

ASSEMBLÉE NATIONALE

18 octobre 2008

PROJET DE LOI DE FINANCES POUR 2009 - (n° 1127)
(Première partie)

Commission	
Gouvernement	

AMENDEMENT

N° I - 261

présenté par
M. Boënnec-----
ARTICLE ADDITIONNEL**APRÈS L'ARTICLE 2, insérer l'article suivant :**I. – L'article 151 *ter* du code général des impôts est ainsi rédigé :

« I. – Est exonérée de l'impôt sur le revenu à hauteur de cinq jours de permanence par an la rémunération perçue au titre de la permanence des soins exercée en application de l'article L. 6314-1 du code de la santé publique par les médecins généralistes installés ou leurs remplaçants. Cette exonération n'est pas cumulable avec celles figurant aux deux alinéas suivants.

« II. – L'exonération de l'impôt sur le revenu mentionnée au I est portée à une somme équivalant à soixante-dix jours de permanence par an pour une permanence des soins exercée, en application de l'article L. 6314-1 du code de la santé publique, dans une zone très sous-dotée au sens du 2° de l'article L. 162-47 du code de la sécurité sociale. Cette permanence peut être assurée par tout médecin en exercice ou en retraite depuis moins de cinq ans ainsi que par tout interne en médecine générale.

« III. – Est également exonérée de l'impôt sur le revenu à hauteur de dix jours de permanence par an la rémunération perçue par les médecins au titre de leur participation à la régulation médicale au sein d'un centre de réception et de régulation des appels au sens de l'article L. 6112-5 du code de la santé publique ».

II. – La perte de recettes pour l'État est compensée à due concurrence par la création d'une taxe additionnelle aux droits visés aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

EXPOSÉ SOMMAIRE

La permanence des soins ambulatoire constitue une mission de service public formulée dans l'article L. 6314-1 du code de la santé publique. Elle assure à chacun le droit de recevoir des soins non programmés durant les périodes de nuit et de fin de semaine au cours desquelles les cabinets de médecins libéraux ont fermé leur porte.

Alors qu'il reposait auparavant sur une obligation de garde imposée à chaque médecin pour le compte de sa patientèle, le système a été profondément modifié en 2003 dans le sens d'une obligation collective fondée sur le volontariat individuel. Si le corps médical dans son ensemble conserve pour mission d'organiser la permanence des soins sous l'autorité de la puissance publique et des instances ordinaires, il revient désormais à chaque médecin de se porter volontaire pour exercer une garde dans un secteur territorial.

L'examen de la pratique de ces dernières années montre que la permanence des soins à la française fonctionne imparfaitement dans la mesure où les volontariats s'avèrent insuffisants pour assurer une garde homogène sur l'ensemble du territoire français. L'auteur de cet amendement a récemment présenté un rapport sur le sujet au nom de la délégation à l'aménagement et au développement durables du territoire de l'Assemblée nationale. Il en ressort une insupportable inégalité territoriale. D'une part les zones urbaines privilégiées comptent une densité élevée de médecins capables d'assurer la permanence des soins ainsi que des centres hospitaliers et des associations de type SOS Médecins : le besoin sanitaire apparaît parfaitement couvert. D'autre part, les zones rurales et les zones urbaines sensibles souffrent d'une présence médicale insuffisante : peu de médecins se portent volontaires pour y prendre des gardes, d'où d'évidentes carences, et les rares praticiens qui se placent au service de la population arrivent à un âge avancé.

Un problème générationnel se pose de plus avec les nouvelles habitudes sociales de la profession médicale. Auparavant à la disposition absolue de ses patients, le médecin tend désormais à exiger un temps de loisir et un respect de sa vie privée et familiale au même titre que l'ensemble de la société française. Cette réduction du temps médical global offert à la population se traduit dans certains départements par des réquisitions préfectorales comblant les vides des tableaux de garde, dans d'autres par des listes laissées incomplètes par des préfets déconcentrés. C'est, au final, la disparition de la République, à travers l'égal accès de tous aux soins, qui se produit dans ces zones noires.

Le présent amendement a pour objet d'inciter les praticiens médicaux à investir le champ de la permanence des soins afin que soit réduite la fracture sanitaire, à travers une modification de l'article 151 *ter* du code général des impôts. Cette disposition, positive mais insuffisante, procure à l'heure actuelle une exonération équivalente à soixante jours de rémunération de la permanence des soins aux médecins installés dans une zone sous-dotée et prenant des tours de garde à l'intérieur de cette même zone comme la loi les y oblige.

Le I du nouvel article 151 *ter* introduit une exonération de cinq jours de rémunération par an pour tout médecin généraliste opérant en cabinet s'engageant dans le dispositif de permanence des soins, quelle que soit sa zone d'exercice. L'objectif est de favoriser l'investissement de l'ensemble de la profession dans cette mission de service public.

Le II du nouvel article 151 *ter* correspond pour partie à la rédaction précédente. Il maintient une exonération fiscale conséquente au bénéfice des médecins participant à la permanence des soins dans les zones où la présence médicale s'avère la plus faible, portant son montant de soixante à soixante-dix jours de rémunération. Toutefois, comme cette mesure ne paraît pas susceptible de générer suffisamment d'installations de médecins libéraux dans lesdites zones, il est également proposé d'ouvrir la possibilité de réaliser ces gardes nocturnes et dominicales à des médecins installés en-dehors de ces territoires, ainsi qu'à des praticiens retraités depuis peu et qui seraient à même de contribuer à un meilleur accomplissement du service public de permanence des soins, et à des internes en médecine terminant leurs études de médecine générale.

Le III du nouvel article 151 *ter* introduit une exonération de dix jours de rémunération par an au bénéfice des médecins participant à la régulation téléphonique de l'aide médicale urgente et de la permanence des soins dans les centres d'appel du SAMU. Ainsi que l'a montré le rapport précité de la délégation pour l'aménagement et le développement durables du territoire, la montée en puissance de la régulation médicale est susceptible de renforcer la qualité de la réponse sanitaire apportée aux malades tout en réduisant le nombre de déplacements et d'hospitalisations injustifiés, particulièrement coûteux pour les finances publiques.