



Confédération
des Syndicats
Médicaux Français

Lettre ouverte aux Députés transpartisans

Paris, le 17 mars 2025

Monsieur le Député Guillaume GAROT,

Mesdames et Messieurs les Députés,

Faisant suite à l'audition des syndicats de médecins libéraux par le groupe transpartisan au sujet du projet de loi visant à lutter contre les déserts médicaux, nous vous faisons parvenir par ce courrier les remarques portées par la CSMF.

Avant toute chose nous tenons à vous rappeler que, pour la CSMF, l'accès aux soins est un élément prioritaire et fondamental. Nous avons été promoteurs de la signature conventionnelle car nous croyons qu'elle favorise l'accès aux soins et améliore l'attractivité de la médecine libérale qui est la porte d'entrée dans le système de soins.

Nous avons compris que ce qui anime votre groupe est de répondre au défi de l'accès aux soins mais il nous semble que certaines propositions pourraient conduire à l'effet inverse et aggraver cet accès aux soins.

L'article 1 prévoit de flécher l'installation des médecins, généralistes et spécialistes, vers les zones où l'offre de soins est insuffisante. La liberté d'installation ne serait assurée que dans les zones sous-dotées ceci sous le contrôle des ARS.

Ce premier article appelle a minima 2 remarques :

En période de pénurie médicale, il n'a pas été montré que des mesures coercitives peuvent favoriser l'installation de nos jeunes confrères. Ils risquent d'être de plus en plus nombreux à partir vers le salariat pour éviter ces contraintes, que ce soit à l'hôpital ou en centre de santé. S'ils sont salariés à l'hôpital ou médecins de centres de soins non programmés (sans compter les activités autres, esthétique, etc...), ils ne seront pas médecins traitants. Or ce dont nous avons besoin en premier lieu c'est de médecins traitants. S'ils sont salariés en centre de santé ils auront une patientèle médecin traitant moindre (700 vs 1100 patients cf rapport IGAS) ce qui aggraverait l'accès aux soins et aura un coût supplémentaire pour les finances publiques. Ces centres sont en effet déficitaires (cf rapport Igas et déficit de 1M€ sur un budget de 6,5M€ des centres de santé départementaux de Saône et Loire pour 70 médecins dans le rapport du HCAAM).

La seconde remarque concerne les zones sous dotées. Qu'est-ce qu'une zone sous-dotée ? Est-ce une zone dite ZIP ou bien est-ce 87% de notre territoire en 2023 ? Les zones ZIP et ZAC ont été limitées en fonction de la capacité à y



Le syndicat de tous les médecins



financer des aides et non pas en raison des seules difficultés d'accès aux soins. Quand un territoire a perdu 40% de ses médecins traitants (et de ses spécialistes) peut-on dire qu'il n'est pas sous-doté ? Aujourd'hui il n'y a aucune zone sur-dotée en médecin traitant et les zones normo-dotées deviennent de plus en plus rares. Cela explique le fait qu'il y ait des patients atteints de pathologies chroniques sans médecin traitant.

Nous sommes convaincus que ce qui permettra de lutter contre les déserts médicaux c'est un choc d'attractivité vers la médecine libérale, et en particulier vers les médecins traitants. **Nous sommes convaincus de l'importance du développement d'organisations territoriales permettant un maillage adapté avec de plus des mesures d'aménagements du territoire favorisant les moyens d'accès aux médecins , en particulier les transports. On ne peut plus avoir un médecin dans chaque commune mais on doit avoir des médecins dans chaque territoire dans le cadre d'organisations pluriprofessionnelles facilitant ainsi l'exercice coordonné rendu nécessaire par l'augmentation des pathologies chroniques et le vieillissement de la population.** Le « aller vers » ne doit pas forcément être le médecin qui va vers le patient mais aussi le « aller vers » du patient vers le médecin aidé par des moyens territoriaux ou numériques (téléconsultations). **Il est aussi du rôle des collectivités locales d'être à l'écoute des médecins libéraux** qui rencontrent des difficultés d'ordre immobilier pour innover dans leurs organisations professionnelles en embauchant des assistants médicaux et des infirmiers en pratiques avancées afin d'améliorer l'accès aux soins sur leurs territoires.

L'article 2 supprime la majoration des tarifs à l'encontre des patients non pourvus d'un médecin traitant.

Nous soutenons pleinement cet article. Un patient qui n'a pas de médecin traitant ne doit pas être pénalisé parce qu'il ne respecterait pas le parcours de soins prévu dans le cadre conventionnel alors que, le plus souvent, c'est parce qu'il ne trouve pas de médecin traitant. Il faut noter que la pénalité s'applique par des cotations différenciées des actes et se situe dans le cadre conventionnel. Il nous semble qu'une meilleure écriture serait de dire que *tous les patients sont considérés comme étant dans le dispositif médecin traitant* quel que soit la cause de l'absence de déclaration (départ en retraite ou décès du médecin traitant, déménagement sans pouvoir trouver de médecin traitant, méconnaissance du dispositif en particulier pour les jeunes et les plus fragiles). Une remarque, tous les patients en AME doivent être considérés comme ayant un médecin traitant dans la cotation des actes ce qui n'est pas le cas et constitue une discrimination.

L'article 3 qui assure une formation a minima de première année en étude de médecine dans chaque département nous semble partir d'une bonne idée d'autant qu'une étude de l'INSEE a montré que 50% des médecins généralistes exercent à moins de 40 km de leur lieu de formation et moins de 80 km du lieu où ils sont nés. **Mais nous proposerions un autre mécanisme pour favoriser la réussite et l'installation d'étudiants dans les zones défavorisées.**

Pour favoriser la réussite au concours de 1^{ère} année des études de médecine, nous proposons d'une part que dans les lycées des départements en grande difficulté d'accès aux soins il y ait en 1ere et terminale, des modules





préparatoires au concours de 1^{ère} année de médecine (comme cela se fait dans des lycées privés) avec une prise de contact avec le programme et les modalités de concours, éventuellement avec l'intervention d'enseignants universitaires.

D'autre part dans la mesure où les étudiants s'installent à proximité de leur lieu de formation, il faudrait universitariser le 3^{ème} cycle avec la majorité des stages effectués dans les hôpitaux généraux du département et en libéral dans ce département et avec la création d'assistants territoriaux comme le propose la Conférence des doyens des facultés de médecine. Ces mesures favoriseront l'installation dans ces départements car un interne s'installe à proximité de son lieu de formation.

L'article 4 rétablit l'obligation de permanence des soins ambulatoire (PDSA).

Pour nous ceci n'a pas de sens quand 96% du territoire est couvert pour la PDSA . Cet excellent résultat est dû, non seulement à la responsabilité collective territoriale des médecins généralistes de garantir à la population un accès aux soins aux heures de fermeture des cabinets médicaux, mais aussi à l'existence de textes réglementaires permettant aux préfets de réquisitionner un médecin dès qu'un tableau de garde est incomplètement rempli. Ce ne sont pas 38,1% des médecins généralistes qui participent à la PDSA mais 39,34 % comme l'a montré l'enquête réalisée par la CNOM en 2024. Et lorsque nous nous intéressons aux médecins généralistes traitants, c'est plus de 8 sur 10 qui participent à la PDSA. Ce pourcentage serait amélioré si les médecins traitants salariés des centres de santé participaient à cet effort collectif territorial, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui rendant ainsi cet exercice plus attractif que l'exercice libéral. Si la mission est assurée, pourquoi prendre une mesure qui va faire fuir des médecins ? **Il faut réécrire cet article en disant qu'il y a une responsabilité collective des médecins généralistes (libéraux et salariés de centres de santé) à assurer sur 100% du territoire la PDSA avec un contrôle par les CDOM en lien avec l'ARS.**

Si la permanence des soins devenait obligatoire pour les seuls médecins libéraux, on ferait fuir de jeunes confrères généralistes traitants vers d'autres modes d'exercice et on aggraverait l'accès aux soins.

Voilà les réactions que nous inspirent les articles de votre projet de loi.

Bien sûr nous n'avons pas évoqué les différents sujets qui pourraient revenir par des amendements et qui figuraient dans la proposition de loi N° 682.

Concernant l'article 3 de la PPL n°682, la CSMF est défavorable avec une mesure amenant à contraindre la durée de remplacement. Bon nombre de ces remplaçants ont une activité régulière au sein d'un même cabinet médical. Un grand nombre de médecins concernés refuseront de s'installer, aggravant ainsi l'accès aux soins.

Si certains peuvent paraître utiles, en particulier des indicateurs permettant de mieux évaluer les zones en difficulté (Art.8) ainsi que d'augmenter le nombre de CESP dès la deuxième année (Art.11), d'inciter très fortement les





Confédération
des Syndicats
Médicaux Français

médecins juniors de quatrième année à effectuer leur stage dans les zones sous-denses (Art.12), c'est-à-dire sur 87% du territoire; d'autre nous paraissent inquiétants car ils pourraient remettre en cause en particulier le secteur 2 (Art.6). S'il peut y avoir parfois des dépassements excessifs, **il importe de garder un espace de liberté tarifaire ouvert à tous les médecins et solvabilisé. Ceci doit permettre de répartir la charge des soins entre l'AMO et l'AMC et de permettre des soins pertinents et de qualité.**

Nous ne sommes pas favorables à promouvoir le développement de l'exercice du métier de médecin traitant sous forme de salariat dans des Centres de santé (Art.13) puisque, comme l'a montré le rapport de l'IGAS de février 2025, cela augmenterait considérablement le nombre de français sans médecin traitant du fait d'une productivité bien inférieure à celle des médecins traitants libéraux.

Nous sommes favorables à l'Art.15 qui concerne les risques majeurs liés à la financiarisation qui transforme notre système de santé, ainsi qu'à Art. 16 visant à économiser du temps médical en supprimant certaines tâches administratives comme les arrêts de travail de courte durée.

Enfin, et comme le porte le Ministre Yannick NEUDER, nous pensons que nous devrions explorer la piste des étudiants français partis faire leurs études de médecine à l'étranger et dont la plupart aspirent à revenir pour les poursuivre en France. Cela représenterait un apport rapide de futurs médecins dont nos concitoyens ont besoin.

Il nous semble important de ne pas avoir une approche réductrice en pensant que la contrainte va résoudre le problème de l'accès aux soins mais d'avoir une démarche constructive conjointe pour favoriser l'accès aux soins en rendant plus attractive la médecine libérale et en construisant des organisations territoriales libérales.

Nous sommes à votre disposition pour échanger sur ces sujets .

Bien respectueusement.

Docteur Franck DEVULDER

Président de la CSMF

Docteur Luc DUQUESNEL

Président Les Généralistes CSMF

Docteur Bruno PERROUTY

Président Les Spécialistes CSMF



Le syndicat de tous les médecins