



N° 476

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

DIX-SEPTIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 23 octobre 2024

RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION DES FINANCES, DE L'ÉCONOMIE GÉNÉRALE ET DU
CONTRÔLE BUDGÉTAIRE SUR LA PROPOSITION DE LOI
*visant à exonérer de l'impôt sur le revenu les médecins et
infirmières en cumul emploi-retraite (n° 263),*

PAR M. MATTHIAS RENAULT

Député

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	5
I. L'OFFRE DE SOINS DOIT ÊTRE SOUTENUE SUR L'ENSEMBLE DU TERRITOIRE NATIONAL	6
A. DE NOMBREUSES PORTIONS DU TERRITOIRE DEMEURENT SOUS-DOTÉES EN MATIÈRE D'ACCÈS AUX SOINS	6
B. LA POLITIQUE D'ACCÈS AUX SOINS S'APPUIE SUR UN « ZONAGE » DU TERRITOIRE	8
II. DES INCITATIONS FINANCIÈRES SUPPLÉMENTAIRES APPARAISSENT PERTINENTES	11
A. UNE RÉGULATION TERRITORIALE RELATIVEMENT CONTRAIGNANTE EXISTE POUR LA PROFESSION D'INFIRMIÈRES LIBÉRALES	11
B. UNE RÉGULATION CONTRAIGNANTE N'EST PAS LA SOLUTION À PRIVILÉGIER POUR L'ACCÈS AUX MÉDECINS	11
C. DES MESURES RÉCENTES SEMBLENT AVOIR FAVORISÉ L'EXPANSION DU CUMUL EMPLOI-RETRAITE DES MÉDECINS	13
D. UNE INCITATION VIA L'IMPÔT SUR LE REVENU POURRAIT RENFORCER DE MANIÈRE SUPPLÉMENTAIRE ET TRANSITOIRE L'OFFRE DE SOINS.....	15
E. L'INCLUSION DES INFIRMIERS LIBÉRAUX DANS LE DISPOSITIF POUR DES RAISONS D'ÉGALITÉ DE TRAITEMENT	16
F. UN CALIBRAGE PLUS FIN DU DISPOSITIF POURRAIT RENFORCER SON EFFICACITÉ EN LIMITANT SON COÛT POUR LES FINANCES PUBLIQUES.....	19
COMMENTAIRE DES ARTICLES.....	21
<i>Article 1^{er}</i> (article 81 du code général des impôts) : Exonération du revenu procuré par une activité en cumul emploi-retraite par les médecins généralistes et les infirmières libéraux	21
<i>Article 2</i> : Gage.....	21
TRAVAUX DE LA COMMISSION	23
PERSONNES AUDITIONNÉES PAR LE RAPPORTEUR	33

INTRODUCTION

Cette proposition de loi vise à répondre au problème régulièrement dénoncé en France des déserts médicaux.

La désertification médicale, soit le faible accès effectif qu'ont les patients à des soignants, concerne aujourd'hui 87 % du territoire et plus particulièrement les territoires ruraux. L'Académie nationale de médecine estime, dans un rapport de 2023, que 30 % de la population française vit dans un désert médical.

Or, la demande de soins de premier recours augmente sous l'effet de la croissance démographique, du vieillissement de la population et des progrès induits par les techniques médicales.

L'offre de soins connaît pourtant une baisse tendancielle, en particulier pour les médecins généralistes, comme le pointent des récents rapports de la Cour des comptes et de l'Académie de médecine : le nombre de médecins généralistes en activité diminue de 1 % chaque année.

Au sein de cette offre globale, les différences de densité de médecins entre territoires sont structurellement sensibles et se sont aggravées ces dernières années. Les 10 % de la population les mieux dotés en médecins généralistes ont accès en moyenne à 5,7 consultations par an, tandis que les 10 % de la population les moins bien dotés ont accès en moyenne à 1,5 consultation par an, comme le relevait en 2023 la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère de la santé. Ici également, les inégalités sont croissantes.

Des mesures visant à résorber ces inégalités d'accès aux soins ont été mises en œuvre par les pouvoirs publics, mais elles ne paraissent manifestement pas suffisantes à ce jour pour répondre efficacement à cet enjeu majeur de santé publique.

C'est la raison pour laquelle la présente proposition de loi vise à encourager le dispositif de cumul emploi-retraite pour les médecins libéraux. Ce dispositif connaît d'ores-et-déjà un relatif succès, encouragé par certaines incitations financières instituées notamment en 2023 en matière de cotisations retraite.

Le dispositif inclut également les infirmières, malgré l'absence d'effet incitatif probable pour cette profession du fait de sa pénibilité élevée, comme en témoigne le faible nombre d'infirmières actuellement concernées par le cumul emploi-retraite. Cette mesure constituerait cependant une reconnaissance de

l'utilité publique des infirmières qui continuent à exercer leur activité après la retraite, et du service ainsi rendu à nos concitoyens.

Le coût budgétaire de la proposition de loi, évalué en fonction des données disponibles et transmises au rapporteur, resterait très modéré, à hauteur de moins de 75 millions d'euros, et ceci sans prendre en compte les économies induites à moyen terme (détectio plus précoce d'affections médicales dont le traitement est coûteux pour l'assurance maladie notamment). Ce coût pourrait en outre être encore réduit par l'adoption des amendements proposés en commission, et redéposés pour la séance publique, par le rapporteur. Ces amendements visent à cibler plus précisément le champ d'application du dispositif et prennent en compte les auditions conduites pour préparer l'examen de cette proposition de loi.

I. L'OFFRE DE SOINS DOIT ÊTRE SOUTENUE SUR L'ENSEMBLE DU TERRITOIRE NATIONAL

A. DE NOMBREUSES PORTIONS DU TERRITOIRE DEMEURENT SOUS-DOTÉES EN MATIÈRE D'ACCÈS AUX SOINS

Les difficultés d'accès aux soins constituent un problème mondial, comme l'a reconnu l'Organisation mondiale de la santé (OMS). La France s'inscrit donc dans ce phénomène. Au niveau national, se posent deux questions.

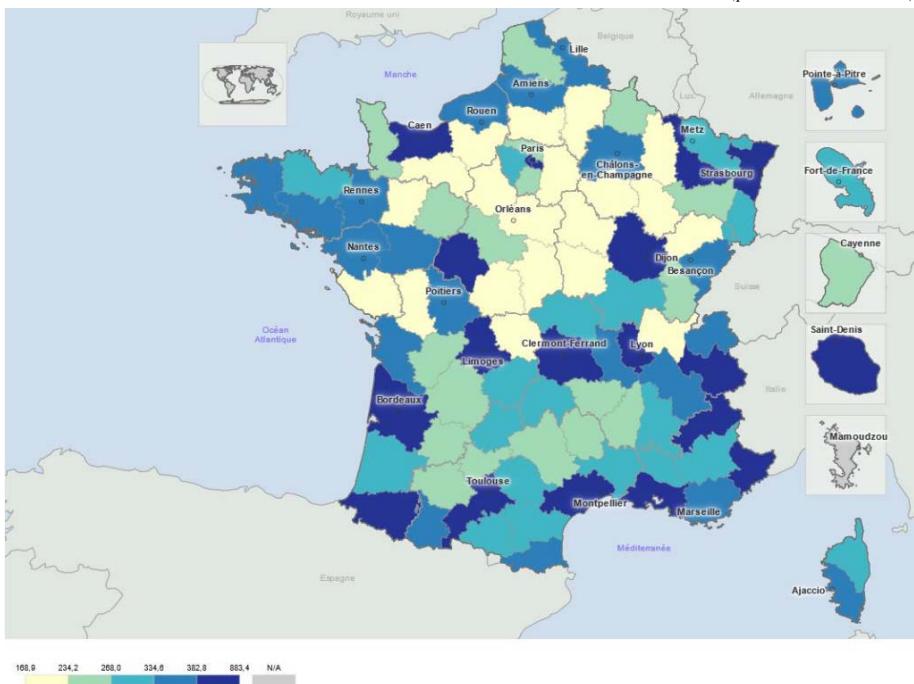
En premier lieu, le nombre de médecins est insuffisant du fait des conséquences de politiques publiques anciennes (encadrement du nombre d'étudiants en médecine par le *numerus clausus*). Le nombre de médecins en activité régulière baisse quasi-annuellement depuis 2010. On constate un léger rebond en 2023, selon l'atlas de la démographie médicale en France⁽¹⁾ (+0,8 % de médecins en activité régulière, c'est-à-dire hors remplaçants et médecins en cumul emploi-retraite). 237 300 médecins en activité sont ainsi inscrits à l'Ordre des médecins au 1^{er} janvier 2024. Parmi eux, 42,7 % sont des médecins généralistes. Toutefois, ce chiffre comporte des intermittents et des retraités actifs qui ne sont pas nécessairement actifs réguliers.

En second lieu, les médecins sont très inégalement répartis sur le territoire. Malgré le constat d'une hausse modérée du nombre de médecins en 2023, les inégalités territoriales se sont aggravées cette même année. Les territoires qui comportent des départements hospitalo-universitaires (DHU) voient leurs effectifs de médecins augmenter et rajeunir, tandis que les régions périphériques subissent à la fois une baisse et un vieillissement des effectifs de médecin. En conséquence, l'accès aux soins reste un problème majeur pour de nombreux territoires, essentiellement en dehors des grandes villes, des littoraux et des zones frontalières.

(1) Situation au 1^{er} janvier 2024, établi par l'ordre national des médecins.

DENSITÉS DÉPARTEMENTALES DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES EN ACTIVITÉ AU 1^{ER} JANVIER 2024

(pour 100 000 habitants)



Source : *Atlas de la démographie médicale en France (édition 2024)*, précité.

Ces inégalités territoriales sont accentuées par le fait que les départements les moins bien dotés comportent souvent une population plus âgée (ce qui suscite une demande de soins plus élevée). Ils ont tendance à être plus ruraux.

On relève cependant que, la ville de Paris étant mise à part, la région Île-de-France est elle-même sous-dotée. Selon un syndicat de médecins libéraux auditionné par votre rapporteur, « *la France entière est devenue un grand désert médical* ».

La spécialité la mieux répartie sur le territoire national semble rester la médecine générale. Les jeunes médecins recherchent cependant davantage un emploi salarié dans un hôpital qu'une installation en activité libérale. En outre, des déséquilibres sont observés dans la répartition des spécialistes. De manière générale, les différentes pénuries affectent l'ensemble de l'offre de soins. Même en cas d'une présence suffisante de médecins généralistes, le parcours de soin peut être ralenti ou interrompu sans accès rapide à une spécialité donnée.

En ce qui concerne les infirmiers libéraux, les auditions permettent de conclure à l'absence de « *désert infirmier* ». Cette profession est cependant également confrontée à la pression croissante liée au vieillissement de la

population et à la demande croissante de soins à domicile. En outre, ils exercent leur activité dans le cadre d'une ordonnance du médecin : la pénurie de médecins affecte donc par voie de conséquence les infirmiers.

B. LA POLITIQUE D'ACCÈS AUX SOINS S'APPUIE SUR UN « ZONAGE » DU TERRITOIRE

L'identification des territoires sous-dotés en offre de soin s'inscrit dans un zonage, dit « zonage médecins », qui distingue cible les territoires déficitaires en médecins généralistes.

Aux termes de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique, le directeur général de chaque agence régionale de santé (ARS) détermine tous les deux ans par arrêté « *les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins* ».

Les ARS s'appuient sur une méthodologie nationale, définie par arrêté ministériel⁽¹⁾. Cet arrêté précise que ces zones sont elles-mêmes divisées en deux catégories :

- les zones d'intervention prioritaire (ZIP), constituées des territoires les plus en tension selon le classement des ARS ;
- les zones d'action complémentaire (ZAC) constituées des territoires en tension mais à un niveau moins important que les ZIP.

La classification dans ces zones emporte le bénéfice de mesures mises en œuvre pour mieux répartir les professionnels de santé libéraux (aides à l'installation et au maintien de la part de l'État, de l'assurance maladie ou encore des collectivités territoriales)⁽²⁾.

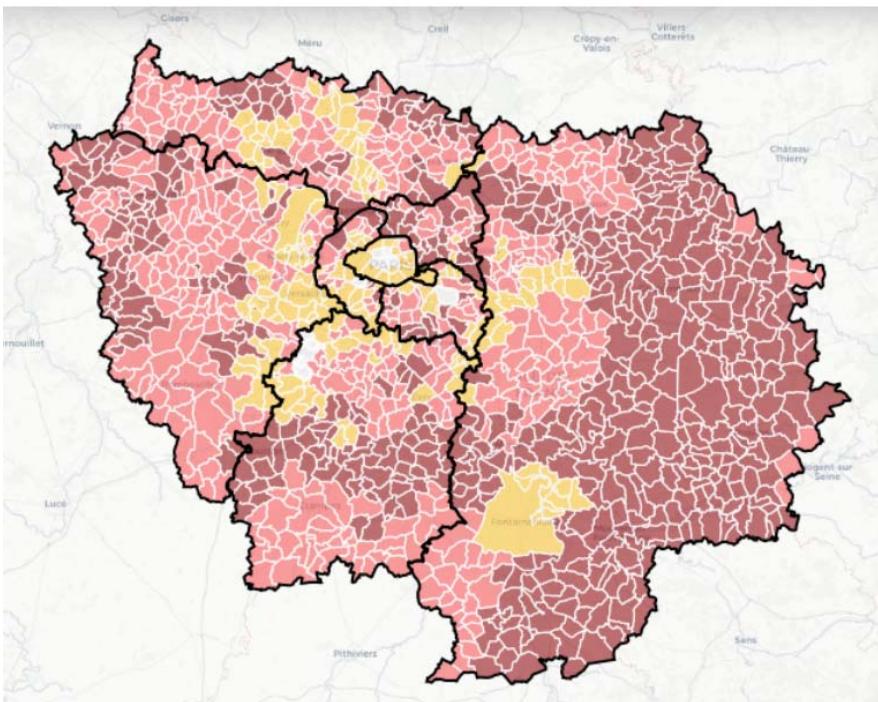
La publication des arrêtés régionaux intervient après une large concertation des professionnels de santé locaux, des représentants des collectivités territoriales et des usagers.

Chaque ARS peut modifier son arrêté régional dès lors que la situation locale le nécessite, en requalifiant des zones pour ajuster les aides en fonction des besoins. Le zonage peut en outre être encore plus fin. Par exemple, la région Île-de-France distingue, au sein des ZIP, des « ZIP+ », « *afin de les soutenir encore davantage par des incitations financières complémentaires et également par des soutiens à leur exercice dans ces zones les plus en tension* ».

(1) Arrêté du 1^{er} octobre 2021 modifiant l'arrêté du 13 novembre 2017 relatif à la méthodologie applicable à la profession de médecin pour la détermination des zones prévues au 1^o de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique. [Lien](#).

(2) Les différentes mesures applicables en ZIP et en ZAC sont précisées dans l'annexe de l'arrêté précité.

ZONAGE POUR LES MÉDECINS LIBÉRAUX EN ÎLE-DE-FRANCE



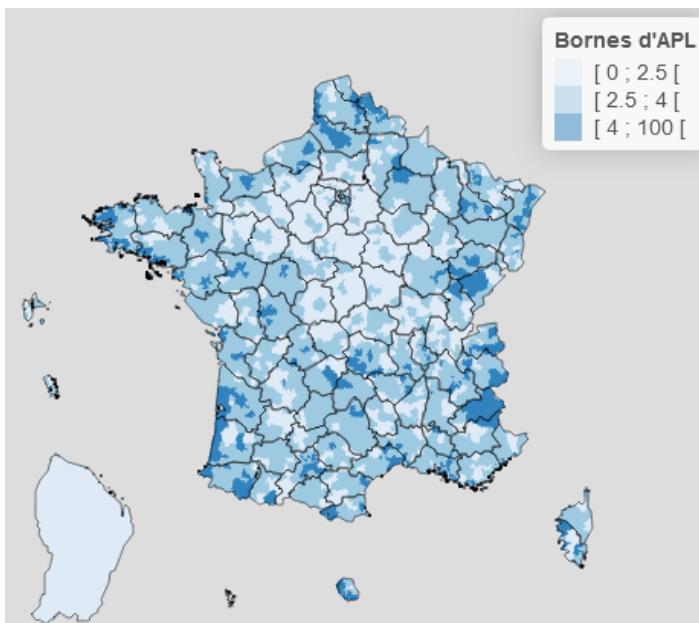
Source : site internet de l'ARS d'Île-de-France.

Lecture : en rouge foncé les « ZIP+ », en rouge clair les ZIP, en jaune les ZAC.

Le zonage en ZIP et ZAC est construit sur un indicateur publié par la DREES, l'accessibilité potentielle localisée (APL). La maille applicable pour l'établissement du zonage est le « territoire de vie-santé », ces territoires étant classés par ordre croissant de leur niveau d'APL. L'APL est calculée au niveau de la commune. Elle indique, pour une profession de santé donnée, le volume de soins accessible pour les habitants de cette commune, compte tenu de l'offre disponible et de la demande au sein de la commune et dans les communes environnantes (hors hôpital : pour les médecins généralistes et les infirmières, sont pris en compte ceux exerçant à titre libéral et ceux salariés en centre de santé). Pour les médecins généralistes, l'APL s'exprime en nombre de consultations accessibles par habitant à moins de 20 minutes du domicile. Pour les autres professions, l'unité utilisée est l'équivalent temps-plein (ETP). Selon la DREES, calculé à l'échelle communale, « *l'APL met en évidence des disparités d'offres de soins qu'un indicateur usuel de densité, calculé sur des mailles beaucoup plus larges (bassins de vie, départements...), aura tendance à masquer. L'APL tient également compte du niveau d'activité des professionnels de santé en exercice ainsi que de la structure par âge de la population de chaque commune qui influence les besoins en soins.* »

APL AUX MÉDECINS GÉNÉRALISTES LIBÉRAUX OU EXERCANT EN CENTRE DE SANTÉ DE MOINS DE 65 ANS EN 2022

Unité : nombre de consultations accessibles par an et par habitant



Source : outil applicatif de visualisation de l'APL de la DREES

Un zoom beaucoup plus fin (jusqu'à la commune) peut être réalisé sur le site internet de la DREES : <https://drees.shinyapps.io/carto-apl/>

On peut noter que les ZIP ne sont pas les seules zones qui conditionnent l'accès à des aides publiques pour les professionnels de santé. Ainsi, dans les zones France Ruralités Revitalisation (FRR)⁽¹⁾, des exonérations temporaires (totales pendant cinq ans à compter de l'installation dans la zone FRR, puis dégressives pendant trois ans) d'impôt sur les bénéfices (impôt sur le revenu ou sur les sociétés) sont prévues au bénéfice des professions libérales et sont notamment applicables aux professions médicales et paramédicales (au-delà des seuls médecins donc)⁽²⁾. Cet avantage fiscal peut donc contribuer à soutenir l'offre de soins dans les zones rurales. 17 700 communes sont classées en FRR. En 2021, la DREES relevait que les trois quarts des personnes les plus éloignées des professionnels de premiers recours (c'est-à-dire les 3 % de la population les moins bien lotis en accessibilité aux médecins généralistes, infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes) vivent dans des territoires ruraux⁽³⁾. Mais les ZIP et ZAC d'une part, et les FRR d'autre part, répondant à des objectifs différents de politiques publiques, et étant construites selon des méthodologies différentes, elles

(1) Les FRR remplacent les anciennes zones de revitalisation rurale (ZRR), ainsi que d'autres zonages plus spécifiques (article 73 de la loi de finances pour 2024).

(2) Des restrictions sont prévues pour éviter le « nomadisme médical ».

(3) Note de septembre 2021. [Lien](#).

ne se recoupent au mieux qu'en partie. Les communes situées en FRR bénéficient d'un ensemble de dispositifs de soutien public (d'ordre financier ou non) au delà de la question des déserts médicaux, et destinés à favoriser le développement économique et social des territoires ruraux⁽¹⁾. Au total, il est possible que l'articulation de ces différents zonages entraîne des effets de bord négatifs. Par exemple, un médecin libéral pourrait être incité à s'installer dans une commune zonée en FRR plutôt que dans un territoire voisin identifié comme ZIP ou ZAC par l'ARS.

II. DES INCITATIONS FINANCIÈRES SUPPLÉMENTAIRES APPARAISSENT PERTINENTES

A. UNE RÉGULATION TERRITORIALE RELATIVEMENT CONTRAIGNANTE EXISTE POUR LA PROFESSION D'INFIRMIÈRES LIBÉRALES

Pour la profession d'infirmier, comme pour les médecins, plusieurs mesures incitatives (contrats d'aide à l'installation notamment), sont prévues pour favoriser l'installation en activité libérale en ZIP et en ZAC.

En revanche, s'agissant des zones déjà largement pourvues en infirmières libérales, et contrairement à ce qui existe pour les médecins, des mesures de régulation démographique encadrent l'installation.

Dans les zones qualifiées de « sur-dotées », la régulation est forte : l'accès au conventionnement lors d'une installation ne peut intervenir que pour assurer la succession d'un infirmier ou d'une infirmière qui cesse définitivement son activité dans la zone.

Dans les zones dites « très dotées et intermédiaires » situées en périphérie des zones sur-dotées, l'installation est également encadrée, bien que de manière moins stricte : l'infirmier libéral qui s'installe nouvellement dans l'une de ces zones s'engage à réaliser deux tiers de son activité conventionnée dans sa zone d'installation. En cas de non-respect de cet engagement le conventionnement peut être remis en cause⁽²⁾. Le zonage, également réalisé par les ARS, a été révisé en 2020 et 2021 pour la profession d'infirmier.

B. UNE RÉGULATION CONTRAIGNANTE N'EST PAS LA SOLUTION À PRIVILÉGIER POUR L'ACCÈS AUX MÉDECINS

Pour la profession de médecin, la régulation de la démographie médicale s'opère notamment par la formation. Depuis 1971, *le numerus clausus* déterminait

(1) Les mesures financières adossées aux FRR sont présentées ici et les mesures non financières (ni fiscales ni sociales), [ici](#), sur le site collectivites-locales.gouv.fr.

(2) Avenant n° 6 à la convention nationale des infirmiers libéraux. [Lien](#).

le nombre d'étudiants accédant à la deuxième année des études médicales, afin notamment de contenir l'augmentation des dépenses de santé. Il a cependant conduit à former un nombre insuffisant de médecins, conduisant à une pénurie au niveau national, aggravée par l'augmentation et le vieillissement de la population. Le *numerus clausus* a été supprimé par la loi du 24 juillet 2019⁽¹⁾. Il a été remplacé par un « *numerus apertus* », qui prévoit (par décret) un nombre minimal, et non plus maximal, d'étudiants, en fonction des capacités des universités. L'un des objectifs de la réforme était de répondre aux besoins en termes de personnels médicaux sur le territoire, notamment de médecins. On constate ainsi en 2022-2023 une hausse des admis de 15 % en médecine par rapport à 2019-2020 (dernière année du *numerus clausus*)⁽²⁾. Des objectifs pluriannuels nationaux et régionaux de formation de professionnels de santé sont désormais définis et programment l'évolution de la démographie médicale sur le territoire. Le nombre d'étudiants formés atteint aujourd'hui 11 000 (nombre d'étudiants en deuxième année de médecine), et doit être de 12 000 en 2025⁽³⁾.

Toutefois, il ressort des auditions que l'amélioration de la démographie pourrait n'être effective, selon les syndicats de médecins auditionnés, et du fait de la durée des études de médecine, que dans 5 à 8 ans (certains anticipant même une durée allant jusqu'à 20 ans).

De nombreux dispositifs incitatifs et complémentaires ont donc été institués dans l'intervalle pour encourager l'installation de médecins en zones sous-denses, au premier rang desquels le contrat d'engagement de service public (CESP) qui consiste dans une allocation mensuelle en contrepartie d'un engagement à exercer au minimum deux ans sur un territoire. La loi du 27 décembre 2023⁽⁴⁾ (loi dite « Valletoux ») a encore récemment renforcé l'arsenal de mesures pour répondre aux inégalités territoriales de santé.

Toutefois, l'ensemble des mesures de régulation de l'installation des médecins libéraux n'ont pas conduit à remettre en cause la liberté d'exercice⁽⁵⁾ qui régit la profession. Le basculement dans une logique coercitive ne fonctionnerait pas nécessairement pour les médecins dont la population globale au niveau national est en tout état de cause insuffisante pour répondre aux besoins de tous les territoires. C'est donc le niveau national de l'offre de soins en médecine générale qui doit être renforcé, au plus vite. Face à une démographie médicale problématique, et à un délai de plusieurs années, voire décennies, avant que l'augmentation progressive du nombre de médecins formés puisse produire ses pleins effets, les pouvoirs publics doivent dégager des solutions temporaires pour pallier l'insuffisance de soins sur l'ensemble du territoire.

(1) Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

(2) Réponse du Gouvernement du 6 février 2024 à la question écrite n° 11765 de M. Fabien Di Filippo. [Lien](#).

(3) Le Monde, 2 octobre 2024 « Une légère hausse du nombre de médecins en 2024, mais des inégalités territoriales persistantes ».

(4) Loi n° 2023-1268 du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels.

(5) Article L. 162-2 du code de la sécurité sociale.

Dans ce cadre, le levier du cumul emploi-retraite peut être efficace, car il peut permettre de maintenir, voire d'augmenter rapidement, le nombre de médecins en activité. Les médecins potentiellement concernés sont en outre reconnus par leurs patients et expérimentés dans leur spécialité.

Les motivations pour poursuivre une activité médicale après la retraite peuvent être de plusieurs ordres et propres à chaque médecin : raisons financières, attachement à la profession, souhait de transmettre ou au contraire absence de remplaçant, souci de la patientèle, etc.

Le cumul emploi-retraite

Il permet de percevoir des revenus professionnels tout en étant retraité. Ce dispositif existe depuis la création du système de retraite en 1945, mais ses modalités ont été assouplies par la loi du 21 août 2003 puis par la loi de financement de la Sécurité sociale de 2009.

Pour bénéficier de ce dispositif, il faut à la fois avoir fait valoir ses droits à la retraite et avoir atteint l'âge du taux plein, ou avoir l'âge légal de départ à la retraite et justifier de la durée d'assurance nécessaire pour bénéficier d'une pension de retraite à taux plein.

Si l'assuré ne peut justifier du bénéfice de la retraite à taux plein, le cumul est soumis à une limitation de revenu : les revenus d'activité ne peuvent dépasser le plafond de la Sécurité sociale (46 368 euros en 2024)⁽¹⁾. Il s'agit alors du cumul partiel, par opposition au cumul intégral qui permet de percevoir la totalité des revenus issus de l'activité ou du régime de retraite.

Jusqu'à 2023 (voir ci-dessous), une fois entré dans le dispositif, le médecin continuait à verser des cotisations sociales pour la retraite mais celles-ci n'étaient plus attributives de droit : le montant de la pension de retraite était figé.

À noter que le Sénat avait déjà émis des doutes sur la constitutionnalité de cette règle (une cotisation sociale, contrairement à un impôt, ayant vocation à ouvrir des droits)⁽²⁾.

C. DES MESURES RÉCENTES SEMBLENT AVOIR FAVORISÉ L'EXPANSION DU CUMUL EMPLOI-RETRAITE DES MÉDECINS

Le levier du cumul emploi-retraite a déjà été mobilisé pour lutter contre les déserts médicaux. Ainsi, par exception au principe de cotisation « à perte » en cas de cumul emploi-retraite, les médecins retraités qui reprennent une activité (en cette qualité) dans une ZIP ou une ZAC et dont les revenus d'activité non salarié de l'avant-dernière année sont inférieurs à 80 000 euros sont dispensés de l'affiliation à leur régime de prestations complémentaires de vieillesse et donc du

(1) *Le plafond de la sécurité sociale barème sur lequel se base le calcul de nombreuses cotisations et prestations sociales.*

(2) *Par exemple dans son rapport sur le PLFSSR pour 2023. [Lien](#).*

paiement des cotisations afférentes⁽¹⁾, ceci afin d'inciter au cumul emploi-retraite dans ces zones sous-denses en médecins.

De plus, les médecins retraités continuant à exercer leur activité ou effectuant des remplacements dans une zone de désertification médicale (ZIP ou ZAC) en montagne sont exonérés par moitié du paiement des cotisations dues à leur régime de base⁽²⁾.

Des mesures supplémentaires d'incitation financière au cumul emploi-retraite ont été prises notamment à la suite de la crise sanitaire du covid-19, face au besoin accru et soudain de médecins.

L'article 13 de la LFSS pour 2023 a prévu l'exonération temporaire de cotisations retraite (régime de base, retraite complémentaire et régime de prestations complémentaires de vieillesse) sur les revenus issus de la reprise d'une activité libérale. Cette mesure n'était applicable que pour l'année 2023. La mesure était soumise à un plafonnement du revenu professionnel non salarié fixé à 80 000 euros⁽³⁾. Sur cette année, cette exonération des cotisations vieillesse a permis d'augmenter de 7 % le cumul emploi-retraites des médecins libéraux.

Ensuite, l'article 26 de la loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023 a permis aux assurés en cumul emploi-retraite intégral, sous réserve que la reprise d'activité intervienne au plus tôt 6 mois après la date d'entrée en jouissance de la pension, de se constituer des droits à pension supplémentaires en contrepartie des cotisations versées. Cette mesure est permanente (contrairement à l'exonération de cotisations de retraite de l'année 2023)⁽⁴⁾. Le montant de la nouvelle pension ne peut cependant excéder un plafond annuel fixé à 5 % du plafond de la Sécurité sociale⁽⁵⁾.

Cette mesure est effective de manière rétroactive au 1^{er} septembre 2023, sauf pour les médecins qui ont bénéficié de l'exonération temporaire de l'ensemble des cotisations de retraite pour cette même année (la mesure étant alors effective à compter de 2024).

Cette exonération permanente entraînera des surcoûts pour les régimes concernés, mais aussi des cotisations supplémentaires à terme. La direction de la sécurité sociale a précisé lors de son audition que cette mesure est plus soutenable pour la trajectoire financière de la caisse autonome de retraite des médecins de France (CARMF) qu'une exonération de cotisations. Il est difficile de tirer un

(1) Arrêté du 28 mai 2019 fixant le seuil d'affiliation au régime des prestations complémentaires de vieillesse des médecins libéraux prévu à l'article L. 645-1 du code de la sécurité sociale.

(2) Article L. 642-3 du code de la santé publique.

(3) Décret n° 2023-503 du 23 juin 2023 portant application des articles 13 et 17 de la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023.

(4) Nouvel article L. 161-22-1-I du code de la sécurité sociale.

(5) Décret n° 2023-753 du 10 août 2023 portant application de l'article 26 de la loi n° 2023-270 du 14 avril 2023 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023 relatif au cumul emploi retraite et à la retraite progressive.

premier bilan de l'efficacité de cette mesure, car son évaluation nécessite des échanges d'information entre caisses de retraite et ARS (et des développements informatiques afférents).

D. UNE INCITATION VIA L'IMPÔT SUR LE REVENU POURRAIT RENFORCER DE MANIÈRE SUPPLÉMENTAIRE ET TRANSITOIRE L'OFFRE DE SOINS

Selon un syndicat de médecins libéraux auditionné, l'avantage apporté par la présente proposition de loi pourrait être attractif et inciter certains praticiens à prolonger leur activité, à condition d'être pérenne et de viser l'ensemble des médecins.

Une mesure semblable a été prise au Royaume-Uni (allègement fiscaux pour les médecins retraités qui choisissent de reprendre une activité, notamment dans les régions rurales). En Allemagne, sont prévues des exonérations partielles de cotisations sociales, pour maintenir une offre de soins dans des régions où les pénuries médicales sont particulièrement problématiques.

L'activité libérale exclusive reste le mode d'activité principal chez les généralistes (pour 56 %).

Selon les informations transmises par la DSS lors de son audition, il y a 13 500 médecins libéraux en cumul emploi-retraite en 2024 (généralistes et spécialistes), dont 43 % de généralistes (soit environ 5 800).

Leur bénéfice non commercial (BNC) moyen s'élève à 64 000 euros selon la DSS. En conséquence, un calcul rapide pourrait conduire à une estimation d'environ 72 millions d'euros pour la mesure proposée.

Montant estimé

= Population de médecins libéraux généralistes en cumul emploi retraite
* montant de leur BNC * taux d'IR de 20 %

Nécessairement, cette évaluation ne prend pas en compte les autres déterminants du calcul de l'IR, mais donne un ordre de grandeur.

Toutefois, il convient également de prendre en compte les coûts évités par une augmentation supplémentaire des médecins en cumul emploi-retraite et donc de l'offre de soins, notamment ceux liés à des hospitalisations ou de dégradation d'états de santé à venir.

Cette mesure pourrait donc contribuer à un « choc d'attractivité » sur le cumul emploi-retraite, en complément des mesures déjà prises en loi de financement et de financement rectificative de la sécurité sociale.

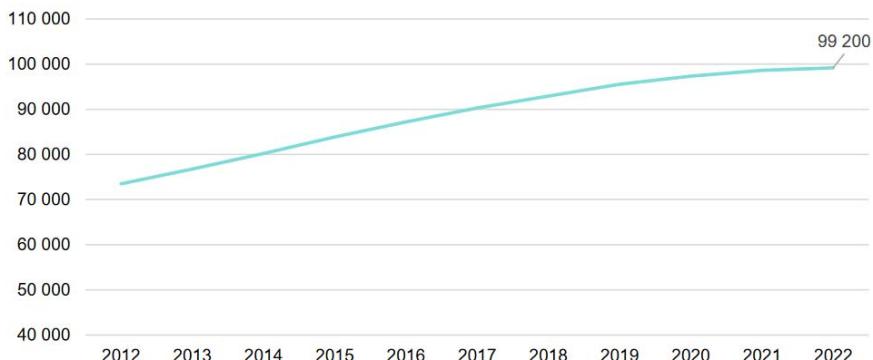
E. L'INCLUSION DES INFIRMIERS LIBÉRAUX DANS LE DISPOSITIF POUR DES RAISONS D'ÉGALITÉ DE TRAITEMENT

Il n'y a pas de « désert infirmier » à ce jour, selon l'ordre des infirmiers. Plusieurs raisons peuvent être invoquées.

D'abord, les études d'infirmiers éloignent moins les professionnels de leur territoire d'origine ou d'attache que les médecins, ce qui contribue à une répartition territoriale plus équilibrée.

Ensuite, la régulation de l'installation pour une activité libérale est effective pour cette profession. Cette régulation fonctionne : selon la direction générale de l'offre de soins (DGOS), on constate une baisse de 7 % des inégalités d'accès aux soins infirmiers entre 2019 et 2022. Par ailleurs, la démographie et la pyramide des âges est plus favorable que pour les médecins (la densité d'infirmières libérales a augmenté de 2,8 % par an en moyenne entre 2013 et 2021) ⁽¹⁾.

EFFECTIFS D'INFIRMIERS ET D'INFIRMIÈRES LIBÉRAUX

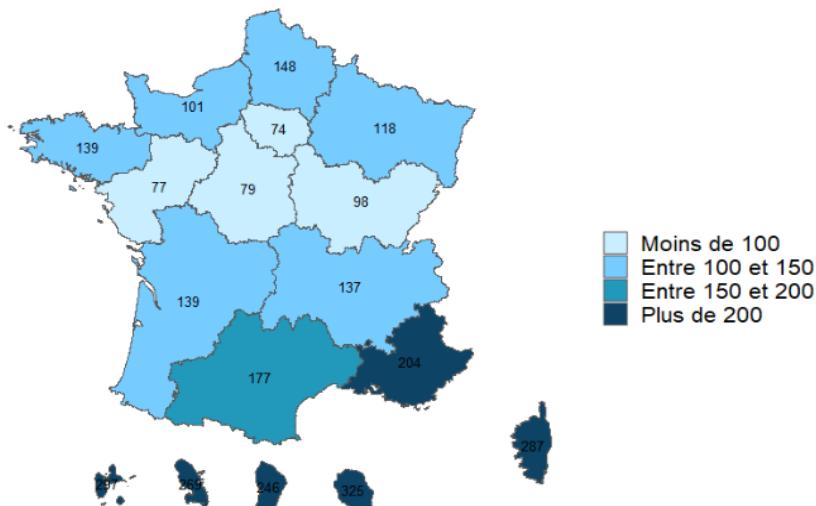


Source : *Démographie des infirmiers et des aides-soignantes, DREES*.

La densité d'infirmières libérales est cependant moins homogène que pour les salariés. Elle varie sur le territoire. En prenant en compte la croissance de la demande de soins avec l'âge, la répartition territoriale est légèrement moins hétérogène (tout en restant relativement inégalitaire).

(1) *Démographie des infirmiers et des aides-soignantes, DREES*. [Lien](#).

DENSITÉS RÉGIONALES STANDARDISÉES D'INFIRMIÈRES LIBÉRALES EN 2021

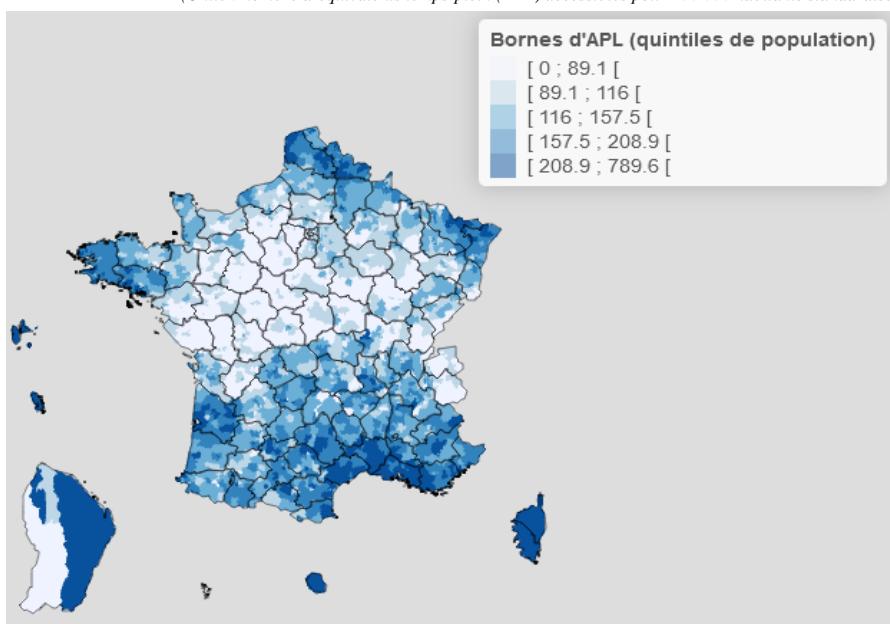


Source : *Démographie des infirmiers et des aides-soignantes, DREES.*

La densité standardisée signifie qu'il est tenu compte des besoins de soins différents selon l'âge.

APL AUX INFIRMIÈRES LIBÉRALES OU EXERÇANT EN CENTRE DE SANTÉ DE MOINS DE 65 ANS EN 2022

(Unité : nombre d'équivalents temps-plein (ETP) accessibles pour 100 000 habitants standardisés)



Source : *outil applicatif de visualisation de l'APL de la DREES.*

Un zoom beaucoup plus fin (jusqu'à la commune) peut être réalisé sur le site internet de la DREES : <https://drees.shinyapps.io/carto-apl/>

Malgré ce constat plus favorable, certaines zones sont identifiées comme sous-dotées, comme les zones rurales ou les périphéries des grandes villes. En outre, certains « signaux faibles » sont à surveiller : stabilité (et non plus augmentation) du nombre d’installations d’infirmiers libéraux, vieillissement de la population et donc hausse tendancielle de la demande de soins infirmiers, ou encore perspective du départ à la retraite d’environ 12 % des infirmiers dans les 5 années à venir. Selon les informations transmises par l’Ordre national des infirmiers, la population infirmière ne sera probablement pas suffisante d’ici 2040 face à la hausse des besoins de soins⁽¹⁾.

Mais en tout état de cause, il ressort des auditions qu’une exonération fiscale n’aurait qu’un effet incitatif faible sur le cumul emploi-retraite pour les infirmiers. En effet, on constate un risque physique d’épuisement en fin de carrière propre à cette profession, qui n’est pas observé pour les médecins (ou bien moins systématiquement). La proportion d’infirmiers qui parviennent à remplir les conditions d’un départ à la retraite à taux plein mais choisissent de continuer à travailler est donc marginale, et ne répond pas aux mêmes motifs que ceux des médecins. Selon les chiffres transmis par la DSSS, en 2023, seulement 683 infirmiers libéraux sont en cumul emploi-retraites, ce qui est anecdotique comparé au nombre d’infirmiers en France (environ 660 000 infirmiers selon les informations transmises par l’Ordre national des infirmiers lors de son audition).

Les infirmiers libéraux bénéficient d’une rémunération supérieure (par rapport aux salariés) mais leur temps de travail est également supérieur. La fatigue ressentie en fin de carrière est donc au moins aussi importante et n’incite pas au cumul emploi-retraite. Enfin, la reprise de l’activité suppose des formalités contraignantes : le paiement de cotisations, la déclaration auprès de l’ordre ou encore la souscription d’une assurance professionnelle. Dans ces conditions, il paraît raisonnable d’estimer que l’incitation financière sur l’impôt sur le revenu ne serait a priori pas décisive par elle-même pour déclencher une poursuite ou une reprise d’activité après la retraite.

L’inclusion des infirmiers libéraux dans le bénéfice de l’exonération ne peut donc répondre au même objectif que les médecins, à savoir soutenir une offre de soins fortement insuffisante (en tout cas, pas à titre principal). En revanche, il peut s’agir d’une mesure d’égalité de traitement entre professions médicales libérales qui prennent chacune leur part dans les soins apportés à la population. En outre, réservant cet avantage fiscal aux seuls médecins accentuerait davantage l’écart socio-économique entre les deux professions. Enfin, cette exonération constituerait une mesure de reconnaissance des difficultés d’exercice de la profession d’infirmier et de son utilité publique, notamment dans les zones peu dotées où la pression est supérieure.

(1) Informations développées dans cette étude de 2023 « Accès aux soins : les incertitudes sur la démographie infirmière pèsent sur les politiques publiques et la santé des Français ». [Lien](#).

S’agissant des finances publiques, l’extension de la mesure aux infirmiers aurait un coût réduit, du fait du faible nombre d’infirmiers concernés (voir ci-dessus).

F. UN CALIBRAGE PLUS FIN DU DISPOSITIF POURRAIT RENFORCER SON EFFICACITÉ EN LIMITANT SON COÛT POUR LES FINANCES PUBLIQUES

Deux modifications permettraient cependant de mieux calibrer le dispositif.

En premier lieu, exclure l’activité de téléconsultation par les médecins salariés d’une plateforme numérique (mais pas les médecins libéraux qui y recourent parfois avec leur patientèle). L’objectif est en effet de soutenir une activité médicale libérale sur le terrain.

En second lieu, il serait opportun de resserrer le dispositif sur les zones les moins bien dotées, pour que l’exonération soit à la fois plus efficiente et moins coûteuse, et pour limiter les effets d’aubaine.

*
* * *

COMMENTAIRE DES ARTICLES

Article 1^{er}

(article 81 du code général des impôts)

Exonération du revenu procuré par une activité en cumul emploi-retraites par les médecins généralistes et les infirmières libéraux

Cet article propose d'exonérer d'impôt sur le revenu (IR) le revenu issu d'une activité en cumul emploi-retraites par les médecins généralistes et les infirmières libéraux.

L'article a été supprimé à la suite de l'adoption par la commission des amendements de suppression CF1 et CF3.

*

* * *

Article 2

Gage

Cet article prévoit un mécanisme de compensation des pertes de recettes qui résulteraient pour l'État, de l'adoption de l'article 1^{er}.

Il a été rejeté par la commission.

*

* * *

TRAVAUX DE LA COMMISSION

Lors de sa réunion du mercredi 23 octobre 2024, la commission a examiné la proposition de loi visant à exonérer de l'impôt sur le revenu les médecins et infirmières en cumul emploi-retraite (n° 263) (M. Matthias Renault, rapporteur).

M. Matthias Renault, rapporteur. Les difficultés d'accès aux soins constituent un problème mondial, comme l'a relevé l'Organisation mondiale de la santé. En France, le problème des déserts médicaux est bien connu, à tel point qu'un syndicat de médecins a estimé, durant les auditions, que « la France tout entière est devenue un grand désert médical ».

Cette situation résulte à la fois de politiques publiques anciennes, notamment le numerus clausus, dont les effets sont difficiles et longs à résorber, de difficultés propres à certains territoires, et du vieillissement de la population, qui accroît la demande de soins. La France est confrontée à une insuffisance de médecins et à une répartition géographique déséquilibrée des généralistes comme des spécialistes.

En pratique, 87 % du territoire est un désert médical, selon la classification des agences régionales de santé (ARS) établie sur la base de l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée construit par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees). Cet indicateur permet de distinguer dans chaque région des zones d'intervention prioritaire et des zones d'action complémentaire, qui bénéficient de mesures de soutien à l'installation et au maintien d'une activité médicale libérale.

Des mesures ont été prises pour renforcer la présence de professionnels de santé, avec notamment la loi Valletoux du 27 décembre 2023. S'il est trop tôt pour faire un premier bilan de ce texte, de nombreux concitoyens continuent d'être pénalisés quotidiennement et peinent à se soigner.

À la suite de la crise du covid, certains leviers ont été mobilisés, parmi lesquels le cumul emploi-retraite. Les motivations des médecins poursuivant une activité médicale après la retraite sont très diverses : raisons financières, attachement à la profession, souhait de transmettre ou au contraire absence de remplaçant, souci de la patientèle... Le cumul emploi-retraite est un outil efficace pour augmenter le nombre de médecins en activité, lesquels sont en outre reconnus et expérimentés. Toutefois, son développement est freiné par l'obligation de payer des cotisations, ainsi que l'impôt sur le revenu, sur le revenu qui en est tiré.

Une disposition déjà ancienne permettait aux médecins retraités qui poursuivent leur activité dans un désert médical de bénéficier d'une dispense d'affiliation et donc de cotisation à un régime complémentaire de vieillesse. La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) de 2023 est allée plus loin, en prévoyant une exonération temporaire de toutes les cotisations retraites pour l'année 2023. La LFSS rectificative de 2023 a ensuite permis que les cotisations retraites payées pendant le cumul emploi-retraite donnent lieu à de nouveaux droits à pension.

Ces incitations semblent avoir permis un rebond du cumul emploi-retraite des médecins. En 2024, celui-ci concerne ainsi 13 500 médecins libéraux, dont 43 % de

généralistes, soit une augmentation de 12,3 % par rapport à 2018. Cette dynamique doit être poursuivie.

La présente proposition de loi propose ainsi d'exonérer d'impôt sur le revenu (IR) les médecins généralistes libéraux cumulant emploi et retraite. Cette mesure s'appliquera inévitablement à certains contribuables aisés. Toutefois, elle doit être comprise avant tout comme un levier pour augmenter l'offre de soins. Les représentants de la profession auditionnés ont tous considéré qu'elle pouvait contribuer à un choc d'attractivité pour le cumul emploi-retraite. Quant à son coût, il peut être maîtrisé. Nous l'estimons à environ 75 millions d'euros par an.

Nous proposons également d'exonérer d'IR les infirmières libérales en cumul emploi-retraite. La régulation est plus étroite pour cette profession et la démographie est plus favorable. Il n'y a donc pas de « désert infirmier » en France – ou plutôt, pas encore : de nombreux signaux faibles, soulevés en audition, doivent nous alerter.

Les auditions ont également permis de conclure à la probable absence d'effet incitatif de la mesure pour les infirmières, métier dont la pénibilité, notamment physique, est bien supérieure au métier de médecin. Leur inclusion serait donc davantage une mesure de reconnaissance de l'utilité publique de celles qui choisissent de continuer à travailler après la retraite et du service qu'elles rendent à nos concitoyens. Le nombre d'infirmières actuellement en cumul emploi-retraite est peu élevé : environ 900.

Nous proposons donc ici une mesure de santé publique au coût maîtrisé qui rétablira l'égalité de traitement entre professions médicales libérales.

M. le président Éric Coquerel. Je voterai contre ce texte. La niche fiscale que vous proposez coûterait 450 millions d'euros en perte de recettes rien que pour les médecins actuellement en cumul emploi-retraite, et 20 à 40 millions pour les infirmiers.

Les finances sociales seront déjà mises à contribution en 2025 au profit des médecins généralistes, avec l'augmentation du tarif de la consultation à 30 euros – dont je me félicite par ailleurs.

Ce dispositif incite les médecins âgés à rester en activité par intérêt fiscal. Je ne suis pas sûr que ce soit une bonne solution au problème des déserts médicaux, d'autant que vous n'établissez aucune distinction entre les zones bénéficiant d'une forte présence de professionnels médicaux et les zones sous-dotées.

Selon moi, il faut surtout financer l'université pour qu'elle accueille de nouveaux étudiants ; régulariser, dans une certaine mesure, les médecins étrangers ; améliorer les conditions de travail et réduire la charge de travail en développant l'exercice salarié en centre de santé. Il faudrait également envisager la création d'un corps de médecins fonctionnaires.

Quant aux infirmiers, le problème n'est pas que nous manquions de diplômés, mais que nombre d'entre eux aient renoncé à ce métier, à cause de l'insuffisance des revenus par rapport à la charge de travail. Il faut donc améliorer les conditions de travail et la rémunération, notamment pour les soignants hospitaliers.

Nous en venons aux interventions des orateurs des groupes.

M. Emmanuel Blairy (RN). Le manque de professionnels de santé se fait sentir de manière plus saisissante qu'ailleurs dans nos circonscriptions rurales, que je qualifie de « toundras médicales ». Le chiffre est stupéfiant : un rural vit deux ans et demi de moins qu'un urbain, à cause de l'éloignement des centres de décision et des centres de santé. À Bucquoy, dans ma circonscription, trois médecins généralistes partiront à la retraite en même temps, le 31 octobre prochain. Près de 4 000 patients, dont un grand nombre souffre d'affections de longue durée (ALD), n'auront donc plus de médecin généraliste. Je regrette que l'État, à travers les ARS, n'ait pas anticipé ce problème.

Comme l'écrivait Antoine de Saint-Exupéry, « Chacun est seul responsable de tous ». Avec ce texte, le Rassemblement national prend ses responsabilités dans la lutte contre les déserts médicaux. Marine Le Pen a rappelé nos lignes rouges à ne pas franchir sur le projet de loi de finances ; ce texte dessine en revanche une ligne bleu marine qu'il convient de suivre.

M. David Amiel (EPR). Je suis surpris par l'attitude du Rassemblement national. De même qu'il demande ou rejette, selon les jours, des hausses d'impôt massives, il arrive à donner des leçons de réduction des dépenses publiques tout en défendant le même jour deux propositions de loi, celle que nous examinons, qui coûterait 1 milliard, et celle devant abroger la réforme des retraites, qui dépasserait la dizaine de milliards. Chacun jugera de la cohérence de ces positions.

Par ailleurs, tout comme la proposition d'exonérer d'impôt sur les revenus les moins de 30 ans que le Rassemblement national a un temps soutenue, ce texte manifeste une méconnaissance complète des principes de progressivité et de ciblage des dispositifs fiscaux, tant en fonction du niveau de revenus que du lieu d'activité. Pour lutter contre les déserts médicaux, il faudrait pourtant concentrer les moyens publics sur ces zones.

Évidemment, il faut pouvoir s'appuyer davantage sur les médecins retraités pour traverser la période difficile qui nous sépare de l'arrivée sur le marché du travail des nouvelles générations formées grâce à la suppression du numerus clausus que nous avons voulue. Pour cela, nous disposons d'outils bien plus efficaces que celui proposé ici.

Je pense notamment à la retraite progressive que nous avons créée lors de la dernière réforme des retraites, qui permet d'ouvrir de nouveaux droits à pension dans le cadre du cumul emploi-retraite, ou aux aides à l'embauche d'assistants médicaux, pour décharger les médecins des tâches administratives. Les forfaits multiples doivent également être renforcés pour faciliter l'exercice médical dans certains territoires.

Mme Karen Erodi (LFI-NFP). Le Rassemblement national fait encore une fois la démonstration grandiose de son incompétence. L'exonération qu'il propose est à la fois fiscalement injuste, inefficace et socialement dangereuse. Rien qu'avec les médecins cumulant actuellement emploi et retraite, elle entraînerait une perte de recette de 450 millions par an pour l'État. Rappelons en outre que ces médecins bénéficient déjà, grâce à M. Macron, d'une exonération de cotisations sociales, alors que la rémunération des infirmières n'a pas été revalorisée depuis quinze ans. Ces disparités sont injustifiables, aussi proposerai-je une hausse de la tarification des actes infirmiers lors de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Surtout, alors que le Rassemblement national prétend défendre la retraite à 62 ans et la prise en compte des carrières difficiles et longues, il propose de faire travailler des infirmiers et infirmières jusqu'à 72 ans et des médecins jusqu'à 75 ans, main dans la main avec la Macronie, à l'origine de la loi Valletoux, qui favorise déjà le cumul emploi-retraite

du personnel médical. La retraite est un droit, celui de se reposer après une carrière longue et difficile.

Le texte rate de surcroît sa cible, les déserts médicaux, puisqu'il exonère indistinctement tous les professionnels de santé au lieu de cibler les zones sous-denses ou rurales.

Une étude de la Drees montre d'ailleurs que les exonérations de cotisation sociale de la Macronie ont eu des effets d'aubaine, qui se sont concentrés sur les zones urbaines plutôt que les zones rurales.

Pour lutter contre les déserts médicaux, il faut réguler l'installation des médecins, favoriser la formation universitaire, supprimer le numerus clausus, régulariser les médecins étrangers. Le présent texte n'est qu'une arnaque, et La France insoumise votera contre.

M. Guillaume Garot (SOC). Même si je vous sais gré d'appeler notre attention sur la désertification médicale, monsieur le rapporteur, ce texte n'est que de la poudre aux yeux. En prétendant régler le problème de la désertification médicale avec cette niche fiscale, vous vous moquez du monde.

Les allègements de cotisations retraite votés dans la loi de finances de 2023 pour les médecins poursuivant une activité n'ont pas eu l'effet escompté. Ils ont surtout favorisé le maintien en activité de professionnels dans les zones les mieux dotées. Les exonérations tombent donc à côté du problème – d'autant que celle proposée ici coûterait plusieurs centaines de millions d'euros : ce n'est pas un bon usage des deniers publics.

Pour ces raisons, nous présenterons un amendement de suppression de l'article 1^{er}.

Le vrai courage consiste à s'attaquer aux racines du problème. Pour cela, il faut parler de la formation des médecins, de la régulation à l'installation, des nouveaux modes d'exercice. Il faut en discuter avec l'ensemble des soignants. C'est ainsi que nous serons efficaces.

M. Philippe Juvin (DR). Il est fondamental de s'attaquer à la question du cumul emploi-retraite des médecins et des infirmiers. Un quart des psychiatres libéraux exercent actuellement dans ce cadre. Autrement dit, sans médecins continuant à travailler après leur retraite, il n'y a plus de système de santé.

En revanche, le coût du dispositif que vous proposez serait extrêmement élevé. L'Institut Montaigne l'évalue entre 819 millions et 1,09 milliard par an, soit plus de dix fois le montant que vous avez mentionné – et ce, uniquement pour les médecins. L'Institut relève en outre une possible difficulté constitutionnelle, car cette mesure entraînerait une rupture d'égalité devant l'impôt.

L'idée qui consiste à aider les soignants à continuer à travailler est bonne, mais le dispositif retenu n'est pas réaliste. Nous voterons contre cette proposition.

Mme Danielle Simonnet (EcoS). Cette proposition de loi est aussi démagogique qu'inefficace.

Le cumul emploi-retraite des professions libérales bénéficie déjà d'exonérations de cotisations sociales. Vous prévoyez d'y ajouter une exonération d'impôt sur le revenu.

Quel effet ? Cette exonération n'est assortie d'aucune condition relative à la zone où est installé le médecin ou l'infirmier. C'est une première absurdité.

Quel coût ? La somme colossale de 1 milliard par an.

Quel ciblage ? Aucun, alors que de nombreux spécialistes retraités perçoivent une pension de 133 000 euros par an et font partie des 2 % de la population aux plus hauts revenus. Faut-il vraiment leur organiser une exonération d'impôt sur le revenu ?

J'insiste sur les incohérences du Rassemblement national. Vous voulez abroger le report à 64 ans l'âge de la retraite, mais vous voulez faire travailler tous les retraités. Vous êtes contre le financement des pensions par les cotisations, mais vous avez voté contre l'amendement proposé pour abroger la réforme des retraites en augmentant lesdites cotisations. Et dans le même temps vous êtes contre l'impôt sur le revenu, surtout pour les plus riches, contre la restauration de l'impôt de solidarité sur la fortune et contre la *flat tax*.

En résumé, vous ne défendez pas la sécurité sociale et vous souhaitez qu'elle soit financée par l'impôt, tout en proposant des mesures inefficaces et affreusement coûteuses. Vous êtes complètement aveuglés par votre libéralisme et par votre logique discriminante.

Pour mettre fin aux déserts médicaux, il est urgent de supprimer le numerus clausus, d'en finir avec Parcoursup, de former suffisamment de médecins, d'infirmiers et d'aides-soignants, de revaloriser les salaires, de développer les centres de santé – qui répondent à une forte demande d'exercice salarié – et de conditionner l'installation – en exigeant que ceux qui auront bénéficié d'une formation payée par l'État commencent leur carrière en exerçant pendant plusieurs années dans des centres de santé des zones où manquent les soignants.

M. Emmanuel Mandon (Dem). L'existence de déserts médicaux est un fait reconnu, même si la tension entre l'offre et la demande de soins est très inégale selon les territoires. Cela résulte d'abord d'un phénomène ancien de fragilisation du système de santé. C'est aussi une conséquence des choix professionnels des nouvelles générations de médecins, qui ont été mal anticipés.

De nombreux médecins partiront à la retraite dans les prochaines années et la situation pourrait s'aggraver. Il nous revient de rechercher des solutions à cette crise.

Celle que le groupe RN propose ne semble pas satisfaisante à notre groupe. Certes, des mesures favorisant le cumul emploi-retraite pourraient éviter d'aggraver la situation, mais le dispositif proposé souffre de défauts majeurs.

D'abord, le texte va bien au-delà de l'objectif affiché puisqu'en l'état de la rédaction, l'exonération pourrait bénéficier à une quinzaine de professions libérales, dont les architectes, les experts-comptables ou les moniteurs de ski.

Même si le dispositif était bien réservé aux professions médicales, son coût serait potentiellement très lourd, ce qui est incompatible avec la situation des finances publiques.

Le groupe Les Démocrates propose pour sa part que l'on réfléchisse à des mesures plus ciblées et plus efficaces, telles que la pérennisation de l'exonération de cotisations retraite pour les médecins qui cumulent emploi et retraite.

Par conséquent, nous voterons contre une proposition insuffisamment ciblée et certainement coûteuse pour les finances publiques.

M. Christophe Plassard (HOR). Le cumul emploi-retraite est en constante augmentation chez les professionnels de santé, depuis plus de vingt ans. Même si la médecine est une vocation avant d'être un métier, cela ne suffit pas à expliquer cette croissance constante, en accélération ces deux dernières années.

La raison se trouve au cœur même de nos circonscriptions, où il est toujours plus difficile d'avoir accès à un médecin ou à un infirmier alors que notre modèle social est présenté comme un exemple. Il n'est pas acceptable d'avoir à patienter des semaines ou d'avoir à parcourir 40 kilomètres. Dans mon département de la Charente-Maritime comme partout en France, la situation est urgente. Il faut agir.

Mais, en pratique, il faut près de dix ans pour former un médecin et plus de trois ans pour former une infirmière – laquelle ne peut exercer en libéral qu'après deux ans d'expérience à l'hôpital. La lutte contre les déserts médicaux se joue sur le temps long.

Le texte présente le mérite de proposer une solution, mais plusieurs points méritent d'être discutés.

Le premier concerne l'accès à la médecine de ville. Les études montrent que le cumul emploi-retraite est majoritairement pratiqué par des spécialistes, alors que l'on a surtout besoin de généralistes dans les déserts médicaux.

Ensuite, on remarque que les médecins qui cumulent ne sont pas ceux qui sont le plus dans le besoin. Il s'agit donc davantage d'un choix personnel que d'une nécessité financière, ce qui remet en cause la pertinence d'une mesure fiscale qui, par ailleurs, ne tient aucun compte du lieu d'exercice.

Enfin, cette mesure coûterait environ 1 milliard d'euros. Ce serait acceptable si nous avions la garantie de régler le problème des déserts médicaux, mais tel n'est pas le cas.

Cette proposition est trop limitée et ses résultats sont incertains. Encourager le cumul emploi-retraite des professionnels de santé mérite un texte plus large, qui pourrait reprendre diverses initiatives déjà existantes. C'est la raison pour laquelle notre groupe votera contre cette proposition.

M. Michel Castellani (LIOT). Le problème soulevé est réel, mais il n'y a qu'une solution de fond : augmenter les moyens destinés à la formation de personnels soignants.

Le cumul emploi-retraite permet bien sûr d'atténuer les manques, surtout dans les zones tendues, mais le dispositif proposé se heurte frontalement au contexte budgétaire que nous connaissons tous. Il coûterait des centaines de millions que nous n'avons pas.

Plusieurs dispositifs contribuent déjà au maintien en activité des praticiens, dont des exonérations de cotisations sociales, un certain nombre de primes et des exonérations fiscales pour ceux qui exercent en zone de revitalisation rurale.

M. Gérault Verny (UDR). Les Français demandent aux responsables politiques du bon sens et du pragmatisme.

Il n'y a pas assez de médecins formés ni d'infirmières, mais la suppression du numerus clausus ne permettra d'obtenir une réponse que dans dix ou douze ans. Cela ne

résout en rien le problème actuel. En outre, les déserts médicaux éloignent les patients des soins et entraînent un coût supplémentaire, puisque les pathologies qui ne sont pas prises en charge de façon précoce s'alourdissent.

Le texte propose donc une mesure assez simple : une incitation au cumul emploi-retraite afin de pallier le manque d'anticipation – encore un – des gouvernements précédents.

Les médecins et les infirmiers seront libres d'utiliser ou non ce dispositif. Il n'est donc pas question de repousser l'âge de leur départ à la retraite, puisque le cumul reposera sur le volontariat.

Quant au coût de la mesure, il faudra l'évaluer en prenant en compte les économies qui résulteront d'un traitement plus précoce des pathologies.

Pour toutes ces raisons, notre groupe soutiendra cette proposition.

M. Matthias Renault, rapporteur. Deux évaluations du coût du dispositif circulent, qui sont très largement exagérées.

Celle de 1 milliard effectuée par l'Institut Montaigne, en réaction au programme du Rassemblement national pour les élections législatives, repose sur l'hypothèse que l'exonération bénéficierait à tous les médecins et non pas aux seuls médecins généralistes libéraux, qui constituent 42 % des médecins en cumul emploi-retraite.

Ensuite, l'Institut applique l'exonération au revenu global des médecins, alors que la proposition vise seulement les revenus d'activité des retraités.

Enfin, il part de l'hypothèse que la mesure permettrait de multiplier par deux le nombre de médecins cumulant emploi et retraite. Même si nous nous réjouissons que l'Institut Montaigne reconnaît une si grande efficacité au dispositif que nous proposons, c'est déraisonnable. On compte actuellement 13 500 médecins qui cumulent emploi et retraite, on peut au mieux en espérer quelques milliers de plus dans quelques années.

J'ai par ailleurs déposé trois amendements répondant à certaines interrogations qui ont été exprimées. L'un prévoit de recentrer le dispositif sur les zones d'intervention prioritaire, autrement dit les déserts médicaux. Un autre propose de plafonner à 80 000 euros les revenus exonérés, soit le montant retenu par décret dans le cadre de la LFSS de 2023 s'agissant de l'exonération de cotisations retraite. L'objectif est d'éviter des effets d'aubaine trop importants. Le troisième propose d'exclure du dispositif les médecins salariés d'une société de téléconsultation. Il s'inspire d'une proposition formulée par les syndicats de médecins lors de leur audition et vise à favoriser ceux qui exercent directement au contact des patients.

J'ai procédé à une estimation du coût de ce dispositif amendé. Sur 13 500 médecins libéraux en cumul emploi-retraite en 2024, 42 % sont des généralistes visés par la proposition, soit environ 5 800 médecins. Selon la direction de la sécurité sociale, leur bénéfice non commercial s'élève en moyenne à 64 000 euros. Si l'on considère que le taux d'imposition moyen de cette population est de 20 %, on obtient un montant d'environ 72 millions pour les seuls médecins, soit un coût relativement maîtrisé. Le coût serait dérisoire en ce qui concerne les infirmières, puisque moins de 900 d'entre elles pratiquent le cumul.

Les critiques formulées par la gauche soulignent ses positions dans le débat sur la liberté d'installation des médecins. Faut-il instaurer des contraintes en matière d'installation des médecins, comme c'est déjà le cas pour les pharmaciens et les infirmières ? Si ces dernières ont accepté des limites à leur liberté d'installation dans le cadre de la convention, c'est aussi parce que l'évolution de leur nombre n'est pas comparable à celui des médecins. On pourra peut-être discuter de mécanismes plus coercitifs s'agissant de ces derniers lorsque la démographie médicale sera devenue plus favorable grâce à la fin du numerus clausus, mais nous n'en sommes pas du tout là. Il faut donc trouver une solution provisoire qui soit acceptable en évitant de braquer toute la profession.

Monsieur Juvin, vous avez à juste titre soutenu l'exonération des cotisations vieillesse prévue dans la LFSS de 2023 et sa reconduction en 2024. Lors de leur audition, les représentants de la direction de la sécurité sociale ont indiqué que ce dispositif avait dès le départ vocation à ne s'appliquer que pendant un an, en attendant que la réforme des retraites prévue dans la loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023 crée de nouveaux droits pour les cotisants. Comme cette dernière est entrée en vigueur, selon eux les deux dispositifs ne devraient pas se cumuler.

Je ne sais pas ce à quoi faisait référence M. Barnier dans son discours de politique générale lorsqu'il s'est dit, en termes très généraux, ouvert à une réflexion sur le régime du cumul emploi-retraite pour les personnels médicaux. Mais quelle que soit l'intention du Gouvernement, ce dernier n'a pas déposé d'amendement pour pérenniser le dispositif voté en LFSS. Si tel était le cas, nous le soutiendrions.

Je relève enfin qu'il existe une petite injustice fiscale et sociale entre le régime applicable aux médecins et celui applicable aux infirmiers – c'est aussi pour cela que nous les avons inclus dans notre proposition. En effet, l'exonération de cotisations votée en 2023 ne bénéficiait qu'aux médecins, alors même que le coût de l'extension de la mesure aux infirmières aurait été limité en raison du faible nombre de celles qui seraient potentiellement concernées. Notre proposition vise donc moins à les inciter à pratiquer ce cumul qu'à reconnaître l'utilité publique de celles qui continuent à exercer malgré la pénibilité de leur travail.

Article 1^{er} :

Amendements de suppression CF1 de M. Guillaume Garot et CF3 de Mme Karen Erodi

M. Matthias Renault, rapporteur. Je crois que nous avons fait le tour de la question. J'insiste simplement sur le fait que le coût de la mesure est maîtrisé, puisque l'ordre de grandeur est au maximum de 100 millions – très loin de l'évaluation à 1 milliard qui a pu être avancée. Avis évidemment défavorable.

La commission adopte les amendements.

En conséquence, l'article 1^{er} est supprimé et les amendements CF6, CF5 et CF4 de M. Matthias Renault tombent.

Article 2 : Gage de recevabilité financière

*La commission **rejette** l'article 2.*

*La commission ayant **rejeté** tous les articles de la proposition de loi, l'ensemble de celle-ci est **rejeté**.*

PERSONNES AUDITIONNÉES PAR LE RAPPORTEUR

– Direction générale de l'offre de soins (DGOS)

M. Mickael Benzaqui, sous-directeur de l'accès aux soins et du premier recours

– Ordre national des infirmiers

Mme Sylvaine Maziere-Tauran, présidente

– Syndicat des médecins libéraux (SML) *

Dr Eric Tanneau, secrétaire général

– Confédération des syndicats médicaux français *

Dr Franck Devulder, président, Dr Luc Duquesnel, président « Les Généralistes » et Dr Bruno Perrouty, président « Les Spécialistes »

– Infin'idels

Mme Michelle Drouin, présidente

– Syndicat national des infirmiers libéraux *

M. Daniel Guillerm, président

– Fédération nationale des infirmiers *

Mme Pascale Lejeune, secrétaire générale

– Convergence infirmière

– Direction de la Sécurité sociale :

M. Morgan Delaye, chef de service, adjoint au directeur de la sécurité sociale, Mme Delphine Chaumel, sous-directrice de la direction des retraites et des institutions de la protection sociale complémentaire et M. Hédi Brahimi, adjoint à la sous-directrice de la direction des retraites et des institutions de la protection sociale complémentaire

* Ces représentants d'intérêts ont procédé à leur inscription sur le registre de la Haute Autorité pour la transparence de la vie publique.