

Le Médecin de France

LE JOURNAL DE LA

CSMF

Confédération des Syndicats Médicaux Français



30 novembre 2015

n°1255

DANS CE NUMÉRO :

DOSSIER

ATTENTATS

➤ Des médecins au chevet de la population

PLFSS 2016

➤ Des moyens insuffisants pour les soins de ville

E SANTÉ

➤ Une révolution en marche

INTERVIEW GRAND TÉMOIN



PR JEAN-FRANÇOIS BERGMANN

Chef du département de médecine interne de l'hôpital Lariboisière

INFOS JURIDIQUES

GÉNÉRALISATION DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ POUR TOUS LES SALARIÉS

➤ 5 étapes à faire avant le 1^{er} janvier 2016

DOCUMENT

CONTRAT D'ACCÈS AUX SOINS

➤ Un dispositif à revoir

ÉVÈNEMENT

CARME

➤ Une nouvelle ère

ACTU

RÉMUNÉRATIONS DES MÉDECINS DANS LES PAYS DE L'OCDE

➤ Les conséquences du gel des honoraires en France

Sommaire

► Dossier

ATTENTATS
Des médecins au chevet
de la populationPage 4

PLFSS 2016
Des moyens insuffisants
pour les soins de ville.....Page 7

E SANTÉ
Une révolution en marchePage 8

► Interview Grand témoin

Pr Jean-François Bergmann,
Chef du département de médecine interne
de l'hôpital LariboisièrePage 16

► Infos juridiques

GÉNÉRALISATION DE LA
COMPLÉMENTAIRE SANTÉ
POUR TOUS LES SALARIÉS
5 étapes à faire
avant le 1^{er} janvier 2016Page 18

► Document

CONTRAT D'ACCÈS AUX SOINS
Un dispositif à revoirPage 20

► Événement

CARME
Une nouvelle èrePage 21

► Actu

RÉMUNÉRATIONS DES MÉDECINS
DANS LES PAYS DE L'OCDE
Les conséquences du gel
des honoraires en France.....Page 22

Le Médecin de France consacre sa couverture aux événements tragiques de ce 13 novembre qui nous bouleversent ; il rend hommage aux victimes et à la résistance de tous devant cette barbarie. Malgré cette grande tristesse, il poursuit aussi sa mission d'information, qu'il vous doit.



ÉDITO

Vivre en homme libre

Le drame des attentats survenu le 13 novembre a suscité un effroi et une émotion à travers tout le pays. Un appel à cesser la grève massive des soins, commencée le matin même, a été lancé immédiatement dès le début des événements sur les réseaux sociaux, par respect et responsabilité, par la CSMF et tous les syndicats médicaux.

Aussitôt, tous les professionnels de santé ont pris leurs responsabilités et la CSMF salue l'implication et le professionnalisme des médecins hospitaliers, des équipes du SAMU, mais aussi des médecins libéraux souvent oubliés qui, pour ceux se trouvant sur place, ont spontanément porté les premiers secours, ou pour d'autres n'ont pas hésité à renforcer les dispositifs de permanence des soins afin de ne pas surcharger les urgences déjà fortement sollicitées tout le week-end. Tous les professionnels de santé ont montré un engagement et une mobilisation exceptionnels lors de ces événements tragiques et gravissimes.

Après le choc, la douleur, la tristesse et même la peur, nous relevons la tête. La réponse au terrorisme est de continuer à vivre en hommes libres et courageux, tous ensemble, unis et solidaires.

Dr Jean-Paul Ortiz,
Président de la CSMF



Abonnez-vous

31 euros par an :
20 numéros

Dr.....

désire s'abonner à la revue
Médecin de France pour un an.

désire une facture

Adresse.....

Chèque de 31 € à l'ordre de
Médecin de France et à adresser à :
Médecin de France
Service abonnement
79, rue de Tocqueville
75017 Paris

Bimensuel
79, rue de Tocqueville
75017 Paris
Tél. : 01 43 18 88 33
Fax : 01 43 18 88 34
E-mail :
med_france@csmf.org
Internet : www.csmf.org

Edité par la SEPMF,
Sarl au capital de 32 000 euros
Durée : 50 ans du 1^{er} juin 1978
Associés : CSMF et ACFM
Gérant : Jean-Paul Ortiz
Directeur de la publication :
Jean-Paul Ortiz
Rédacteur en chef : Yves Decalf
Crédits photos : Philippe Chagnon,
cocktailsanté, Istock©
Impression : Neuville Impressions,
ZI Les Mûriers, 71160 DIGOIN
Dépôt légal : 4^e trimestre 2015
ISSN : 0399-385X
Abonnement : 31,00 euros par an
Prix du numéro : 1,60 euro
Commission paritaire : 0916 G 82702.

Les articles originaux
du Médecin de France peuvent
être reproduits par
tout organisme affilié à la
CSMF sans autorisation
spéciale, à condition de
faire figurer les mentions
habituelles.

Des médecins au chevet de la population

Engagés dans un mouvement de grève de grande ampleur, les médecins ont suspendu leur mobilisation pour venir en aide aux victimes et partager la douleur du pays. Mais ils attendent à présent le retour d'un vrai dialogue avec les pouvoirs public.

C'est vers 22 heures 30, le 13 novembre, que le président de la CSMF, Jean-Paul Ortiz, a adressé le premier tweet appelant à la suspension du mouvement de protestation des médecins libéraux. « *J'ai eu les informations par ma fille, qui vit à Barcelone, un peu avant 22 heures, avant même que les images surviennent sur les écrans. Je n'ai bien sûr pas hésité sur la décision à prendre.* » Le message est bref : « *j'appelle tous les médecins à cesser la grève immédiatement pour priorité aux urgences.* » A peine le match de football France-Allemagne achevé, les Français découvraient, horrifiés et atterrés, l'impensable : une série d'attentats terroristes sur Paris, avec des kamikazes au Stade de France, et de sanglantes attaques au fusil-mitrailleur sur les terrasses de café et dans la salle de spectacles du

Bataclan. Les experts en sécurité avaient prévenu que le niveau d'alerte était à son maximum, que de nouvelles attaques étaient à craindre après Charlie. De fait, certains misaient plutôt sur la COP 21, avec la présence de nombreux chefs d'Etat et l'organisation de dizaines d'événement dans des lieux ouverts. Les terroristes ont déjoué les pronostics et n'ont pas hésité à tuer aveuglément, de façon aléatoire, en s'en prenant à plusieurs symboles de la culture française : la convivialité, le « *bien vivre ensemble* », le sport, la jeunesse, la musique...

Mobilisation générale

Alors que la barbarie se déployait tout au long d'une nuit de cauchemar, les cinq syndicats à l'origine du mouvement de grève ne tardaient pas à réagir, le 14 au matin, pour annoncer officiellement par un communiqué l'arrêt du mouvement. « *Les attentats commis hier soir en région parisienne imposent l'unité de notre pays et la mobilisation de tous pour garantir les soins et la sécurité à l'ensemble de la population. En conséquence, les syndicats médicaux libéraux appellent l'ensemble des médecins à cesser immédiatement toute action de grève des soins dans l'ensemble du pays et à se rendre disponibles autant que de besoin. La solidarité des médecins libéraux avec les pouvoirs publics, la population, les autres soignants, et en particulier leurs collègues hospitaliers est totale.* » Sobre, le message traduit l'émotion du corps médical et rappelle que jamais les praticiens ne dérogeront à leur mission souveraine, celle de prendre en charge leurs concitoyens dans la souffrance. Pendant ce temps-là, l'AP-HP avait déclenché dans la nuit le Plan Blanc. Dix hôpitaux parisiens se sont mobilisés pour accueillir les 350 personnes blessées, dont 98 déclarés en état d'urgence absolue.

Le Plan Blanc à l'AP-HP

Comme l'ont indiqué les chefs de service des urgences, des centaines de praticiens hospitaliers se sont rendus spontanément sur leur lieu d'exercice pour participer aux opérations sanitaires. Et des généralistes de ville ont également proposé leurs services. Philippe Juvin, chef des urgences à l'Hôpital Georges-Pompidou explique que « *des tas de médecins sont spontanément venus aux*



Des centaines de praticiens hospitaliers se sont rendus spontanément sur leur lieu d'exercice pour participer aux opérations sanitaires. Et des généralistes de ville ont également proposé leurs services



La mobilisation, le 13 novembre, n'a jamais été aussi élevée.

►► ATTENTATS : DES MÉDECINS AU CHEVET DE LA POPULATION

urgences. Il y avait des médecins généralistes de Paris, un couple de médecins en vacances et dont l'hôtel est en face de l'hôpital, des anciens internes et externes. Près de la moitié de ceux qui ont travaillé dans mon service, je ne les connaissais pas. » Sur l'un des théâtres des fusillades, un confrère qui était dans le quartier a tenté de venir en aide à quelques blessés, avant même l'arrivée des pompiers. Son témoignage, diffusé sur les chaînes d'information, fait froid dans le dos. « *C'était une scène de guerre, avec des blessures par balle extrêmement graves*, expliquait-il. *Je n'ai pu effectuer que les gestes de premier secours, en plaçant les victimes en position latérale de sécurité et en appuyant sur les points de compression avant l'arrivée des secours.* » Présente sur l'une des terrasses de restaurant, à titre privé, une consœur généraliste du 19^e arrondissement, médecin régulateur au Samu de Paris, a été assassinée.

Hommage aux praticiens

Cette mobilisation inédite, spontanée et efficace a sans doute permis de limiter les conséquences dramatiques de ces événements. Le bilan officiel fait état de 130 morts, ce qui veut dire que la plupart des 98 patients en urgence absolue ont pu être sauvés. Mais la population a également contribué à sa façon, avec plus de 9000 personnes qui se sont rendues dans les hôpitaux pour donner leur sang, soit « le double d'un samedi habituel », selon l'Etablissement français du sang. Les stocks étant reconstitués, un appel a été lancé pour que les donneurs poursuivent leur mobilisation durant les jours et semaines suivantes. Enfin, il faut saluer également l'implication de nombreux psychiatres et psychologues, qui ont participé à des cellules d'urgences psychologiques, pour venir en aide aux milliers de victimes et témoins du drame. Un soutien précieux, alors

qu'au Bataclan, certains rescapés sont restés trois heures sous la menace des terroristes. Après les événements vient le temps des hommages. Ceux du président de la République, devant le Congrès réuni à Versailles le 16 novembre, furent appuyés en direction des « services de soins et de secours ». François Hollande a par ailleurs relevé que le Plan Blanc, qui avait fait l'objet d'une simulation le matin même dans la perspective de la COP 21, avait fonctionné. La ministre de la santé, Marisol Touraine, a également rendu hommage aux personnels de l'AP-HP mais a « oublié » de saluer les médecins libéraux mobilisés.

Fort taux de participation

Comme on peut l'imaginer, ces faits dramatiques ont profondément bouleversé le calendrier de nombreux événements. Annoncée dès le 14 novembre, la décision de placer le pays en état d'urgence pour trois mois, ainsi que les trois jours de deuil national hypothèque la plupart des projets de manifestations et le devenir des conflits sociaux, dont le mouvement de protestation des médecins contre la loi Touraine. On notera cependant que la mobilisation, le 13 novembre, n'avait jamais été aussi élevée. Selon divers pointages, environ trois cabinets sur quatre étaient fermés, et la participation s'élève même à plus de 80 % en Lorraine et Poitou Charentes, 93 % dans le département de la Saône, 95 % en Mayenne et 98 % à Toulouse... Deux tiers des cliniques et hôpitaux privés étaient paralysés par la grève. De nombreuses actions se sont déroulées dans les villes et régions telles qu'opérations escargots, convois routiers, rassemblements devant les ARS et CPAM, consultations gratuites sous des tentes... Les urgences étaient assurées via la gestion du Centre 15 par les médecins réquisitionnés par les préfectures dans les départements.



►► ATTENTATS : DES MÉDECINS AU CHEVET DE LA POPULATION

Prendre en compte le désarroi d'une profession

A Paris, le blocage du périphérique au Nord de Paris, a peut-être eu pour effet... de retarder les terroristes en route vers le Stade de France ! Un mouvement d'une ampleur inégalée, donc, et qui s'explique notamment par le fait que les cinq syndicats représentatifs avaient, début novembre, trouvé un accord pour appeler conjointement à la grève. Le texte issu de leurs discussions va même plus loin, puisqu'il prévoit d'organiser les « Assises de la médecine libérale » le 11 février, en contrepoint de la Conférence nationale de la santé que souhaite tenir le premier ministre. Ce mouvement des médecins libéraux, rejoint par d'autres professionnels de santé, a par ailleurs reçu un large soutien de la population et des patients. « *Un mouvement aussi massif est historique et doit interpeller l'ensemble de la classe politique car il exprime un malaise majeur qui ne peut rester sans réponse de la part du gouvernement* » estimait la CSMF, à la mi-journée.

En début de semaine, les conséquences des attentats ont continué à bouleverser l'actualité. La tenue extraordinaire du Congrès à Versailles et l'intervention de François Hollande ont ajourné, bien sûr l'examen en deuxième lecture par les députés de la loi Touraine, qui devait avoir lieu le 16 novembre. Et le 17 novembre, le gouvernement avait décidé de repousser la discussion au 19 novembre : les députés ont en effet souhaité prolonger les échanges sur la situation du pays et les annonces du président de la République. Pour les professionnels de santé, il est aujourd'hui nécessaire de suspendre « sine die » l'examen de ce projet de loi. Le Mouvement pour la santé de tous a ainsi publié une lettre adressée à François Hollande, le 17 novembre, indiquant que « *nous, opposants au projet de loi de santé, nous trouvons privés de tout moyen d'expression.* » La coalition estime que « *la reprise de la discussion constituerait un déni de démocratie, d'autant qu'il ne repose sur aucune urgence sanitaire.* » Le report du texte avait également été réclamé dès le 12 novembre par le Centre national des professions de santé (CNPS). Il appelait à « *faire évoluer le texte pour en faire un texte pragmatique et partagé.* » Également entrée dans la danse, l'UNAPL dénonçant « *une loi destinée à saper l'exercice libéral, qui constitue pourtant une chance pour les consommateurs et les patients.* » Enfin, le Conseil national de l'Ordre des médecins indiquait qu'il « *alerte depuis plusieurs mois les pouvoirs publics sur l'exaspération de la profession* », faisant état « *d'une inquiétude profonde des médecins sur leurs conditions d'exercice, leur indépendance professionnelle, la reconnaissance de leur rôle sur le système de soins. Précisant qu'il comprend et partage, sur beaucoup de sujets, les raisons et le sens des actions de grève menées* », le CNOM appelle le gouvernement « *à ne pas laisser s'enliser la situation et à chercher sans délai une sortie de crise* » par la reprise du dialogue.



Nouveau report de la loi de santé

Face à ces prises de positions unanimes, et surtout au souhait affiché par les députés de retourner en circonscription pour échanger avec leurs électeurs, le gouvernement devait décider de repousser à la semaine suivante l'examen du projet de loi en seconde lecture à l'Assemblée. Comme prévu, il reviendra à la version initialement votée par les députés. Ni le travail de réécriture de fond en comble, mené par le Sénat, ni l'ampleur de la mobilisation ne devraient faire dévier Marisol Touraine de sa ligne. Mesure emblématique et point majeur de crispation, le tiers payant généralisé constitue toujours l'étendard médiatique de la réforme. Ce énième report, et l'éventualité que le gouvernement ne souhaite pas rallumer la mèche en ces temps où l'apaisement est recherché, peut-il néanmoins faire évoluer la donne ? Rien n'est moins sûr. Côté syndicats, la CSMF maintiendra son mot d'ordre de « désobéissance civile ». Depuis deux ans, le syndicat mène la lutte contre cette loi délétaire, qui organise la « casse » de la médecine libérale, vise à étatiser le système de santé et entend marginaliser le contrat conventionnel entre la médecine de ville et l'assurance-maladie. Elle continuera, au-delà de l'exercice 2015, à faire pression sur les politiques pour refonder la politique de santé. ■

Des moyens insuffisants pour les soins de ville

Discuté actuellement en seconde lecture, le PLFSS 2016 illustre la volonté du gouvernement d'acheter la « paix sociale » à l'hôpital sur le dos des médecins de ville.

Outre le projet de loi de santé, le gouvernement s'apprête à adopter un PLFSS 2016 extrêmement rigoureux, qui ne permettra pas l'an prochain de prendre le fameux « virage ambulatoire » prôné par les pouvoirs publics. La hausse de l'ONDAM sera ainsi limitée à une croissance « historiquement basse », avec + 1,75 %, contre + 2 % l'an dernier. Le respect de cet objectif passe par la réalisation d'un plan d'économies de 3,4 milliards d'euros, comparable aux mesures adoptées pour 2015 (3,2 milliards d'euros d'économies). La moitié de ces économies portera sur les produits de santé, avec 550 millions de baisses des prix des médicaments, 395 millions d'euros liés à la promotion et le développement des génériques, 70 millions d'euros de baisse des tarifs des produits de santé et 30 millions avec le développement des biosimilaires. Les professionnels de santé libéraux seront mis à contribution de 125 millions d'euros via des baisses des tarifs, tandis que les achats à l'hôpital devront dégager 420 millions d'euros d'économie, que les établissements devront économiser 65 millions d'euros en dépenses de fonctionnement et que des radiations partielles de la liste en sus visent à permettre 205 millions d'euros d'économies. A ces mesures de ponction directe s'ajoutent des objectifs de pratiques plus efficaces : chirurgie ambulatoire (160 millions d'euros), lutte contre la iatrogénie (100 millions d'euros), maîtrise médicalisée en ville (400 millions d'euros), maîtrise sur les prescriptions hors médicament (315 millions d'euros)...

Un tour de passe-passe

Le taux de hausse des soins de ville à + 1,7 %, contre + 1,75 % pour l'hôpital, illustre la volonté du gouvernement, une nouvelle fois, de ne pas « provoquer » l'hôpital, alors qu'un différentiel en faveur de l'ambulatoire était revendiqué durant les deux précédents exercices. Le taux réel de hausse en ville sera de + 2 %, car la diminution des cotisations maladie des professionnels libéraux (alignées progressivement de 9,7 % aujourd'hui à 6,5 %, à l'instar des travailleurs indépendants) doit alléger cette charge de près de 270 millions d'euros. Mais ce « tour de passe-passe » comptable n'enlève rien à l'affichage politique : pour 2016, il n'y aura pas de moyens supplémentaires, au moment où doit se tenir la négociation de la nouvelle convention.

Déshospitaliser le pays

Face à ce nouveau tour de vis, la CSMF fait part de ses inquiétudes pour 2016. « Pour réaliser cette économie

colossale de 3,4 milliards d'euros, c'est encore à la médecine de ville de réaliser la plus grande part de l'effort, note le syndicat. Ce n'est pas l'entourloupe comptable pour ramener l'ONDAM de ville de 1,75 % à 2 % qui masquera la réalité. Le gouvernement conserve sa vision hospitalocentrée au détriment de la médecine de ville, qui sous-exécute pourtant ses objectifs depuis 2010, et a permis de réduire de près de 3 milliards d'euros les dépenses de l'Assurance Maladie en cinq ans. » De fait, la CSMF observe que « le déploiement du virage ambulatoire est présenté comme un axe majeur du plan d'économies, mais ce projet de loi ne répond pas aux enjeux et objectifs que la ministre de la santé prétend donner pour atteindre l'équilibre des comptes sociaux. La CSMF estime que seule une véritable deshospitalisation du pays et un investissement massif sur les soins de ville libéraux, pour effectuer le transfert des actes pratiqués inutilement à l'hôpital, assureront la viabilité économique et l'avenir de notre système de santé. »



Un virage ambulatoire sans moyens

Affiché en tête de la loi de santé et du PLFSS, le virage ambulatoire semble d'ores et déjà aller dans le mur. En effet, sans moyens dédiés, sans tarifications incitatives et adaptée pour financer les parcours de soins, sans obligations plus marquées à l'hôpital, les outils ne seront pas là pour transférer de l'activité de l'hôpital vers la ville. Le manque d'ambitions du PLFSS 2016, l'un des plus courts jamais écrits, a été vivement dénoncé par l'opposition parlementaire, en commission des affaires sociales. D'ores et déjà, elle donne rendez-vous au corps médical en 2016, pour porter de nouveaux projets législatifs. ■

Une révolution en marche

La e-santé s'apprête à bouleverser les usages et les pratiques dans le monde de la santé, y compris pour les modalités d'exercice des médecins. Il faut s'y préparer dès maintenant et comprendre comment elle peut améliorer le suivi et la prise en charge des patients.

E-santé, m-health, big data, santé connectée, télé-médecine... Depuis quelques années, on ne compte plus les colloques, conférences, débats publics consacrés à l'irruption des technologies du digital et du numérique dans l'univers de la santé. Différentes définitions apparaissent, donc, et qui illustrent l'ampleur du phénomène, au point qu'aucun secteur d'activité de la médecine ne peut aujourd'hui y échapper. Si la e-santé désigne tous les nouveaux usages liés à l'intercession d'internet dans la relation soignant-soigné, la m-health représente la sous-catégorie de la « santé mobile », c'est-à-dire la part des actes et partages d'information réalisables sur sa tablette numérique ou son smart-phone. Le Big Data en santé, lui, évoque les possibilités immenses liées au traitement intelligent des téra-octets de données générés par le digital en santé. Des progrès considérables sont d'ores et déjà en route dans la mise au point de traitements de plus en plus personnalisés, dans la lutte contre le cancer ou les maladies rares, dans la recherche de nouveaux médicaments ciblés sur de petites cohortes de malades, dans le suivi en temps réel des effets indésirables et de l'efficacité des produits mis sur le marché... Enfin, comme on le sait, la télé-médecine se limite aujourd'hui aux usages encadrés par la loi HPST (téléconsultation, téléexpertise, téléassistance, réponse médicale à l'urgence) et à cinq grands domaines (imagerie, AVC, santé des détenus, suivi des maladies chroniques, HAD).

Au cœur de la consultation

Présentée par de nombreux experts comme une « innovation de rupture » dans le domaine de la santé, la e-santé devrait en effet affecter toutes les activités médicales, y compris dès la consultation en médecine de ville. De fait, les praticiens de ville accueillent de nouvelles demandes dans leurs cabinets. Aux interrogations désormais traditionnelles (« Docteur, j'ai lu sur internet... ») s'ajoutent aujourd'hui des demandes de conseil sur une appli santé ou un objet connecté. Ces nouveaux usages entrent le plus souvent par le biais du « wellness » : les bracelets connectés pour sportifs, podomètres, ou autres brosses à dent branchés visent les jeunes actifs. Mais les fabricants misent aussi sur une population prometteuse, celle des 15 millions de patients chroniques, avec à la clé l'espoir de s'intégrer dans les protocoles de prise en charge et les futurs parcours de soin. L'exemple du diabète, où le potentiel des 3 millions de patients suscite toutes les ambitions, est emblématique. Les entreprises de santé multiplient les lancements et se lancent dans la promotion grand public pour



leurs lecteurs de glycémie, parfois connectés aux pompes à insuline par le biais des smart-phones.

Un marché considérable

Les perspectives de développement de la santé connectée sont considérables. Actuellement, on compte 15 milliards d'objets connectés. En 2020, les estimations varient entre 30 et 210 milliards d'objets connectés. La santé apparaît comme l'un des champs majeurs de déploiement : des milliers d'applications mobiles existent déjà, et des dizaines sont proposées chaque jour. Côté objets connectés, l'innovation bat son plein : pace-makers, tensiomètres, pese-personnes, stéthoscopes, dispositifs de suivi de l'apnée du sommeil, piluliers, capteurs musculaires, gélule-thermomètres, brosses à dents (Kolibree), trackers d'activité (Fitbit), vêtements intelligents... Comme le note le cabinet de conseil Alcimed, « la question-clé pour les concepteurs est de faire en sorte que la connectivité s'inscrive dans le parcours de prise en charge du patient. » L'opinion semble prête, comme le montre un sondage réalisé en janvier 2015 par Odoxa : 72% des patients et 81% des médecins pensent que la santé connectée est « une opportunité pour la qualité des soins », selon cette enquête.

Reconnaître les bons outils

Mais comment intégrer « en routine », dans le quotidien de la consultation, ces nouveaux outils ? Et quel crédit leur accorder pour les soignants ? « L'utilité de tous ces dispositifs, applications comme objets connectés, ne vaut que par la valeur d'usage testée et attestée par les professionnels de santé », estime Guillaume Marchand, psychiatre et fondateur de la société dmd Santé. Créée en 2012, son entreprise propose à des professionnels de santé, médecins et pharmaciens majoritairement, d'évaluer ces dispositifs et de les noter. En fonction du résultat, dmd décide ou non de les recommander aux praticiens. Une





►► E SANTÉ : UNE RÉVOLUTION EN MARCHÉ

autre société, MedAppCare, s'engage sur la même voie. Ces initiatives pourraient à terme déboucher sur des labels officiellement reconnus par les autorités sanitaires. Car la reconnaissance officielle de leur utilité médicale et thérapeutique est limitée par un obstacle de taille : elle suppose que ces dispositifs cherchent à acquérir le statut juridique de dispositif médical. Or, cela passe par des phases longues et coûteuses de dépôt de dossier pour obtenir le marquage CE. Des étapes peu accessibles pour des start-up peu au fait des exigences du monde de la santé, et pour des produits au cycle de vie souvent très court.

Les études manquent

Au-delà de ces nouvelles pratiques, la question de fond reste de savoir comment la profusion de données générées pourra contribuer à l'amélioration de la prise en charge des patients. Les instances sanitaires sont conscientes de la nécessité d'évaluer leur impact, avant de les intégrer dans les protocoles de prise en charge. « *Les nouvelles technologies représentent un atout, à la condition qu'elles restent des outils d'appui, sans se substituer à l'information, la formation et l'éducation des patients*, estime Jean-François Thébaut, membre du Collège de la HAS. *La santé connectée pose aujourd'hui plus de questions qu'elle ne fournit de certitudes : aucune étude d'ampleur n'apporte la preuve que le recueil de données en continu améliore la prise en charge des patients ni l'observance des traitements.* » Ces données vont bouleverser demain les pratiques médicales, « *mais il faudra du temps pour passer de la collecte du Data à la compréhension du Data et à la connaissance scientifiquement avérée.* »

La media médecine, une chance pour le praticien ?

Quelle sera demain le visage de la médecine, à l'aune du Big Data, de la médecine personnalisée, de la médecine prédictive ? Dans son ouvrage au titre provocateur (« *La médecine sans médecin ? Le numérique au service du malade* »), l'urologue Guy Vallancien se veut optimiste. « *Le Big Data doit rester un moyen et ne saurait être une fin en soi*, estime-t-il. Au contraire, je crois que l'assistance de l'intelligence artificielle est une opportunité pour le corps médical. La media-médecine, combinée au cyber-médecin informatique, libérera les médecins des tâches qui peuvent être accomplies par d'autres profes-

sionnels. Ils pourront alors retrouver leur vrai rôle, celui de l'écoute, de l'attention à l'autre en souffrance. La valeur ajoutée réelle du médecin, c'est la transgression, c'est-à-dire le droit suprême qui l'autorise à répondre de façon appropriée et hors norme à la demande d'une personne unique, touchée dans sa chair et son esprit par la maladie. Demain, ce droit devra pouvoir s'exprimer contre l'autorité, mais aussi contre la machine !

Le Conseil du numérique formule des propositions

En attendant ces évolutions, l'impératif, aujourd'hui, est de les anticiper et de permettre aux acteurs du système de santé de se les approprier. L'enjeu est également économique : la France doit être capable de relever le défi de la compétition mondiale entre pays, pour concevoir les solutions les plus innovantes. Et force est de constater qu'une fois de plus, la loi de santé de Marisol Touraine passe à côté du sujet. La question de la e-santé et du Big data n'est qu'effleurée, à travers un article de loi qui tente d'organiser un accès élargi aux données de santé. Mais la réflexion est en route. Le Conseil national du numérique a ainsi été saisi et a rendu en octobre un rapport qui formule quinze propositions. Il préconise notamment un contrôle a posteriori des solutions innovantes fondé sur l'expérimentation et l'évaluation par les usages, l'harmonisation des normes européennes et la reconnaissance mutuelle des législations nationales. Par ailleurs, l'instance propose de considérer les connaissances scientifiques et médicales en tant que biens communs, et de favoriser le partage des savoirs au travers de l'innovation et de la recherche ouvertes, en constituant des communautés de brevets pour les innovations numériques en santé et en promouvant « l'open access » (accès libre) aux travaux issus de la recherche bénéficiant de fonds publics. L'accès aux données est jugé fondamental pour la constitution d'une filière e-santé innovante. Enfin, il estime que « *l'aptitude à comprendre et à utiliser le numérique dans la vie courante constitue un pilier de l'inclusion de tous dans une société numérique.* » Pour cela, il estime nécessaire « *d'intégrer des dispositifs qui favorisent l'esprit critique des citoyens et les accompagnent dans cet apprentissage, par le biais notamment d'une « plateforme publique de notation et d'évaluation de l'information et des applications en santé, alimentée par la Haute Autorité de Santé (HAS) et s'appuyant sur un réseau ouvert de contributeurs.* » ■

PR JEAN-FRANÇOIS BERGMANN, CHEF DU DÉPARTEMENT DE MÉDECINE INTERNE DE L'HÔPITAL LARIBOISIÈRE À PARIS

« *Corrélation n'est pas causalité* »

Le Pr Jean-François Bergmann est chef du département de médecine interne de l'hôpital Lariboisière à Paris. Il a été vice-président de la Commission d'Autorisation de Mise sur le Marché des médicaments. Il participera au colloque international Génopole et Amgen sur la « Médecine personnalisée » qui se tiendra à Paris le 8 décembre prochain. C'est sur cette notion de « Médecine personnalisée » que nous l'avons interviewé.

De quoi parle-t-on exactement quand on parle de « médecine personnalisée » ?

Jean-François Bergmann : Le terme de « médecine personnalisée » est un peu un abus de langage, car cela sous-entend que la médecine ne l'était pas auparavant. Or, lorsque le médecin choisit un antibiotique, il le fait en fonction du germe et du patient ; sa prescription est personnalisée. L'homéopathe adapte sa prescription en fonction de symptômes analysés minutieusement. La personnalisation est intrinsèque à la médecine.

Mais il s'agit ici de la découverte de marqueurs spécifiques qui induisent une réponse spécifique à un traitement spécifique qui est individualisé.

Quels en sont les avantages ? A quel type de pathologies s'applique-t-elle ?

Jean-François Bergmann : La médecine personnalisée a pris naissance dans le monde de la cancérologie. Telle mutation induit tel type de cancer susceptible de répondre à tel type de traitement. Mais, aujourd'hui, la médecine personnalisée est appliquée à d'autres champs de la médecine. Certaines formes de mucoviscidose, par exemple, sont dues à une mutation génétique (la mutation 551) qui fait que le malade répond positivement à un nouveau traitement. Malheureusement, ce nouveau traitement ne marche que dans 5 à 10 % des cas et marche moins bien, voire pas du tout, dans d'autres formes de mucoviscidose, dues à une autre mutation.

En psychiatrie, on pense que des marqueurs différents induisent une susceptibilité plus ou moins grande aux psychotropes. C'est le cas du lithium qui a des résultats pour certains patients atteints de troubles bipolaires, mais non chez d'autres. C'est sans doute également le cas pour les addictions à l'alcool ou au tabac. L'intérêt de connaître ces variations génomiques ou métaboliques est d'éviter d'ennuyer inutilement un patient avec un traitement qui ne marcherait pas.



« L'idée de prédire la survenue d'un événement est un leurre. »

Le fait de cibler les patients réduit le volume des médicaments utilisés dans les traitements, enchérissant le coût de chacun d'entre eux. Ne vaut-il pas s'ensuire une augmentation des dépenses d'assurance maladie, difficilement supportable pour la collectivité ?

Jean-François Bergmann : Il n'est pas évident que le système économique aille dans ce sens. Si un médicament est utilisé à bon escient, finalement le coût du traitement n'est pas plus élevé. Quand un traitement est plus efficace, on est plus disposé à investir de l'argent. Il n'est pas sûr que la réduction de chaque population cible d'un médicament entraîne de façon algébrique une augmentation des coûts globaux. L'enveloppe globale restera au même niveau, ce sont les priorités qui vont changer. On consacra peut-être moins d'argent au ralentissement de tel processus pathologique et davantage à une autre forme de traitement. La réflexion sur les coûts doit se faire dans une enveloppe globale contrainte par les conditions économiques actuelles.

La médecine personnalisée va-t-elle transformer l'organisation des soins ?

Jean-François Bergmann : L'organisation des soins s'inscrira dans une médecine hyperspécialisée. Pour tel type de tumeur, le patient sera orienté dans tel service. Mais ces filières hyperspécialisées ne sont pas incompatibles avec le parcours de soins. Et la consommation de soins ne va pas augmenter nécessairement.

Derrière la notion de « médecine personnalisée », il y a la notion de médecine prédictive. Celle-ci ne risque-t-elle pas de modifier le comportement des individus : aversion pour le risque ou au contraire prise de risque suicidaire, en fonction des « prédictions » ?

Jean-François Bergmann : Tout le problème réside dans le bon usage de la médecine de prévision. Il ne faut pas lui faire dire ce qu'elle ne sait pas dire. L'idée de prédire la

survenue d'un événement est un leurre. Apprendre que l'on peut mourir d'un cancer du colon dans une dizaine d'années n'empêche pas de risquer de se faire renverser par un autobus le soir même. Le risque de la médecine prédictive est d'être prise pour argent comptant et de prendre des données épidémiologiques pour des valeurs absolues. Il faut distinguer données épidémiologiques et causalité. Prédiction n'est pas causalité. Ce n'est pas parce qu'il y a une corrélation entre deux phénomènes que l'un va entraîner systématiquement l'autre. Ce n'est pas parce qu'il y a une corrélation entre un marqueur et tel cancer que ce cancer va survenir. Quand on dit aux gens qu'en mangeant de la viande rouge, ils augmentent leur risque d'avoir un cancer du colon de 18 %, ils comprennent qu'ils ont 18 pour cent de chances de plus de faire un cancer du colon. Or, il faut calculer le risque absolu. Si le risque de faire un cancer du colon est, en général, de 4 %, une augmentation de 18 % n'entraîne jamais qu'une augmentation absolue comprise entre 0,7 et 0,8 %. L'augmentation d'un risque relatif n'est pas un risque absolu, mais il est plus spectaculaire. Or, c'est ce risque absolu qu'il faut calculer et prendre en compte.

Évidemment, si je fume, je risque fort d'avoir un cancer du poumon ou de faire un infarctus du myocarde. Mais en dehors de ces situations très bien identifiées, corrélées à l'alcool, au tabac ou aux toxicomanies, l'immense majorité des pathologies qui menacent les individus sont imprévisibles. Elles ne sont ni portées par nos gènes, ni induites par nos comportements. La majorité des malades n'y sont pour rien dans leur maladie. Il faut le dire pour éviter toute culpabilisation face à la maladie.

La relation entre le médecin et son patient va-t-elle se trouver changée par les apports de la médecine personnalisée ?

Jean-François Bergmann : Le médecin aura affaire à des patients plus exigeants, plus informés, ce qui ne signifie pas mieux informés. Il lui faudra aussi faire face aux déceptions. Les parents d'un enfant atteint de mucoviscidose qui n'est pas corrélée à la mutation 551 qui permet de choisir un médicament efficace, se demanderont pourquoi leur enfant n'y a pas accès. Il faudra le leur expliquer.

Quels sont les atouts de la médecine française dans cette évolution ?

Jean-François Bergmann : La sécurité sociale en France permet un accès égalitaire aux soins. Si un médicament est indiqué dans tel type de pathologie, le patient en bénéficiera, à l'inverse des États-Unis où le traitement dépend pour beaucoup des ressources du malade.

L'utilisation en cancérologie de médicaments personnalisés est fondée sur l'isolation d'un gène ou d'une mutation spécifique, réalisée par les plateformes de l'Institut national

du cancer (INCA) qui met à la disposition des malades les tests nécessaires. Certes, les délais peuvent parfois être longs si bien que l'on commence un traitement sans attendre. Mais la recherche et les tests des plateformes de l'INCA fonctionnent bien.

Quels sont les défis technologiques des Big Data et en quoi celles-ci interviennent-elles dans la médecine personnalisée ?

Jean-François Bergmann : Elles détiennent une masse d'informations sur les individus, leurs habitudes, leurs données biologiques ou génomiques, informations qui peuvent aider au choix du traitement. Ces informations sont de plus en plus précises. Le problème, c'est qu'à les multiplier, le risque est d'aboutir à des faux positifs ou des faux négatifs. Les faux positifs vont entraîner l'individu dans des investigations et des explorations contraignantes qui vont s'avérer inutiles. Plus il y a de données, plus il y a de faux positifs et donc d'investigations et de contraintes inutiles.

“ Le médecin aura affaire à des patients plus exigeants, plus informés, ce qui ne signifie pas mieux informés. ”

Là encore, Big Data est-il sans risques en induisant une notion de « transparence » (tout savoir sur les individus afin de les « accompagner », voire de les assurer contre les risques) ?

Jean-François Bergmann : En plus d'inquiéter les gens inutilement, on risque également de percer des secrets, de rompre la confidentialité (encore que ce dernier risque soit sans doute fantasmatique).

Mais cette évolution est à mettre au regard de l'impudeur des outils de communication actuels, comme, par exemple, Facebook. Les individus s'exposent de plus en plus, livrent des informations sur eux-mêmes, aiment à poster un tweet ou à mettre leur photo sur Facebook. Il y a aujourd'hui, une sorte d'acceptation à s'offrir en pâture.

Les politiques ont-ils pris la mesure des enjeux ?

Jean-François Bergmann : Oui et non. Oui, parce qu'ils ont efficacement poussé à la création des plateformes de l'INCA ou qu'ils acceptent de rembourser les nouveaux médicaments. Mais il n'est pas sûr qu'ils aient pris la mesure des évolutions vertigineuses dont nous venons de parler. Avec toutefois des interrogations. Ainsi, les résultats de la médecine personnalisée sont extraordinaires dans le traitement des mélanomes métastatiques, mais les promesses dans le traitement du cancer du pancréas n'ont pas été tenues. Il y a encore tellement d'incertitudes qu'il est difficile de prendre la mesure des enjeux. Ainsi, à l'annonce de la grippe H1N1, on achète des quantités de traitements inutiles, mais on n'a pas anticipé la canicule de 2003. Agir dans ce climat d'incertitude est intrinsèque à la politique. ■



GÉNÉRALISATION DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ POUR TOUS LES SALARIÉS

5 étapes à faire avant le 1^{er} janvier 2016

Infos juridiques

La Loi de sécurisation de l'emploi issue de l'accord national interprofessionnel conclu par les partenaires sociaux en janvier 2013 fait obligation à tout employeur de souscrire un contrat de complémentaire santé pour son ou ses salariés, quel que soit leur temps de travail dans l'entreprise. Il ne vous reste plus que 1 mois pour la mettre en place. Comment vous y prendre ?

1. Etablir un devis

Adressez-vous au courtier ou à l'assureur en leur donnant certaines informations du cabinet : nombre de salariés, dates de naissance et précisez le montant de votre participation à la prise en charge de la complémentaire, en sachant que celle-ci ne peut être inférieure à 50%.

Sachez que la part de cotisation prise en charge par l'employeur est exonérée de cotisations sociales (suivant les plafonds légaux) est déductible par l'entreprise, et intégrée dans le revenu imposable du salarié. La part de cotisation versée par le salarié est déductible de son revenu imposable, sauf pour l'option ayants droits si elle facultative.

Assumed Scamed est à votre disposition pour ces démarches : tél 01 55 65 05 50 ou www.scamed-scaped.fr

2. Parlez-en à vos salariés

Une fois que vous avez fait un choix, en fonction des propositions reçues, réunissez votre personnel et parlez-leur de votre décision. C'est l'occasion de leur présenter le contrat, en particulier les garanties faisant partie du socle de base et celles, facultatives, pouvant être prise en option à la charge exclusive du salarié.

En l'absence d'accord de branche à ce jour pour les cabinets médicaux, les salariés déjà présents dans le cabinet au moment de la mise en place du régime ont la faculté d'en être dispensé sans limitation de durée (article 11 de la Loi Evin n°89-1009 du 31/12/89). Ils ont également la possibilité d'y adhérer par la suite quand ils le souhaitent.

Ceci est indépendant des dispenses possibles d'affiliation prévue dans la DUE.

Ce contrat est obligatoire, mais plusieurs cas de dispenses fixées par la réglementation sont possibles à condition d'être indiquées dans la **décision unilatérale de l'employeur (DUE)** que vous allez devoir rédiger, à savoir :

- salariés bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission, contrat d'apprentissage d'au moins 12 mois s'ils justifient d'une couverture individuelle équivalente ;
- salariés d'un contrat de moins de 12 mois, sans avoir besoin de justifier d'une couverture individuelle ;
- salariés à temps partiel dont la cotisation au régime collectif représente au moins 10% de leur rémunération brute ;
- salariés bénéficiaires de l'ACS, de la CMU-C. La dispense ne peut jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide ;
- salariés déjà couverts par une assurance individuelle lors de l'embauche, si elle est postérieure à la DUE. La dispense ne peut jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel ;
- salariés qui bénéficient, même en temps qu'ayants droit, d'une couverture collective conforme à celles définies dans l'arrêté du 26 mars 2012.

Attention, si votre salarié a d'autres employeurs, il ne pourra demander à en être dispensé que dans le cas où il bénéficie d'un contrat collectif obligatoire chez un autre employeur, ou si la cotisation au contrat proposé dépasse le seuil de 10% de sa rémunération brute. La demande doit être formalisée par écrit, avec justificatif de sa couverture (de façon annuelle).



►► GÉNÉRALISATION DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ POUR TOUS LES SALARIÉS : 5 ÉTAPES À FAIRE AVANT LE 1^{er} JANVIER 2016

3. Adhérer en tant qu'employeur au contrat choisi

Même si tous les salariés rentrent dans les cas de dispense prévus par la DUE, vous devez adhérer à un contrat auprès d'un assureur. Cela permettra de proposer ce contrat aux éventuels futurs salariés du cabinet.

Par contre, si vous n'avez aucun salarié dans le cabinet, aucune démarche n'est à effectuer.

4. Rédiger la DUE

Un modèle de DUE vous est transmis par l'assureur. Vous y mentionnez les cas possibles de dispense et vous la remettez au(x) salarié(s) de votre cabinet. A la fin de la DUE se trouvent un formulaire d'adhésion et un formulaire de dispense à remplir par le salarié en fonction de sa situation.

5. Remettre un document d'adhésion au salarié ou formaliser le refus

- Soit le salarié vous remet le formulaire d'adhésion signé afin de bénéficier des garanties au 1^{er} janvier 2016.
- Soit, s'il est concerné par l'un des cas de dispense prévu dans la DUE, il remplit le formulaire de dispense et vous le remet pour que vous le conserviez.



QUESTIONS PARTICULIÈRES

1. Pour les ayants droit, l'acte constitutif de la mise en place de cette complémentaire santé des salariés (DUE) prévoit soit une adhésion obligatoire soit facultative (seule l'adhésion obligatoire permet cependant la déductibilité en cas de participation de l'employeur). Il peut aussi prévoir une cotisation unique avec ou sans ayants droit.

– En cas d'**adhésion facultative des ayants droit**, le salarié peut ne pas inscrire ses ayants droit ou ne les inscrire qu'en partie (par ex les enfants mais pas le conjoint). Du fait de l'absence de déductibilité de la cotisation pour les ayants droit, l'employeur ne participe en général qu'à la cotisation du salarié (0% de la cotisation des ayants droit, adulte ou enfant, à charge de l'employeur),

– En cas d'**adhésion obligatoire des ayants droit**, l'employeur doit prélever la cotisation des ayants droit du salaire de son salarié. La seule possibilité pour ne pas intégrer les ayants droit est pour le salarié d'être lui-même dispensé d'adhérer : c'est le cas s'il est déjà couvert par son conjoint qui dispose soit d'un contrat obligatoire au sein de sa propre entreprise soit d'un contrat Madelin si ce conjoint est libéral. Du fait de la déductibilité de la cotisation pour les ayants droit, l'employeur prend en charge non seulement une partie de la cotisation pour le salarié (au moins 50% à charge de l'employeur) mais aussi pour ses ayants droit, adulte ou enfant (50% minimum à charge de l'employeur).

2. En complément, il est possible de prévoir une **cotisation unique pour tous les salariés de l'entreprise et leurs ayants droit**, que le salarié soit seul ou adhérent avec ses ayants droit (basée sur la composition moyenne des familles). Dans ce cas l'adhésion ou non des ayants droit n'impactant pas la cotisation unique, leur adhésion est facultative mais cette cotisation unique du salarié demeure déductible. L'employeur prend en charge une partie de la cotisation unique du salarié (50% minimum pour l'employeur).

3. Portabilité des garanties au profit des anciens salariés indemnisés par l'assurance- chômage

Elle est gratuite pour l'ancien salarié et ne peut pas excéder la durée du contrat de travail, et dans la limite de 12 mois. Elle est prise en charge par l'assureur (mutualisé au sein du contrat).

4. En cas de départ en retraite

Le salarié peut poursuivre, (portabilité pendant 6 mois) à sa seule charge, la couverture complémentaire de l'entreprise, et sa cotisation ne peut être supérieure de + de 50% à celle part employeur + salarié, lorsqu'il était en activité. Mais ses ayants droit ne sont pas pris en charge et les garanties prévues dans le cadre de son ancien contrat d'entreprise ne changeront pas. ■

Un dispositif à revoir

Critiqué, souvent pour des raisons diamétralement opposées, le contrat d'accès aux soins (CAS) doit être renégocié dans le cadre de la convention. Trois ans après sa conclusion, où en est-on vraiment ?

Pour les uns, ce contrat aurait été une bonne aubaine pour les médecins sans effets pour les patients. Pour les autres, les médecins y auraient souscrit en trop petit nombre, si bien que l'intérêt du CAS serait nul. *Le Figaro* du 26 octobre dernier réussit même cette prouesse d'émettre les deux critiques dans le même article. S'appuyant sur une étude du Gerep, l'auteur de l'article regrette que « dans les dix plus grandes villes du pays, un médecin sur cinq (ait) signé un contrat d'accès aux soins et ainsi accepté de stabiliser ses dépassements d'honoraires, contre un sur trois en moyenne en France ». Les pédiatres, les gynécologues, les ophtalmologues, spécialités sur lesquelles portent l'étude, l'auraient « boudé » dans leur grande majorité. A l'inverse, mais sans s'appuyer sur aucune étude chiffrée, le même article reproche aux radiologues d'avoir signé un contrat qui pour eux représenterait « une véritable aubaine ».

Respirer, oui, quand il y a de l'oxygène !

Le journaliste oublie simplement de dire cette chose très simple : d'une part, la radiologie est l'une des spécialités où le pourcentage de médecins en secteur à tarifs opposables était le plus élevé ; d'autre part, depuis 2007, la spécialité a vu la valeur de ses actes systématiquement rabotée. Il ne faut donc pas s'étonner, comme le souligne Jean-Philippe Masson, président de la Fédération nationale des médecins radiologistes, qu'ils aient essayé de desserrer le carcan dans lequel ils étaient enfermés. Seulement, ajoute Jean-Philippe Masson, le calcul du montant des dépassements autorisés dans le cadre du CAS se faisant sur une base régionale, beaucoup de radiologues n'ont appliqué que des dépassements très faibles, quand ils ont pu en pratiquer. 0 multiplié par 100 % ne fait jamais que 0. Lorsque, dans une région, aucun radiologue n'avait dépassé, il devient impossible pour les signataires de profiter du peu de liberté qui leur était donnée. « Les radiologues ont espéré une transaction nationale. Or, cela n'a pas été possible, car la convention précise que le calcul est régional ».

Compte tenu de ces modalités de calcul, beaucoup de médecins ont été déçus. Jean-Paul Ortiz le reconnaît. « Ils pensaient avoir un petit espace de liberté ; en réalité, ils ne l'ont pas eu et ils ont eu l'impression d'être trompés ». La CSMF qui a été la seule à ne pas renier sa signature en a payé le prix lors des élections aux URPS.

Trois raisons de revoir le dispositif

Pour le président de la CSMF, « le CAS doit être absolument renégocié de fond en comble » et ce pour trois raisons. « Il est indispensable que les assurances complémentaires entrent de façon volontariste dans le dispositif ; il ne faut pas qu'il soit un miroir aux alouettes ; en conséquence il doit être adapté par spécialité et par région ».

Pour autant, le président de la CSMF s'inscrit en faux contre certaines idées reçues. « Alors que le taux de compléments d'honoraires avait tendance à augmenter d'année en année, depuis le CAS, non seulement ce taux n'augmente plus, mais il baisse. Il y a eu une inversion de la courbe. Nombre de signataires du CAS en ont tiré des bénéfices puisqu'ils ont vu une partie de leurs cotisations sociales prise en charge. Et contrairement à ce que l'on pouvait penser, le nombre de signataires de CAS a tendance à augmenter. »

Le dispositif a répondu à beaucoup de ses objectifs. Dans un point Presse de mai dernier, la CNAM le reconnaissait : une part significative des actes et consultations à tarifs opposables a été maintenue, voire augmentée ; le taux de dépassement pour l'ensemble des médecins s'est infléchi, passant de 55,4 % en 2012 à 54,1 % en 2014 ; « le taux de dépassement moyen des médecins dont les pratiques tarifaires

étaient reconnues comme excessives en 2012 a diminué de presque 36 points en 2014, passant de 189,1 % à 153,4 % ». Nous ajouterons pour notre part que la signature de l'avenant 8 a permis la survie du secteur 2.

La CSMF ne jettera donc pas le bébé avec l'eau du bain. Mais le dispositif est à revoir. « Nous n'accepterons pas que le CAS soit maintenu en l'état », prévient le président de la CSMF. ■



“ Nous n'accepterons pas que le CAS soit maintenu en l'état. ”

Jean-Paul Ortiz,
Président de la CSMF

Une nouvelle ère

Le départ du Dr Maudrux de la présidence de la CARMF met fin à une période conflictuelle.

Le Dr Lardenois succède à la présidence de la Caisse autonome de retraite des médecins français (CARMF). En effet, l'élection le 12 septembre dernier du Dr Maudrux à la tête de la CARMF, suspendue par la mission de contrôle des organismes de sécurité sociale, a été annulée par le directeur de la Sécurité sociale, Thomas Fatome. Les motifs de cette annulation sont clairs. Coopté par les administrateurs de la CARMF, le Dr Maudrux ne pouvait être considéré comme un élu. Or, le code de la Sécurité sociale stipule que les membres du conseil d'administration sont élus par les affiliés et les allocataires. Le Dr Maudrux, en se faisant coopté, était passé outre cette disposition découlant du décret du 23 juillet dernier, et passait outre cette évidence que la cooptation ne présente pas le caractère d'une élection par les affiliés et les allocataires. A fortiori, il ne pouvait être élu président du CA de la CARMF. « ...Le Dr Maudrux n'était pas régulièrement membre du conseil d'administration et ne pouvait donc pas être élu président... », écrit le directeur de la Sécurité Sociale.



ment au sein de la CARMF, en interdisant la désignation de membres cooptés au conseil d'administration et en limitant le mandat du président de la CARMF à trois ans renouvelables deux fois, (soit une durée de neuf ans).

Le Dr Maudrux aurait entamé son septième mandat. Avec son départ, c'est une page conflictuelle de l'histoire de la CARMF qui se tourne. Sous ses mandatures, il n'a eu de cesse en effet de vouloir enterrer le régime ASV des médecins que la CSMF et d'autres syndicats représentatifs de la profession ont défendu à juste titre. La Confédération continuera à défendre ce régime qui est un élément majeur de la retraite des médecins. Rappelons que l'ASV constitue 35 % de la pension moyenne des médecins (2600 euros) alors que la cotisation pour le médecin en secteur 1 et pour les actes pratiqués aux tarifs opposables par les spécialistes ayant opté pour le contrat d'accès aux soins, ne représente que 14 % du total des cotisations retraites (33 % pour le secteur 2). Comme le rappelait le président du syndicat national des médecins concernés par la retraite (SN-MCR), Yves Decalf (voir MDF 1252), l'ASV constitue une excellente affaire pour les médecins, « puisque les médecins du secteur 1 ou ceux ayant signé le CAS récupèrent en 5 ans le montant des cotisations qu'ils ont versées pendant toute leur vie active ». Mais il conviendra aussi de consolider les deux autres régimes qui constituent la retraite des médecins. Espérons que la nouvelle équipe de la CARMF saura relever ces défis. ■

Déni de démocratie

Pour les mêmes motifs d'irrégularité, le directeur de la Sécurité sociale a annulé la désignation d'administrateurs cooptés au sein des différentes commissions de la CARMF. « Les délégations de pouvoirs au bureau et aux commissions conduisent à déléguer des pouvoirs à des administrateurs cooptés ou au bureau et son donc par voie de conséquence entachées des mêmes irrégularités.... » C'est donc l'ensemble des décisions du conseil d'administration du 12 septembre dernier qui sont annulées.

Évidemment, le Dr Maudrux, dans la lettre de démission envoyée aux administrateurs de la CARMF deux jours avant cette annulation, se présente comme une victime, laissant entendre que les dispositions réglementaires adoptées en juillet étaient taillées sur mesure pour le contraindre à partir. Allant même jusqu'à prétendre que son éviction était un déni de démocratie. Pourtant, le décret du 23 juillet 2015 n'a fait que rétablir la démocratie au sein des organismes de sécurité sociale et, notam-

Les conséquences du gel des honoraires en France

Les données publiées par l'OCDE confirment que les médecins français sont moins rémunérés que la plupart de leurs confrères des pays voisins.

Dans son Panorama de la Santé qui vient de sortir, l'OCDE consacre un chapitre aux rémunérations des médecins des pays membres.

Des précautions qui s'imposent

Certes, les comparaisons doivent être prises avec prudence, car les données livrées par les différents pays ne recouvrent pas toujours la même chose. Dans certains pays (Autriche, Irlande, Italie), les heures supplémentaires ou les cotisations sociales sont exclues du montant des rémunérations ; dans d'autres pays (République Tchèque, Hongrie, Islande, Irlande, Slovaquie), ce sont les revenus provenant de l'exercice en clientèle privée des médecins salariés. Certains pays (Danemark, Hongrie, Norvège, Slovaquie) n'ont livré que les données concernant les médecins du secteur public dont les rémunérations sont généralement inférieures à celles du secteur privé. Les médecins en formation sont pris en compte dans certains pays (Allemagne, Australie, République tchèque et, pour les spécialistes le Royaume-Uni) tandis que dans les autres ils ne le sont pas, ce qui est dommage, car ces précisions permettraient de se faire une idée des revenus au long de toute la carrière d'un médecin. Parfois (Australie, Autriche, Belgique, Pays-Bas, Royaume-Uni) les données présentées incluent les exercices à temps partiel. Enfin, la Belgique inclut les frais professionnels dans les revenus, ce qui, bien sûr, les surestime.

Écarts entre généralistes et spécialistes

Malgré ces réserves, les données publiées par l'OCDE sont très intéressantes, car elles comparent les revenus des médecins au salaire moyen du pays où ils exercent en libéral ou en salarié, la distinction entre les deux modes d'exercice étant parfois floue. « *Comme on pouvait s'y attendre, la rémunération des médecins (généralistes et spécialistes) est, dans tous les pays de l'OCDE, nettement plus élevée que le salaire moyen de l'ensemble des travailleurs* », lit-on dans le document de l'OCDE. De même, « *dans la plupart des pays, la rémunération des généralistes est inférieure à la moyenne des spécialistes, et, dans de nombreux cas, bien moindre* ».

Il y a de notables variations. Ainsi, par exemple en Australie, la rémunération moyenne des médecins généralistes libéraux, certes minorée par le fait que les médecins en formation sont inclus dans ce calcul, n'était qu'environ le double du salaire moyen en 2013. Il s'élevait presque au triple en Autriche (où rappelons les cotisations sociales sont exclues du calcul), au Canada, aux Pays-Bas (où les données incluent les temps partiels),



au Luxembourg. En France, pour les généralistes libéraux, ce ratio est de 2,4 ; il est de 4 en Allemagne et de 3,2 au Royaume-Uni.

En ce qui concerne les spécialistes, l'écart avec le salaire moyen est toujours plus élevé que chez les généralistes. « *Au Canada et aux Pays-Bas, les spécialistes libéraux gagnaient environ 4,5 fois le salaire moyen en 2013 ; en Allemagne, ce ratio dépassait 5 et il était supérieur à 6 au Luxembourg et en Belgique...* » (NDLR : mais, on l'a vu, en Belgique, les rémunérations sont surestimées). « *En France, les spécialistes libéraux gagnaient (en 2013) presque 4 fois le salaire moyen, contre un peu plus de deux fois pour les spécialistes salariés et les généralistes libéraux* ».

Touchés par la crise

L'écart entre spécialistes et généralistes est particulièrement grand en Belgique et au Luxembourg. Dans beaucoup de pays, cet écart de revenu « *a continué de se creuser au cours des dix dernières années, réduisant l'attrait financier de la médecine générale* », précise l'OCDE. « *Depuis 2005, la rémunération des spécialistes a augmenté plus rapidement que celle des généralistes au Canada, en Finlande, en France, en Hongrie, en Islande, en Israël, au Luxembourg et au Mexique* ». Au contraire, cet écart s'est légèrement réduit en Autriche, en Belgique et aux Pays-Bas, le revenu des généralistes ayant progressé plus rapidement.

Enfin, toujours selon l'OCDE, la crise économique a eu un impact sur les rémunérations des médecins. « *Un certain nombre de pays d'Europe durement touchés par la récession ont gelé ou réduit, au moins temporairement, les salaires ou honoraires des médecins afin de réduire les coûts, tout en protégeant l'accès de la population aux soins* ». Parmi ces pays, l'Estonie, l'Irlande, l'Italie, la Slovaquie et... la France. Ce n'est pas nous qui le disons, c'est l'OCDE. ■