



Analyse de la [Proposition de Loi n°682](#) dite PPL Garot

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

DIX-SEPTIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 3 décembre 2024.

PROPOSITION DE LOI contre les **déserts médicaux**, d'initiative **transpartisane**,

Exposé des motifs :

Le chapitre I^{er} de la proposition de loi met en place un ensemble de mesures permettant d'améliorer à court terme l'offre de soins médicaux dans les territoires sous-dotés, notamment par une meilleure répartition des médecins. Les six premiers articles du texte partent du constat que des actions puissantes sont nécessaires pour traverser le creux de démographie médicale que nous vivons actuellement. La nécessité d'une régulation de l'installation reste une conviction partagée au sein du groupe de travail transpartisan, sans qu'elle soit considérée comme l'unique réponse à apporter.

L'article 1^{er} permet de flécher l'installation des médecins – généralistes et spécialistes – vers les zones où l'offre de soins est insuffisante.

Il crée une autorisation d'installation des médecins, délivrée par l'ARS.

Cet article est donc la création d'une carte sanitaire, c'est la mise à bas de la liberté d'installation, pilier de la médecine libérale, il rapproche le médecin du statut de fonctionnaire sans les avantages du fonctionariat. Il est dangereux en ce qu'il ne tient pas compte de l'intérêt de ce qui fait l'architecture du secteur libéral dans le choix par les jeunes médecins de son secteur d'installation, il porte en lui les germes d'un effondrement du choix de la médecine générale notamment.

En zone sous-dotée, l'autorisation est délivrée de droit pour toute nouvelle installation. Dans tous les autres cas, c'est-à-dire lorsque l'offre de soins est au moins suffisante, l'autorisation est délivrée uniquement si l'installation fait suite à la cessation d'activité d'un praticien pratiquant la même spécialité sur ce territoire. L'autorisation d'installation intervient après consultation, par l'ARS, de l'Ordre départemental des médecins.

Dès le premier article nous percevons le manque de connaissance de la problématique par les rédacteurs de la proposition de loi, la France est en effet une nation composée soit de déserts médicaux soit de territoires en voie de désertification. Nous l'affirmons : nous ne connaissons pas de territoire où il y a trop de médecins, à ce titre nous rappelons que L'UFMLS propose 3000 euros au maire qui déclarera avoir trop de médecins sur son territoire et ne pas vouloir

qu'un médecin de plus ne s'y installe, cette prime est actuellement de 5000 euros et n'a toujours pas trouvé preneur.

<https://www.lequotidiendumedecin.fr/sante-societe/politique-de-sante/desertification-lufml-s-propose-doffrir-3-000-euros-aux-maires-estimant-etre-assez-dotes-en-medecins>

Il s'agit d'un premier pas dans la régulation de l'installation des médecins sur le territoire, qui permettra, à tout le moins, de stopper la progression des inégalités entre territoires.

Il est donc clairement exprimé dans la proposition de loi : « un premier pas » que le but est la régulation de l'installation des médecins sur le territoire et donc la perte totale et définitive de la liberté d'installation. Naturellement comme nous pourrons le voir tout au long de cette proposition de loi, cela se fait sans aucune autre contrepartie. Les rédacteurs de cette proposition de loi dont beaucoup sont responsables de la situation actuelle pour avoir soutenu les lois sanitaires successives ou appartiennent à des partis politiques qui ont conçu ces mêmes lois, décident de supprimer un des principaux attraits de la médecine libérale sans aucune contrepartie et imaginent que cela ne va pas impacter les orientations des étudiants en médecine : attention danger !

La mesure vise à orienter l'installation des professionnels de santé vers les zones où l'offre est la moins dense par un aménagement du principe de liberté d'installation, qui continue de prévaloir.

Cette phrase est en contradiction avec la phrase précédente : « un premier pas vers la régulation de l'installation des médecins sur le territoire », elle traduit plus que tout autre la légèreté coupable des rédacteurs de cette proposition de loi.

Voici quelques exemples de territoires en pénurie de médecins ou en voie de désertification qui mettent à bas le mythe de l'installation au soleil ou dans les seules grandes villes :

97 % de l'île de France est considéré en désert médical

<https://www.francebleu.fr/infos/sante-sciences/97-de-l-ile-de-france-est-consideree-comme-un-desert-medical-selon-l-urps-9540812>

<https://www.europe1.fr/societe/desert-medicaux-a-paris-personne-ne-veut-me-prendre-juste-pour-une-visite-la-detresse-des-habitants-du-18e-4263482>

Toulouse : 90000 Toulousains n'ont pas de médecins traitants

<https://www.francebleu.fr/emissions/bienvenue-chez-vous-comme-a-la-maison/comment-etre-mieux-soigne-en-france-qu-en-pensez-vous-en-occitanie-9068901>

Marseille : le désert avance

<https://www.laprovence.com/article/sante/7829839740775215/marseille-en-ville-aussi-le-desert-medical-avance>

Bordelais : situation gravissime

https://actu.fr/nouvelle-aquitaine/la-reole_33352/ce-territoire-rural-de-gironde-lutte-pour-ne-pas-devenir-un-desert-medical-la-situation-est-gravissime_61829511.html

<https://www.sudouest.fr/gironde/martignas-sur-jalle/pour-nous-c-est-l-enfer-a-martignas-sur-jalle-le-manque-de-medecins-penalise-les-habitants-18942483.php>

Nice : désert médical

<https://www.nicematin.com/sante/la-ville-de-nice-devient-elle-un-desert-medical-le-numerus-clausus-pointe-du-doigt-787778>

Lyon : désert médical

https://www.lyoncapitale.fr/actualite/enquete-penurie-de-medecins-generalistes-jusquau-coeur-de-lyon#google_vignette

VAR : gravité de la situation quant à l'accès aux soins

<https://www.tv83.info/var-gravite-de-la-situation-quant-a-laccs-aux-soins/>

Perpignan : 10000 patients sans médecins traitants

<https://www.lindependant.fr/2024/02/02/10-000-patients-sans-medecin-traitant-a-perpignan-exemple-au-moulin-a-vent-avec-a-peine-deux-generalistes-pour-lun-des-plus-gros-quartiers-de-la-ville-11737548.php>

La Rochelle : la pénurie de médecins gagne aussi la ville

<https://www.sudouest.fr/charente-maritime/la-rochelle/la-rochelle-la-penurie-de-medecins-gagne-aussi-la-ville-12676514.php>

Bretagne : la moitié des communes n'ont pas de généralistes

<https://france3-regions.francetvinfo.fr/bretagne/ille-et-vilaine/carte-penurie-de-medecins-en-bretagne-la-moitie-des-communes-n-ont-pas-de-generaliste-2649840.html>

Ce cadre nouveau doit évidemment être soutenu par les mesures d'incitation déjà existantes, notamment pour les jeunes médecins, au plan financier comme au plan professionnel. Les politiques d'incitation à l'installation des médecins dans les zones sous-denses restent bien entendu nécessaires. Mais ces mesures ne répondent pas à l'urgence de la situation. Soit leur impact est trop faible compte tenu des moyens engagés – c'est le cas des incitations, qui coûtaient 86,9 millions d'euros par an à l'État en 2016 – soit il est à retardement, comme la réforme du numerus clausus dont les effets sur le nombre de médecins ne seront pas significatifs avant une décennie.

L'UFMLS rappelle qu'être médecin libéral ce n'est pas percevoir des subventions mais bien être honoré suffisamment pour développer son entreprise médicale, en d'autres termes, la subvention n'est pas adaptée à la structure même de l'esprit libéral et ne peut favoriser l'essor de la médecine libérale. L'UFMLS rappelle également que la problématique est plus le temps d'installation en libéral (8 à 10 ans pour s'installer en médecine de ville) que

l'augmentation du nombre de médecins. Ainsi il faut 10 ans pour former un médecin généraliste et 8 à 10 ans pour qu'il s'installe en médecine de ville soit 18 à 20 ans pour que la nation recueille les fruits de la formation. La perte de la liberté d'installation ne saurait raccourcir ce temps à l'installation : « on n'attire pas les mouches avec du vinaigre » disaient nos grand-mères...

L'article 2 propose de créer un indicateur territorial de l'offre de Soins (ITOS), élaboré conjointement par les services de l'État en lien avec les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) qui dresse une cartographie précise, par bassin de vie, de la répartition de l'offre de soins sur le territoire français. Cet indicateur définit également, dans les zones les plus sous-dotées, un niveau minimal d'offre de soins à atteindre pour chaque spécialité médicale.

Le travail de l'Ordre des médecins dans ses rapports annuels, et surtout l'accessibilité potentielle localisée (APL), calculée par la DREES, sont des outils instructifs et de bonnes bases de travail, mais ils manquent à la fois de visibilité et de reconnaissance. L'une des nouveautés de l'indicateur proposé est justement son objectif : orienter véritablement les politiques de santé. Inscrit dans la loi, il bénéficiera d'un travail concerté, d'une large diffusion et donc d'une dimension supplémentaire de puissance publique.

Outre la répartition des médecins généralistes et spécialistes, l'indicateur territorial de l'offre de soins devra être pondéré par les données démographiques et sociales des territoires. En effet, des facteurs comme l'âge, la prévalence des risques, le non-recours aux soins peuvent nécessiter une offre renforcée. Les résultats de cet indicateur, mis à jour annuellement, dresseront donc une cartographie très fine des besoins médicaux sur le territoire.

Complexification à outrance, L'UFMLS Syndicat dénonce la mise en place d'un « machin » de plus qui ne sera pas plus efficace que les précédents avec son lot de missions et de commissions coûteuses, d'administratifs en nombre, payés pour construire l'échec. Tout cela dans l'espoir de faire du médecin libéral un pion que l'on déplace au gré des résultats obscurs et non vérifiables produits dès lors par les ARS.

L'objet de l'indicateur territorial de l'offre de soins est avant tout d'être un outil uniforme d'aide à la décision pour les agences régionales de santé, d'abord dans la mise en place de l'autorisation d'installation délivrée par les ARS et dans l'élaboration des politiques territoriales de santé, puis dans la création d'un véritable maillage du territoire à long terme. Il sera également d'une grande utilité pour appuyer le travail des CPTS.

L'UFMLS rappelle que les CPTS dont elle a démontré l'absence de contrôles financiers autant qu'organisationnels depuis leur création et le coût faramineux au regard de leur absence de résultat concret ne saurait être des organisations représentatives de la profession. Les rédacteurs de la proposition de loi écartent les corps intermédiaires que sont les Syndicats représentatifs de la profession - une curieuse conception de la démographie sociale : inacceptable

Rapport sur les CPTS à lire sur <https://www.ufml-syndicat.org/>

La seconde partie de l'article 2 précise que le directeur général de l'agence régionale de santé doit s'appuyer sur l'indicateur territorial de l'offre de soins afin de déterminer annuellement les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins ainsi que les zones dans lesquelles le niveau de l'offre de soins est particulièrement élevé. Le directeur général de l'agence régionale de santé devra également fixer annuellement par arrêté l'offre de soins à pourvoir par spécialité médicale dans les zones caractérisées par une offre de soins particulièrement dégradée. Le but de cette nouvelle disposition est de donner un cadre d'application à l'article 13 de la présente proposition de loi, en renforçant le soutien public au salariat des médecins dans les territoires où la situation est la plus dégradée (absence ou quasi-absence d'une spécialité médicale à l'échelle d'un département entier, par exemple).

L'article 3 vise à favoriser l'installation durable des médecins sur le territoire en limitant la durée cumulée des remplacements en libéral dans la carrière d'un praticien. L'Ordre national des médecins estime qu'entre 2010 et 2023, le nombre de médecins dits « en intermittence » a augmenté de 64,4 % tandis que le nombre de médecins en activité régulière a diminué de 1,3 %. Le remplacement est notamment de plus en plus plébiscité parmi les médecins en début de carrière. Entre 2010 et 2023, l'effectif des primo-inscrits remplaçant a ainsi augmenté de 111,8 %, contre 53,6 % pour les primo-inscrits actifs réguliers, selon la Mutuelle d'assurance des professionnels de la santé.

Ces médecins remplaçants permettent d'assurer la continuité des soins dans de nombreux territoires. Néanmoins, il ne s'agit pas d'une solution pérenne pour garantir une offre de soins suffisante sur le long terme. Il reste ainsi préférable d'inciter les médecins à exercer de façon permanente, en particulier dans les zones sous-dotées.

La rédaction de la proposition de loi enlève donc une seconde liberté au médecin libéral par la limitation de la durée cumulée des remplacements, l'obligation encore et toujours, sans aucune autre contrepartie encore et toujours, et ils s'imaginent que cela va augmenter les vocations... délirant !

L'article 4 supprime la majoration des tarifs à l'encontre des patients non pourvus d'un médecin traitant.

Près de six millions de Français, dont 600 000 atteints d'affection de longue durée, n'ont pas de médecin traitant. La désignation d'un médecin traitant est souvent difficile, voire impossible pour les personnes habitant dans une zone où l'offre de soins est insuffisante. De ce fait, la majoration des tarifs à l'encontre des patients non pourvus d'un médecin traitant est une véritable double peine pour ceux qui rencontrent d'importantes difficultés pour se faire soigner.

La loi « Valletoux » avait intégré, sur proposition du groupe de travail transpartisan, une disposition supprimant la majoration des tarifs pour les patients dans les 12 premiers mois suivant la perte de leur médecin traitant. L'article 4 élargit le périmètre de suppression de cette majoration à l'ensemble des patients dépourvus de médecin traitant.

Cet article montre que les rédacteurs de la proposition de loi ne croient pas dans l'efficacité rapide de leur proposition de loi, cet article n'attire pas d'autre commentaire, si ce n'est que de remarquer que le nombre de Français sans médecin traitant ne cesse d'augmenter alors même que la couverture du territoire par les CPTS est proche d'être optimale, meilleure preuve de l'inefficacité totale de ces structures administrativo- sanitaires chères (au vrai sens du terme) au président Macron.

L'article 5 facilite l'exercice des praticiens à diplôme hors Union européenne (PADHUE). Il s'agit d'accorder une reconnaissance nouvelle à ces médecins qui œuvrent quotidiennement dans les établissements de santé les plus isolés du territoire sans compter leurs heures.

La première partie de l'article modifie les conditions d'autorisation à exercer pour les PADHUE afin de faciliter leur exercice dans les zones où l'offre de soins est particulièrement faible. Il permet au directeur général de l'agence régionale de santé d'autoriser par arrêté un médecin ressortissant d'un pays hors Union européenne – après évaluation stricte de ses compétences et de son niveau de connaissances – à exercer, notamment dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins.

Le recrutement de praticiens formés en dehors du territoire national est indispensable afin d'augmenter le nombre de médecins exerçant en France. Actuellement, il est très restreint, alors même que certains PADHUE sont totalement francophones et ont fait leurs études dans des facultés de médecine très bien classées au niveau international. Aujourd'hui, plusieurs milliers de médecins étrangers diplômés hors de l'UE suivent un parcours de validation des acquis de l'expérience en France, et une part importante d'entre eux ont d'ores et déjà les compétences pour exercer la médecine de plein droit. Cette première partie de l'article est inspirée du dispositif mis en place pour les départements de la Guyane, de la Guadeloupe, de la Martinique et de Mayotte, où les agences régionales de Santé peuvent autoriser par arrêté le recrutement de médecins ressortissants de pays hors Union européenne.

La seconde partie de l'article vise à gérer le « stock » des PADHUE présents en France et y travaillant depuis de nombreuses années. Il propose la création d'épreuves de vérification des connaissances (EVC) spécifiques et sans limitation du nombre d'admis au bénéfice des PADHUE pouvant justifier de deux ans d'exercice rémunéré en France, et sans limite quant au nombre de fois où ces derniers peuvent passer les dites épreuves.

L'UFMLS défend depuis toujours les médecins à diplôme hors union européenne dont elle dénonce les sous rémunérations toujours en vigueur dans de nombreuses structures hospitalières, elle ne saurait par contre cautionner, le vol de médecins à des pays qui en ont plus besoin que la France, pratique qui rappelle les heures coloniales et la Françafrique, pas plus qu'elle ne saurait cautionner un traitement différent entre les médecins Français et les médecins à diplômes hors union européenne face aux règles régissant les examens qualifiants.

L'article 6 organise l'extinction progressive du secteur 2 « hors-OPTAM ». Depuis quelques années, une inflation des tarifs de consultations de médecine générale ou de spécialité est observée. Elle est rendue possible par la pratique des dépassements d'honoraires sans

plafonnement pour les médecins conventionnés en secteur 2 « hors-OPTAM ». Cette pratique s'est renforcée chez les médecins nouvellement installés.

Dans les faits, selon une étude récente de l'association de consommateurs UFC-que-Choisir, les honoraires peuvent varier du simple au double selon les départements. Les médecins en secteur 2 « hors-OPTAM » se concentrent particulièrement dans les secteurs où la démographie médicale est relativement moins défavorable. Cette disposition renforce alors l'inégalité territoriale d'accès aux soins. Cet effet d'aubaine accroît également le renoncement financier aux soins chez les publics les plus précaires et participe alors à une médecine à deux vitesses. Afin d'encourager une meilleure répartition de la cartographie des soins sur le territoire dans un contexte de désertification médicale, l'article 6 propose de mettre en place l'extinction progressive de la pratique d'honoraires de secteur 2 « hors-OPTAM » en l'interdisant pour toute nouvelle installation.

Cet article est une folie, L'UFMLS rappelle que le secteur deux a permis le développement de nombres de spécialités médicales dont la chirurgie, chirurgie libérale qui réalise 61 % d'actes de chirurgie ambulatoire quand l'hôpital en réalise 44% et est donc moins coûteuse pour la nation. L'UFMLS indique rappelle que les honoraires complémentaires sont surveillés et encadrés. Pour L'UFMLS une fois de plus les complémentaires et notamment les mutuelles sont protégées par les rédacteurs de la proposition de loi dont beaucoup appartiennent à des partis politiques dont on connaît la proximité pour ne pas dire la dépendance avec ces structures. Faut-il rappeler que notre système de santé est socialisé, que nombre de patients bénéficient de la CMU, CMUC ou de l'aide à la complémentaire santé, ou encore de carte avance santé. L'UFMLS rappelle que selon une enquête de l'URPS médecins libéraux Île-de-France les médecins exerçant en secteur deux réalisent 40 % de leurs actes sans perception d'honoraires complémentaires, que le secteur deux favorise les installations par l'attractivité ainsi créée. L'UFMLS rappelle également que l'Assurance maladie n'a pas les moyens de rémunérer correctement des praticiens qui ont fait entre 10 et parfois plus de 15 ans d'études, dont la charge mentale est constante du premier au dernier patient de la journée, et dont l'exercice est indispensable au bon fonctionnement de la société. La restriction de l'accès au secteur deux est une décision idéologique et dangereuse qui provoquera l'exil de nombres de spécialistes et fera exploser le nombre de médecins déconventionnés.

Le chapitre II porte sur la formation de nos futurs soignants, autour de trois enjeux majeurs : la démocratisation de l'accès aux études de santé, une meilleure anticipation des besoins de formation à venir, et l'incitation à l'installation dans les territoires caractérisés par une offre de soins dégradée. Dans le prolongement de la suppression du numerus clausus en 2019, puis de la priorisation des besoins de santé dans la fixation de ce nombre en 2023, ces mesures de formation ne pourront s'appliquer sans des moyens adéquats consentis à l'enseignement supérieur et aux médecins enseignants et encadrants.

L'article 7 assure une formation a minima de première année comme en études de médecine, de pharmacie, d'odontologie et de maïeutique dans chaque département. Cette formation, comme cela est déjà le cas dans de nombreux établissements, peut être dispensée en partie en distanciel. Le déploiement d'une offre de formation en santé sur l'ensemble du territoire suppose également un accompagnement renforcé des étudiants.

Dans cette même optique de meilleure répartition de l'offre de formation en médecine sur l'ensemble du territoire, la seconde partie de l'article 7 impose la présence d'au moins un CHU par région administrative, ce qui entraîne la création d'un CHU en Corse d'ici 2030.

L'article 8 crée un indicateur pluriannuel des besoins (IPaB). L'indicateur joue un rôle similaire à l'ITOS dans le cadre des formations en santé, et permet d'adapter les capacités de formation et le nombre d'admis tout au long du cursus – en lien avec les nouvelles dispositions législatives qui actent la priorisation des besoins de santé dans la fixation du nombre d'étudiants en deuxième année de médecine. De la même manière que le *numerus apertus*, qu'il contribue à déterminer, l'IPaB est pluriannuel.

Et un « machin » de plus qui ne tient évidemment pas compte du temps d'installation, et qui viendra s'ajouter aux structures déjà en place... Une feuille de plus sur le millefeuille administratif inopérant. Le monde de la santé est un milieu où le nombre d'administratifs est souvent supérieur au nombre de soignants indispensables à l'existence de ces mêmes administratifs qui absorbent une part toujours plus grande des dépenses de santé... sans soigner.

L'article 9 vise à créer une année préparatoire aux études de médecine. Cette formation, accessible aux étudiants immédiatement après l'obtention de leur baccalauréat, permettra une remise à niveau en vue de l'entrée en parcours d'accès spécifique santé et du passage du concours d'accès à la deuxième année d'études de médecine. Elle viserait en priorité des territoires possédant un taux d'accès aux études de médecine particulièrement faible et caractérisés par une offre de soins insuffisante.

Cette formation de renforcement dans des matières présentes au concours d'admission en deuxième année de médecine permettra de démocratiser l'accès aux études de santé et, à moyen terme, de former des médecins issus de territoires en situation de désertification médicale, compte tenu du fait que l'attache territoriale reste l'un des premiers déterminants de l'installation des médecins.

Et une année de plus une, L'UFMLS indique s'étonner de cette façon de considérer une part de la population française, elle rappelle que la scolarisation dans notre nation est obligatoire et que l'école publique est gratuite. « des territoires possédant un taux d'accès aux études de médecine particulièrement faible et caractérisés par une offre de soins insuffisante. » Phrase assez méprisante à l'égard de la population de ces territoires...

L'article 10 supprime la procédure Parcoursup pour l'entrée en institution de formation en soins infirmiers (IFSI), et rétablit donc un concours d'entrée. Depuis l'entrée en vigueur de Parcoursup, le taux d'abandon en cours de cursus d'infirmier a augmenté, atteignant jusqu'à 20 % en 2022 ; cette tendance conduit à une baisse du nombre d'infirmiers diplômés chaque année, alors même que le nombre de places en institut est en hausse. L'une des causes de cette désaffection est le choix « par défaut » que constituent les IFSI pour de trop nombreux lycéens sur Parcoursup, en décalage avec l'exigence et les réalités de la profession dont la découverte peut mener à un abandon. Il convient, en ce sens, de rétablir une procédure d'admission spécifique dans les IFSI, comportant notamment un entretien de motivation.

L'article 11 augmente le nombre de CESP offerts dès la deuxième année du premier cycle d'études de médecine, en fixant un seuil minimal à 25 % des étudiants au sein d'un même établissement d'enseignement supérieur.

L'objectif de cette mesure, qui vient en complément de l'article 7 en ce qu'elle permet un accès plus démocratique aux formations en santé, est une véritable filière du service public médical dès les premières années d'études, mais surtout la possibilité pour tous les jeunes, quelle que soit leur origine sociale, d'avoir l'opportunité d'exercer en libéral.

L'article 12 vise à rendre véritablement opérationnelles les dispositions de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 créant une quatrième année de médecine générale comportant un stage à réaliser « en priorité » en zone sous-dense. Le I organise la structuration, par l'État, d'une offre de stage suffisante dans ces territoires, notamment à travers la massification et la simplification de l'accès à la maîtrise de stage pour les praticiens diplômés. Ce renforcement de l'offre permet de rendre, à compter du 1^{er} janvier 2027, le stage en zone sous-dense systématique et obligatoire pour l'ensemble des étudiants de 4^e année de médecine générale.

L'UFMLS rappelle que les zones surveillance sont sur tout le territoire : grandes villes, villes moyennes, banlieue difficiles ou abandonnées de la république, zones semi rurales et rurales...

L'article 12 est le reflet d'une PPL basée sur un logiciel des années 2000...

Le chapitre III porte plusieurs mesures améliorant l'exercice des soins dans les territoires, et notamment les conditions de travail des médecins.

L'article 13 vise à favoriser le développement du salariat dans les centres de santé au sein des zones sous-dotées.

L'activité libérale des médecins est en proie à des difficultés multiples parmi lesquelles la lourdeur des charges administratives, l'augmentation du nombre de patients à prendre en charge face au manque de médecins ou encore des horaires toujours plus importants. Ces conditions d'exercice difficiles, mais aussi l'évolution des attentes des jeunes médecins dans l'exercice de leurs pratiques, les poussent progressivement à adhérer au salariat ou à privilégier un exercice mixte. Une étude de la DREES pointe en effet la perte de vitesse de l'exercice libéral exclusif, dont la part perdrait 10 points entre 2016 et 2040 au profit du salariat et de l'exercice mixte. Les deux modèles ne doivent pas être opposés, ils sont bel et bien complémentaires.

Quelque 8 000 praticiens exercent aujourd'hui dans les 3 000 centres de santé que compte le territoire. Parmi les avantages reconnus par ces praticiens de l'activité salariée, sont évoqués par exemple l'efficacité et la sécurité du travail en équipe, un meilleur équilibre entre la vie personnelle et la vie professionnelle, une décharge administrative.

L'ouverture de postes de médecins salariés a été identifiée depuis longtemps comme un moyen de lutter efficacement contre les déserts médicaux, notamment dans les zones rurales où associations, collectivités locales ou mutualités ouvrent des centres de santé.

Pourtant, leur modèle économique demeure fragile et il appartient aux pouvoirs publics de renforcer et d'accompagner ces structures qui s'inscrivent dans une évolution de l'organisation de l'offre de soins primaires pour un meilleur accès aux soins.

Pour y répondre, l'article propose de garantir l'ouverture et le financement de postes salariés en centres de santé par les Agences régionales de santé dans les territoires où l'accès aux soins est particulièrement dégradé en raison, notamment, d'une carence d'offre libérale. La détermination du nombre de postes de médecins garantis est assise sur l'indicateur territorial de l'offre de soins tel que défini à l'article 2 de la présente proposition de loi.

Le présent article assure également la viabilité économique des centres de santé. D'une part, il rehausse le montant de la subvention Teulade de 11,5 % à 13,5 % pour les centres de santé pluridisciplinaires qui emploient au moins un médecin généraliste. D'autre part, il ouvre la possibilité aux centres de santé signataires de l'accord national avec l'Assurance maladie et volontaires de mettre en place une rémunération forfaitaire au patient (capitation) pour les activités de soins. Enfin il permet d'améliorer la coordination des centres de santé avec l'ensemble des acteurs de santé du territoire en systématisant leur participation aux CPTS.

L'article 13 montre avec la plus grande clarté la logique de responsables politiques nourris à la culture du déficit public. Les centres de santé sont dans leur immense majorité fortement déficitaires, et ce pour plusieurs raisons : les tarifs des actes ne permettent pas d'équilibrer les salaires chargés alors que la productivité est plus de deux fois moindre qu'en exercice libéral, les médecins salariés travaillent 35 heures alors que les médecins libéraux travaillent 50 heures par semaine, et le nombre de patients vus par heure par les médecins salariés est deux fois moindre que leurs confrères au confrère libéraux. La logique de la subvention du déficit ne s'explique que par une idéologie aveugle qui enlève tout raisonnement logique concepteur de cette proposition. Les centres de santé ne sont pas la solution, bien au contraire ils aggravent la problématique et génèrent des déserts médicaux.

<https://www.lequotidiendumedecin.fr/liberal-soins-de-ville/exercice/les-centres-de-sante-en-deficit-structurel-letude-qui-revele-pourquoi-leur-modele-economique-est>

<https://www.univadis.fr/viewarticle/mod%C3%A8-%C3%A9conomique-des-centres-sant%C3%A9-2024a1000fjm>

L'article 14 rétablit l'obligation de permanence des soins. Depuis la suppression de cette obligation, il est observé une dégradation de l'accès aux soins. Le principe du volontariat n'est en effet pas suffisant pour répondre à la demande de soins exprimée par la population sur le territoire. Le Conseil national de l'Ordre des médecins parle même de « désengagement des médecins libéraux ». Ainsi, seuls 38,1 % des médecins ont participé à la permanence des soins ambulatoires en 2019, ce chiffre baissant au fil des ans. Ce constat est particulièrement criant dans les déserts médicaux. Y rétablir une permanence des soins pour tous les médecins en activité, c'est partager et diminuer la charge de travail de chacun d'entre eux.

La permanence des soins ambulatoires est effective sur 95 % du territoire, elle est réalisée sur la base du volontariat, les rédacteurs de la proposition de loi oublient une évidence terrible, s'ils rendent la permanence des soins obligatoires il faudra qu'ils organisent les repos compensateurs des médecins effecteurs, dans une dynamique de forte pénurie de médecins, qui viendra alors soigner les patients pendant ces repos compensateurs ? Où est le financement de ces repos compensateurs ? Quelle contrepartie pour les médecins libéraux par rapport à l'abandon de ce 3e pilier de la médecine libérale après la perte de la liberté d'installation et de la liberté de remplacement ?

L'UFMLS rappelle que les médecins libéraux travaillent bien au-delà des 35 heures et que les temps de permanence des soins viennent s'ajouter à leurs heures de travail. L'UFMLS rappelle également que les médecins qui n'effectuent pas la permanence des soins sont souvent les plus âgés d'entre eux qui ont effectué celle-ci pendant des années et ont gagné le droit de ne plus l'exercer. L'UFMLS Syndicat rappelle que nombre de médecins dans les administrations, à l'Assurance maladie, dans les ministères, dans l'industrie pharmaceutique, dans les organismes complémentaires n'effectuent pas la permanence des soins, ils représentent une réserve à l'effectivité de celle-ci qu'il serait normal de mettre à contribution.

L'article 15 vise à encadrer le phénomène de concentration de l'offre de soins observé depuis plusieurs années dans différents secteurs. Les mesures proposées convergent avec plusieurs recommandations formulées par le Sénat dans un rapport d'information remis en septembre 2024.

La première partie de l'article est une disposition à portée générale, qui inclut dans les objectifs des conventions signées entre les professionnels de santé et l'Assurance maladie un objectif de préservation de l'indépendance d'exercice desdits professionnels.

La seconde partie de l'article permet plus concrètement de préserver une offre de soins à la fois indépendante et correctement répartie sur le territoire, en faisant définir par l'État une liste minimale d'actes devant être réalisés sur place par les laboratoires de biologie, sans possibilité de transmission à un laboratoire tiers risquant d'être situé à une grande distance.

L'article 16 vise à économiser du temps médical au bénéfice des médecins.

La première partie donne la possibilité pour les salariés d'auto-déclarer un arrêt maladie de courte durée, c'est-à-dire de trois jours consécutifs ou moins, dans la limite de trois fois par an. L'objectif de cette disposition vise à la fois à libérer du temps médical, et à garantir la possibilité de se mettre en arrêt maladie dans les territoires où l'accès aux soins – et donc aux consultations, est particulièrement dégradé, en laissant les patients se déclarer eux-mêmes en arrêt maladie lorsque la durée de l'arrêt en question n'excède pas trois jours. La durée proposée du congé correspond par ailleurs à celle du délai de carence, durant laquelle le salarié n'est pas rémunéré en cas d'arrêt maladie.

La seconde partie vise à ouvrir la possibilité au parent accompagnant un enfant malade ou victime d'un handicap ou d'un accident, d'auto-déclarer un congé lorsque la durée prévisible d'un traitement destiné à son enfant est brève, soit 5 jours au maximum. Cette nouvelle disposition permet, d'une part, d'éviter aux parents accompagnants la charge d'une prise de

rendez-vous, en particulier dans les territoires où l'accès aux soins est dégradé, et d'autre part de libérer du temps médical pour les professionnels de santé lorsque le traitement ne justifie pas de consultation supplémentaire.

En réduisant le nombre de consultations préalables à une mise en arrêt ou en congé, l'article 16 permet par ailleurs de diminuer directement les dépenses de l'Assurance maladie.

L'article 17 permet de gager financièrement la présente proposition de loi.