



ASSEMBLÉE NATIONALE

13ème législature

médecins

Question écrite n° 66086

Texte de la question

M. Bernard Carayon attire l'attention de Mme la ministre de la santé et des sports sur la baisse inquiétante du nombre de médecins, surtout en zone rurale. La relève médicale en zone rurale s'annonce donc comme une bombe à retardement, avec le spectre d'un véritable désert médical. Il lui demande de lui préciser les actions du Gouvernement sur ce dossier.

Texte de la réponse

L'inégale répartition des professionnels de santé sur le territoire et l'apparition de zones rurales déficitaires constituent un défi pour notre système de santé, dont la réponse appartient à l'ensemble des partenaires et conditionne la capacité à garantir aux usagers un égal accès à des soins de qualité. La préoccupation du Gouvernement de garantir à tous l'accès - aussi bien géographique que financier - aux soins s'est traduite par l'élaboration progressive d'un certain nombre de dispositifs, de diverses natures : les mesures prises à l'échelle nationale relèvent soit de l'État, soit de l'assurance maladie et prennent essentiellement la forme d'incitations financières. Les mesures prises au niveau régional visent, quant à elles, plutôt la formation et les conditions d'exercice. Les exonérations de l'impôt sur le revenu pour la rémunération de la permanence des soins dans une zone déficitaire et les exonérations de cotisations patronales pour l'embauche d'un salarié dans un cabinet installé dans une zone de revitalisation rurale s'appliquent à l'ensemble des médecins exerçant dans les zones respectives. En revanche, toutes les autres exonérations fiscales prévues, dont l'exonération de l'impôt sur le revenu et de la taxe professionnelle, sont conditionnées par la création d'un cabinet médical dans les zones déficitaires en offre de soins définies par les missions régionales de santé (MRS). Aucun avantage fiscal n'existe pour les reprises de cabinet suite à un départ en retraite. Toutefois, un certain nombre de mesures incitatives, pour encourager l'installation des médecins dans les zones déficitaires en offre de soins, ont été instaurées et peuvent être appliquées dans le cadre d'une reprise d'un cabinet médical. Ainsi, dans les zones rurales et les zones franches urbaines (ZFU), le contrat de bonne pratique ouvre droit pour le médecin à une indemnité de remplacement de 300 EUR par jour dans la limite de dix jours maximum par an dans les zones rurales et de dix-huit jours maximum dans les ZFU, à laquelle s'ajoute le versement d'une indemnité de 240 EUR par vacation d'une demi-journée de prévention, d'éducation à la santé et de coordination médico-sociale. En outre, le fonds d'intervention de la qualité et de la coordination des soins (FIQCS) peut financer des actions pour faciliter l'installation des professionnels de santé dans les zones déficitaires. Ce fonds soutient également le financement des maisons de santé pluridisciplinaires qui seront prioritairement mises en oeuvre dans les zones déficitaires en soins médicaux. Le montant de cette aide a été porté de 50 000 à 100 000 EUR par projet pour les 215 quartiers du plan Espoir Banlieues. Enfin, sous réserve que la nouvelle activité s'effectue en cabinet de groupe pour une durée de trois ans minimum dans une zone déficitaire définie par les MRS, l'avenant n° 20 à la convention médicale de 2005, approuvé par arrêté du 23 mars 2007, a prévu une rémunération forfaitaire annuelle représentant 20 % de l'activité du médecin généraliste (C + V). Cette aide, d'un montant moyen annuel pouvant aller jusqu'à 40 000 EUR, est directement versée au médecin par la caisse primaire d'assurance maladie à laquelle il est rattaché. Toutes ces mesures sont complétées par celles issues de la loi n° 2009-879

du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, qui place l'accessibilité des soins au premier rang de ses priorités. Ces mesures visent à inciter les médecins à s'installer sur les territoires déficitaires et à améliorer leurs conditions de travail : la création d'un volet ambulatoire du schéma régional de l'organisation des soins, destiné notamment à identifier les territoires où l'offre de soins se révèle insuffisante et à indiquer les implantations souhaitables de professionnels de santé et de structures ambulatoires afin de garantir un bon maillage du territoire et de prévenir l'éparpillement des aides ; la mise en place d'un contrat d'engagement de service public qui propose une contrepartie financière aux étudiants qui s'engagent, dès la deuxième année, à s'installer à la fin de leurs études dans les territoires considérés comme déficitaires par les schémas régionaux d'organisation sanitaire ; la création d'un contrat santé-solidarité qui fixe aux médecins installés dans des zones où la densité de professionnels de santé est excédentaire, une ou plusieurs missions considérées comme nécessaires à la satisfaction des besoins de santé de la population des zones moins favorisées ; l'organisation et la gestion de la permanence des soins ambulatoires, qui pourra être organisée et financée avec plus de souplesse au niveau régional en fonction des spécificités locales ; la coopération entre professionnels de santé, qui sera facilitée au niveau local sur la base du volontariat, en fonction des besoins de la population, et qui permettra d'optimiser le temps de chaque professionnel.

Données clés

Auteur : [M. Bernard Carayon](#)

Circonscription : Tarn (4^e circonscription) - Union pour un Mouvement Populaire

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 66086

Rubrique : Professions de santé

Ministère interrogé : Santé et sports

Ministère attributaire : Santé et sports

Date(s) clé(s)

Question publiée le : 8 décembre 2009, page 11643

Réponse publiée le : 26 janvier 2010, page 926