



Association Nationale des Étudiants
en Médecine de France



Commentaires

ANEMF, ISNAR-IMG, ISNIH et ReAGJIR

sur la proposition de Loi n° 3914 relative à l'accès aux soins

Commentaire de l'exposé des motifs :

En matière d'organisation des soins, il semble en effet primordial de mener une réflexion sur la formation des futurs professionnels et sur l'attractivité des territoires.

Cependant, l'ensemble des tenants et des aboutissants doivent être pris en compte.

Des réformes perçues comme trop contraignantes auront l'effet inverse de celui escompté : une désertification des filières qui majorera encore la problématique de l'offre de soins.

« Article 1er

Le 2° du I de l'article L. 631-1 du code de l'éducation est ainsi modifié :

1° À la première phrase, les mots : « tient compte » sont remplacés par les mots : « est arrêté en fonction » ;

2° À la dernière phrase, après le mot : « garantir », sont insérés les mots : « un accès aux soins équitable sur l'ensemble du territoire et ». »

Commentaire :

Le numerus clausus ne serait plus seulement étudiant-centré : cet article introduit la considération du besoin de santé des populations et celle des capacités de formation.

Des questions restent cependant en suspens : quelles sources de données permettra d'identifier d'une part les besoins pour chacune des filières et d'autre part les capacités de formation?

« Article 2

Après la dernière phrase de l'article L. 632-5 du code de l'éducation, il est inséré une phrase ainsi rédigée :

« Au cours de la troisième année d'internat, tout étudiant en médecine doit effectuer un stage pratique, pour une durée minimale de 12 mois, au sein d'une maison de santé pluridisciplinaire ou d'un établissement hospitalier dans les zones, définies en application de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique, dans lesquelles est constaté un déficit en matière d'offre de soins ». »

Commentaire :

Nous ne pouvons qu'être d'accord sur le principe de favoriser la réalisation de stages en zones dites déficitaires.

Cependant :

- Qu'en est-il des spécialités ne s'exerçant que dans les grands centres hospitaliers (neurochirurgie, médecine nucléaire,...) ?

- Quelle indemnisation pour les trajets ? Quelle organisation pour le logement ?

- Il n'existe pas suffisamment de terrains de stage : peu de maisons de santé pour l'instant, peu de médecins généralistes maîtres de stage en zones dites déficitaires et quasi aucun établissement hospitalier.

- Un an en zone déficitaire correspond à deux semestres de l'internat. Or il existe une maquette stricte de stages à réaliser. Pour beaucoup de spécialités, cette maquette ne comprend pas 2 stages pouvant être réalisés en zone dite déficitaire.

« Article 3

I. – L'article L. 632-2 du code de l'éducation est ainsi modifié ;

1° Le premier alinéa est ainsi modifié :

a) Après le mot : « ouvert », sont insérés les mots : « , dans chaque région, » ;

b) Sont ajoutés les mots : « dans la même région » ;

2° Au deuxième alinéa, les mots : « subdivision territoriale » sont remplacés par le mot : « région » ;

3° À la fin de la seconde phrase du quatrième alinéa, le mot : « nationales » est remplacé par le mot : « régionales » ;

4° Au dernier alinéa, les mots : « les subdivisions territoriales mentionnées au deuxième alinéa, » sont supprimés.

II. – Le quatrième alinéa de l'article L. 632-6 du même code est ainsi modifié :

1° À la première phrase, après les mots : « lieux d'exercice », sont insérés les mots : « situés dans la région où a été dispensée leur formation et » ;

2° La dernière phrase est supprimée. »

Commentaire :

La régionalisation ne répondra pas aux inégalités de répartition infra régionales. Ces dernières semblent pourtant plus importantes que les disparités entre les régions.

Le Contrat d'engagement de service public (CESP) est une des mesures pouvant répondre en partie à la problématique de la démographie médicale. Cependant, on rémunère un étudiant et pas un poste. Financer un stage en zone rurale ne permettrait-il pas sa pérennisation et son attractivité ?

« Article 4

Après l'article L. 4131-6 du code de la santé publique, il est inséré un article ainsi rédigé :

« Art. L. 4131-6-1. – Dans un délai de trois mois à compter de la délivrance de leur diplôme d'État de docteur de médecine, les médecins désireux d'exercer leurs fonctions à titre libéral en font la déclaration auprès de l'agence régionale de santé de la région dans laquelle ils souhaitent exercer. Ils sont tenus de s'installer pour une durée d'au moins trois ans dans un territoire dans lequel le schéma visé à l'article L. 1434-7 indique que l'offre de soins de premier recours ne suffit pas à répondre aux besoins de santé de la population.

« L'alinéa précédent s'applique également aux médecins titulaires des titres de formation mentionnés à l'article L. 4131-1 et à ceux mentionnés à l'article L. 4131-1 et à ceux mentionnés à l'article L. 4131-1-1, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État.

« Le non-respect du présent article donne lieu au versement, par le médecin concerné, d'une pénalité financière dont le montant est fixée par voie réglementaire. »

Article 5

I. – Après l'article L. 4131-6 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 4131-6-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 4131-6-2. – I. – Les créations, transferts ou regroupements de cabinets de médecins soumis à la convention prévue à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale sont subordonnés 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. Les créations et transferts de cabinets ayant pour conséquence de dépasser, dans les régions, une densité maximale de médecins pour 100 000 habitants ne peuvent être autorisés.

« II. – Dans le cas d'un transfert ou d'un regroupement de cabinets de médecins soumis à la convention précitée 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 le département 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, 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. – En cas de création, transfert ou regroupement non autorisé conformément aux I à III, le directeur général de l'agence régionale de santé peut prononcer le placement du médecin concerné hors de la convention mentionnée au I.

« V. – 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 cas de force majeure. En cas de non-respect de cette obligation, le directeur général de l'agence régionale de santé peut prononcer le placement du médecin concerné hors de la convention mentionnée au I. »

II. – L'article L. 4131-7 du même code est complété par les 3° à 7° ainsi rédigés :

« 3° Les conditions de délivrance de l'autorisation mentionnée à l'article L. 4131-6-2 ;

« 4° Les modalités de présentation et d'instruction des demandes d'autorisation de création, transfert et regroupement de cabinets médicaux ;

« 5° Les modalités de contrôle du respect des obligations prévues à l'article L. 4131-6-2 ;

« 6° Les conditions minimales d'installation auxquelles doivent satisfaire les cabinets médicaux ;

« 7° Les critères de définition de la densité maximale visée au I de l'article L. 4131-6-2. » »

Commentaire (articles 4 et 5) :

Il s'agit là d'une proposition déjà formulée à maintes reprises.

Si de prime abord elle semble répondre à la problématique des zones dites déficitaires, elle comporte surtout le risque de désertifier les filières de santé.

Les zones dites déficitaires souffrent d'un manque d'attractivité. C'est sans doute sur ce point que la réflexion doit être menée. Plus que le lieu d'installation, ce sont les modalités d'exercice qui impactent sur le choix des jeunes professionnels.

De plus, une installation contrainte « d'au moins trois ans », non accompagnée de mesures incitatives et organisationnelles, sera probablement une installation « d'au plus trois ans ». Cela risque de générer un turn-over de l'offre médicale sans doute préjudiciable à la qualité de la prise en charge des patients.

CONTACTS

ANEMF : Pierre HAMANN – Président - president@anemf.org - 06 77 66 94 78

ISNAR-IMG : Charline BOISSY – Présidente - president@isnar-img.com - 06 73 07 53 01

ISNIH : François PETITPIERRE – Président – president@isnih.com - 06 58 25 32 03

ReAGJIR : Alice PERRAIN – Présidente - president@reagjir.com - 06 42 18 40 14