 5 % restants, qui représentent quand-même plus de trois millions d'habitants.**

L'accès des patients aux soins peut également être entravé par une barrière financière dans certaines zones qui ne sont pas à proprement parler sous médicalisées, mais où le secteur 2 est très majoritaire, voire exclusif pour certaines spécialités. Les personnes qui ne peuvent pas payer de dépassements, ou qui ne disposent pas d'assurance complémentaire santé, peuvent alors se retrouver dans un désert médical relatif, en dépit d'une abondance apparente de praticiens.

Les variations du taux de mortalité des populations – corrigé de la structure par âges – montrent que **les inégalités territoriales de santé épousent les dynamismes économiques et démographiques**, marquant une opposition de plus en plus claire entre les centres urbains, marqués par une faible mortalité, et leurs périphéries urbaines et rurales, caractérisées par des niveaux de mortalité plus élevés. Globalement, la situation sanitaire est meilleure en ville qu'à la campagne, meilleure dans les grandes villes que dans les plus petites.

Certaines études portant sur des pathologies bien précises, confirment le lien que l'on peut intuitivement établir entre difficulté d'accès aux soins et dégradation de l'état de santé. Dans une enquête réalisée à partir du registre du cancer, on a observé que les patients ruraux présentant un cancer colorectal étaient moins souvent traités dans des centres anticancéreux que les patients citadins. Cette différence, en partie expliquée par la distance, est cause d'un retard de consultation, partant, d'un retard de diagnostic et, finalement, d'un pronostic aggravé en termes de chances de survie^{1(*)}.

Qui plus est, l'effet de **la diminution du nombre des médecins est amplifié par une réduction du temps d'exercice médical effectivement disponible**. Car les jeunes médecins, qui ne se distinguent pas sur ce point des autres professions libérales, aspirent à mieux concilier vie professionnelle et vie privée. Ils ne sont plus disposés, comme leurs prédécesseurs, à travailler 60 à 70 heures par semaine dans des conditions de disponibilité qui faisaient de leur métier un véritable sacerdoce, mais souhaitent, légitimement, préserver du temps pour leur famille et leurs loisirs.

Cet état d'esprit des nouvelles générations explique leur **préférence marquée pour le salariat**. En fin d'internat, 70 % font le choix de

l'exercice salarié et 10 % seulement de l'exercice libéral exclusif. Le solde des nouveaux inscrits, soit 20 %, préfère le remplacement, qui est une forme d'exercice de la médecine plus rémunératrice et moins contraignante en termes d'organisation de son temps que l'installation en libéral.

Le temps médical disponible est par ailleurs réduit par la charge croissante des tâches administratives. Les médecins généralistes déclarent consacrer en moyenne quatre heures par semaine aux tâches de gestion, secrétariat et comptabilité, en dehors des consultations et visites, soit 7 % de leur temps de travail hebdomadaire moyen.

Face aux lacunes de la couverture du territoire par la médecine libérale, qui ne répond plus aux besoins des populations dans certaines zones, le recours à la médecine salariée ou des statuts avoisinants peut être une solution.

L'exercice en centre de santé est attractif pour les médecins avec un exercice collectif souvent pluridisciplinaire et une meilleure maîtrise de leur temps de travail. Si cette formule apparaît comme une solution de rechange intéressante en cas de défaillance du mode d'exercice libéral, elle ne constitue pas une solution suffisante dans tous les cas. En effet, la mise en place et la gestion des centres de santé est lourde pour les communes rurales.

C'est pourquoi, **les collectivités locales et leurs groupements doivent être mis en mesure de recruter eux-mêmes des médecins et de leur offrir un statut adapté qui leur permette d'inscrire leur action dans la durée.**

Or, les médecins sont aujourd'hui placés en situation défavorable par rapport aux autres catégories de professionnels de la santé. S'il existe bien un statut des sages-femmes, des puéricultrices et infirmiers territoriaux, rien de tel n'est prévu pour les médecins. C'est donc ce **statut de « médecin praticien territorial »** que la présente proposition de loi appelle de ses vœux. Rattaché à la catégorie A de la fonction publique, ce nouveau grade sera accessible par concours sur titre. **Attractif pour les médecins**, il s'accompagnera d'un allègement des tâches administratives – comptabilité, secrétariat – et d'une certaine souplesse dans les conditions d'exercice. **Mais surtout, il leur offrira un véritable statut au sein de la fonction publique territoriale.**

Tel est le sens de la présente proposition de loi.

PROPOSITION DE LOI

Article 1^{er}

- ① Les médecins praticiens territoriaux constituent un cadre d'emplois médico-social de la fonction publique territoriale de catégorie A au sens de l'article 13 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires.
- ② Les membres de ce cadre d'emplois exercent leurs fonctions dans les communes et les établissements publics de coopération intercommunale.
- ③ Le statut de médecin praticien territorial est fixé par décret en Conseil d'État.

Article 2

- ① Les conséquences financières résultant pour les collectivités territoriales et leurs groupements de la présente proposition de loi sont compensées à due concurrence par une majoration de la dotation globale de fonctionnement.
- ② La perte de recettes résultant pour l'État du premier alinéa est compensée à due concurrence par la création d'une taxe additionnelle aux droits mentionnés aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.