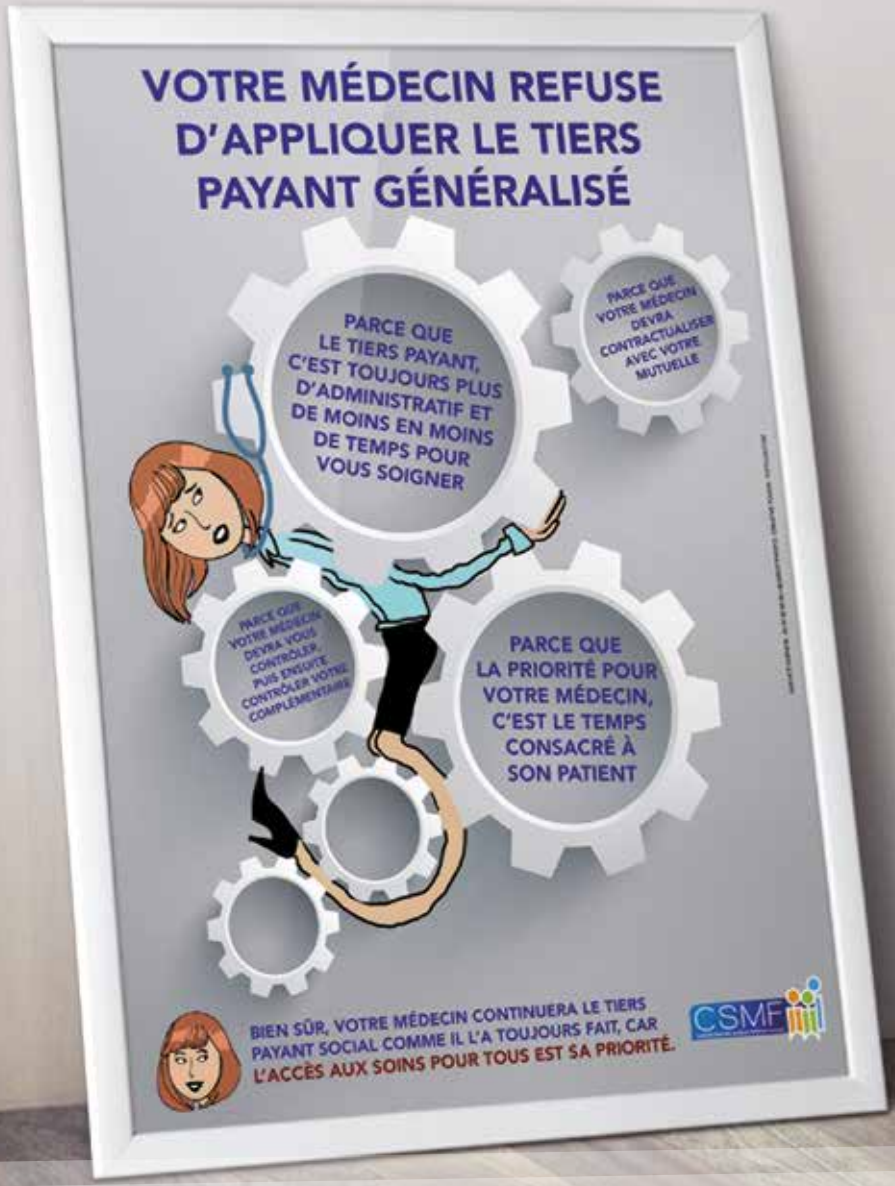
Le Médecin de France

20 décembre 2016 • n°1276

Le journal de la CSMF
Confédération des Syndicats Médicaux Français

Tiers payant généralisé : NON !



Rencontre

Thierry Moulin, président de la Société Française de Télémédecine

page 4

Portrait

Jean-Michel Lemettre, médecin généraliste à Amboise

page 11

ISSN : 0399-385X

Tiers payant généralisé : non merci, mobilisons-nous !

Janvier 2016 : Marisol Touraine a subi un échec public lorsque le Conseil constitutionnel a sanctionné le tiers payant généralisé en dénonçant la confusion des genres entre l'État et la mutualité... Madame la ministre n'avait pas écouté à l'époque les médecins libéraux : par cette sanction, le Conseil constitutionnel validait ainsi la désobéissance civile mise en place par la CSMF.

Janvier 2017: Madame la ministre s'apprête à subir (sur le même thème) un nouvel échec politique et populaire, puisque les médecins libéraux n'appliqueront pas le tiers payant généralisé pour tous les patients en ALD, mais seulement le tiers payant social lorsqu'ils le jugeront utile comme ils l'ont toujours fait pour préserver l'accès aux soins pour tous.

La CSMF a réalisé une affiche (que vous pouvez télécharger sur le site : *csmf.org*) pour informer nos patients des raisons de ce refus et expliquer ainsi que le médecin doit préserver son indépendance, vis-à-vis des mutuelles, consacrer son temps aux soins et ne pas se transformer en bureaucrate et contrôleur du ministère de la Santé.

Le tiers payant généralisé pour tout et pour tous, c'est NON et c'est NON négociable.

Mobilisons-nous !

Dr Jean-Paul Ortiz,
Président de la CSMF

sommaire

4. Rencontre
Thierry Moulin, président de la Société Française de Télémédecine

6. Dossier
Présidentielle 2017 : la santé s'invite au cœur de la campagne

10. Actu en bref
L'actualité de la médecine

11. Portrait
Jean-Michel Lemettre, médecin généraliste au SMUR d'Amboise

14. À la loupe
Fiscalité : les bonnes décisions à prendre avant le 31

Le Médecin de France • 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 • Site : www.csmf.org

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.

Édité par la SEPMF, SARL au capital de 32 000 € • Durée : 50 ans à partir du 1er juin 1978 • Associés : CSMF et ACFM.
Gérant : Jean-Paul Ortiz • Directeur de la publication : Jean-Paul Ortiz • Rédacteur en chef : Laurent Verzaux
Crédits photos : P. Chagnon – Cocktail Santé
Réalisation : Aliénor Consultants – Tél. 05 49 62 69 00
Impression : Megatop • Distribution : Info Routage
Abonnement : 40,00 € par an. Prix du numéro : 2 €
Commission paritaire : 1018 G 82702.

Abonnez-vous ! 40 € par an, 20 numéros.

Dr .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

❏ désire s'abonner à la revue *Le Médecin de France* pour un an. ❏ désire une facture.

Chèque de 40 € à l'ordre de Médecin de France et à adresser à :
***Le Médecin de France*, Service abonnement • 79, rue de Tocqueville 75017 Paris**

« La télémédecine prend son envol »

Ses trois idées fortes

• ***« À la SFT, nous parlons de télémédecine clinique, car il ne s'agit pas simplement de « cocher » des items, mais bien de pratiquer différemment la médecine. »*** Présentée comme une solution contre les déserts médicaux, son impact va plus loin, notamment parce qu'elle accélère le transfert de compétences entre soignants.

• ***« L'émergence de la télémédecine est emblématique des nouveaux modes d'organisation des soins, car elle s'appuie sur une co-construction permanente entre industriels, professionnels de la santé, payeurs publics et privés et représentants des patients. »*** La télémédecine est transversale, collaborative et évolutive.

• ***« Pas à pas, un écosystème favorable s'édifie, et les nouvelles tendances d'organisation des soins vont dans le sens d'un développement de la télémédecine. »*** Mais il reste à bâtir un modèle économique adapté, notamment en matière de tarification.

Thierry Moulin, président de la Société Française de Télémédecine

Alors que le PLFSS 2017 prévoit de généraliser sur tout le territoire le recours à la télémédecine, le Pr Thierry Moulin, président de la SFT, revient sur le développement de cette discipline. Il appelle à l'élaboration d'un modèle économique plus structuré pour favoriser son développement.

encontre

La Société Française de Télémédecine existe depuis 2007. Quelles sont ses missions ?

La SFT est une société savante, créée à un moment où il apparaissait nécessaire de mieux poser les fondements scientifiques de la télémédecine. Nous sortions à l'époque de la phase des pionniers, qui ont développé cette nouvelle discipline à partir des années 90, le plus souvent dans une forme d'indifférence générale. Mais les nombreuses expérimentations menées dans différents territoires ont pourtant apporté des preuves d'intérêt pour la prise en charge des patients. En 2009, la télémédecine est enfin officiellement reconnue et institutionnalisée, par la loi HPST d'abord puis par la publication du décret de 2010. En lançant la SFT, l'objectif principal était d'évoluer du militantisme des origines vers le monde académique et de démontrer le service médical rendu par la télémédecine. Cette ambition, on peut la résumer sous la forme d'une expression parlante : la télémédecine clinique. Cela signifie que la pratique de la télémédecine ne se limite au « cochage » de simples items, mais qu'elle est une forme à part entière d'activité médicale. La télémédecine est source d'efficience, au sens où elle permet de répondre à un besoin de prise en charge médicale non couvert, à distance et en réduisant l'espace-temps de l'intervention, et tout en accélérant les transferts de compétence entre soignants.

En 2017, la télémédecine franchit un nouveau cap, avec la généralisation sur tout le territoire. Est-ce la consécration ?

C'est en effet un moment décisif. Les autorités sanitaires commencent enfin à mesurer les potentialités de la télémédecine, dans un contexte bien sûr de progression des déserts médicaux, mais pas seulement. Elle s'inscrit dans l'écosystème plus large de la santé numérique, qui offre de formidables perspectives en matière de qualité de prise en charge, de coopération pluri-disciplinaire et d'autonomisation des patients. Elle bénéficie également du bond technologique conduit par les industriels, avec des équipements de plus en plus performants, simples à utiliser et économes en termes de moyens à mobiliser. L'émergence de la télémédecine est emblématique des nouveaux modes d'organisation des soins, car elle s'appuie sur une co-construction permanente entre industriels, professionnels de la santé, payeurs publics et privés et représentants des patients. 2017 devrait être une année-charnière, car la généralisation sur l'ensemble du territoire devrait accélérer le développement de projets. Cela étant, parler de consécration me parait prématuré, car le statut de la télémédecine demeure celui de l'expérimentation.

Justement, la télémédecine n'est-elle pas en déficit de modèle économique, ce qui freine son développement ?

Oui, l'essor de la télémédecine est entravé par l'absence de vision globale et d'investissements dédiés. Le système de rétribution, entre la tarification à l'activité à l'hôpital et le paiement à l'acte en médecine de ville, ne sont pas adaptés pour les actes de télémédecine. Les pouvoirs publics craignent des débordements d'activité en médecine de ville liés à la télémédecine. C'est un fantasme, et aucun professionnel n'imagine de s'enrichir en multipliant les actes inutiles. Il ne s'agit pas de créer des actes supplémentaires, mais de réallouer des moyens actuellement déployés à l'hôpital et en ambulatoire. C'est possible sans dépenser plus, notamment parce que certaines expérimentations apportent la preuve d'économies importantes sur les frais de transport des malades ou des coûts évités sur les clichés d'imagerie. Actuellement, l'assurance-maladie reste encore très prudente : le seul acte de télémédecine inscrit dans la nomenclature concerne la rétinopathie à distance du patient diabétique. Cela étant, les discussions sont en cours, et il est probable que de nouveaux actes seront créés l'année prochaine. La forte implication de la Fédération hospitalière de France va peser dans la balance, d'autant que la télémédecine entre établissements doit naturellement figurer parmi les axes forts des projets collaboratifs portés par les Groupements hospitaliers de territoire. Pas à pas, je dirai qu'un écosystème favorable s'édifie, et que les nouvelles tendances organisationnelles, autour du virage ambulatoire et des parcours de soins, vont dans le sens d'un déploiement plus large de la télémédecine.

Le décret de 2010 tend à « sanctuariser » la télémédecine, notamment pour la distinguer de la e-santé. N'est-ce pas un obstacle à son développement ?

Non, il était essentiel d'établir cette distinction en 2010, en créant des catégories d'interventions spécifiques, en fonction des finalités recherchées. L'évolution actuelle de la e-santé, souvent à la frontière entre le bien-être et le médical, confirme le bien-fondé de ce décret. Et il était nécessaire de bien encadrer la télémédecine, pour s'assurer du caractère médical des actes, effectués par des professionnels de santé habilités. Cependant, il est probable qu'il faudra évoluer sur un item, celui de la réponse à l'urgence. Nous travaillons actuellement, avec la DGOS, l'Ordre et l'assurance-maladie, à la définition de la notion de télé-conseil. Ce type d'acte, correspondant aux recommandations d'un médecin délivrées sans prise en compte de l'ensemble des éléments cliniques du patient, contribuerait à renforcer la régulation entre urgences réelles et urgences ressenties, tout en valorisant l'intervention du médecin.

Face au développement annoncé de la télémédecine, va-t-on vers la création de cyber-médecins dédiés dans chacune des spécialités ?

Je ne le crois pas, car l'essor de la télémédecine n'est que le reflet du mouvement plus large de digitalisation des sociétés contemporaines. Les générations de professionnels qui s'apprêtent à entrer en activité ont naturellement plus d'appétence pour ces nouvelles technologies que ceux qui exercent aujourd'hui. En revanche, il faut investir davantage dans la formation, car il existe des spécificités à maîtriser. De nouveaux métiers doivent accompagner ces nouvelles pratiques, par exemple des bioinfirmières, des coordinateurs de parcours, des analystes de données. De façon plus large, nous devons conduire la culture du changement, auprès des professionnels comme auprès des patients. L'adhésion des patients est indispensable, et au-delà même ils doivent contribuer à l'évolution des solutions mises en place, en les testant et en qualifiant les usages. L'économie de la santé numérique est transversale, collaborative, évolutive et la télémédecine n'y échappe pas.

Comment se situe la France par rapport aux pays étrangers ?

Nous sommes plutôt en retard par rapport aux pays du Nord de l'Europe, où les patients sont très investis, mais également sur certains pays du sud, comme l'Espagne. En revanche, la France, est plutôt en avance par rapport avec l'Allemagne. C'est un paradoxe, car beaucoup de solutions technologiques proviennent d'Outre-Rhin. En tous les cas, la compétition internationale est lancée, et la French Tech Télémédecine a toutes les chances de bien figurer, à condition que les freins organisationnels soient levés.

Dossier

Avec le débat intense sur la séparation entre gros et petit risque, François Fillon a créé une double surprise : sa présence à la présidentielle 2017... Et l'émergence des questions de santé au cœur de la campagne. Une occasion pour tous les acteurs du secteur de se féliciter que ces sujets deviennent enfin un objet politique.

Le « gros risque » à la charge de l'assurance maladie, tandis que le « petit risque » serait délégué aux complémentaires santé... En quête de « marqueurs libéraux » dans le domaine de la santé, François Fillon a déclenché durant un mois la plus étonnante séquence polémique sur ces sujets depuis des années. Il faut en effet remonter au plan Juppé, en 1995 - 1996, et plus avant au plan Seguin du milieu des années 80, pour retrouver une telle couverture médiatique et des réactions en chaîne des politiques de tous bords. Le candidat-surprise de la droite n'avait pas lui-même mesuré la portée de ses propos, tenus lors du débat du 2e tour des primaires. Accusé par ses détracteurs de vouloir privatiser la Sécu, François Fillon a provoqué l'émoi, y compris parmi ses partisans. C'est ainsi que Bernard Accoyer, l'un de ses soutiens, estimait qu'une « *clarification s'impose* ». Le nouveau secrétaire général de LR a contribué, avec les conseillers santé de l'ancien Premier ministre, à rédiger une tribune publiée le 12 décembre, dans Le Figaro. Divers experts ont été sollicités à la hâte, afin de mieux préciser les concepts et proposer une ligne politique moins idéologique, ainsi qu'un projet plus cohérent sur le plan technique. Car certains, comme l'économiste Claude Le Pen, avaient pointé des incohérences. Dans ses propos initiaux, François Fillon militait pour que les « *soins lourds et de longue durée soient réservés à l'assurance maladie* », tout en défendant l'idée d'une franchise variable selon les revenus. « *Cela signifie-t-il qu'il veut appliquer cette franchise sur les pathologies graves ?* S'interrogeait l'économiste. *Ce serait une évolution idéologique majeure, par rapport à l'esprit de la Sécurité sociale de 1945.* »

La franchise abandonnée

Quelques jours plus tard, le principe de la franchise était officiellement abandonné. Ses lieutenants, comme le Pr Dominique Stoppa-Lyonnet, ont bien tenté d'expliquer que la franchise visait seulement à regrouper celles qui existent déjà - franchise de un euro, ticket modérateur, forfait hospitalier - la mesure est immédiatement apparue impopulaire. Une aubaine pour les « caciques » de la gauche sur la santé et les prétendants à la primaire socialiste. Marisol Touraine, devenue très active sur Twitter, n'a eu de cesse de dénoncer la « privatisation » de la sécurité sociale, calculant au passage à 3200 euros par an et par personne le surcoût lié aux propositions Fillon. Une estimation fantaisiste, alors que la Mutualité française a proposé un chiffre plus réaliste. Elle évalue à 20 milliards d'euros le coût d'une privatisation du petit risque, soit 300 euros par personne et par an, et 1200 euros pour un couple avec deux enfants. Inutile de dire que la proposition passe mal dans l'opinion publique, alors que la préservation du système de santé à la Française figure parmi les principales priorités affichées par une majorité de Français dans tous les sondages d'opinion.

Mieux rembourser, y compris le dentaire

Dès lors, comment François Fillon s'est-il sorti de la polémique ? Dans sa tribune dans Le Figaro, il entend apporter les clarifications demandées. « *La situation de notre système de santé est inquiétante et ceux qui prétendent le contraire sont dans le déni et la démagogie,* affirme-t-il en préambule. *Mon objectif est de sauver notre système de santé qui fut l'un des meilleurs du monde et qui doit le redevenir.* » Sur le sujet du petit et du gros risque, le candidat Fillon n'entre pas dans le détail mais repositionne sa vision globale de la couverture maladie. « *J'entends réaffirmer le principe d'universalité dans l'esprit des ordonnances de 1945. L'assurance maladie obligatoire et universelle, pilier de la solidarité, doit rester le pivot dans le parcours de soins dont le médecin généraliste est l'acteur-clé.* » Il va même plus loin dans les missions du régime de base : « *elle continuera à couvrir les soins comme aujourd'hui et même mieux rembourser des soins qui sont*

largement à la charge des assurés, comme les soins dentaires et optiques. » Une proposition qui vise à couper court aux rumeurs sur sa proximité avec Henri de Castries, ancien président d'Axa, alors qu'on l'accusait de vouloir « livrer » la sécurité sociale aux mains des assureurs privés. La distinction entre gros et petit risque est enterrée, et même retirée du site *Fillon2017.fr.*

Les socialistes au créneau

Exit, donc, le débat sur la séparation du risque. Mais la tribune de François Fillon n'a pas désarmé l'adversité. Réagissant par Twitter, Marisol Touraine interpelle directement le champion de la droite. « *Non seulement vous ne renoncez pas à votre projet de déremboursement du petit risque mais pire encore, à travers une pseudo-agence de régulation, vous faites entrer les assureurs privés dans le pilotage de la Sécu. Dans quel but, sinon leur confier des remboursements que vous retirez à l'assurance maladie ?* » Un procès d'intention, mais qui pointe en effet une proposition encore floue de François Fillon : à quoi servira cette agence ? Arnaud Montebourg, pour sa part, a jugé que le texte de Fillon constituait « *un rétro-pédalage pas sincère et pas clair* ». Pour le candidat aux primaires de la gauche, « *l'appel de François Fillon à la responsabilisation des assurés laisse entendre que quand ils sont malades, c'est de leur faute.* »

Des Français très attentifs

Voilà donc, à mi-décembre, l'état du débat public à partir des positions du candidat Fillon. Le moins qu'on puisse dire, c'est que ces passes d'armes ne permettent guère d'éclaircir les projets des uns et des autres. Et les programmes risquent fort d'évoluer, à mesure que les candidats à la présidentielle consultent désormais tous azimuts sur un thème peu familier pour les appareils électoraux. De fait, un sondage Harris Interactive, réalisé entre le 6 et le 8 décembre, va réveiller les vocations. Pour 77 % des Français, les propositions des candidats concernant le système de santé seront un

Présidentielle 2017 : la santé s'invite au cœur de la campagne

critère déterminant de leur vote à l'élection présidentielle. Côté personnalités, Jean-Luc Mélenchon arrive en tête, mais avec seulement 38 % d'opinions favorables sur le plan de la santé. Les personnalités suivantes sont plutôt marquées à gauche et au centre. Sur les propositions déjà formulées, c'est la lutte contre les abus et fraudes qui est jugée prioritaire pour 62 % d'entre eux. Il faut noter que la délégation du petit risque aux complémentaires est critiquée par 38% d'entre eux.

Marine Le Pen sans surprise

En tous les cas, la course à l'audience sur les propositions de santé est bel et bien lancée. Le 9 décembre, devant son collectif d'usagers, Marine Le Pen, a prononcé un discours critique sur le programme Fillon et évoqué brièvement le sien. Ironisant sur « *le remède du Dr Fillon qui donne la nausée* », elle espère que « *cela passera, car cela fait partie du petit risque* », elle dénonce « *des idées qui vont aboutir à un modèle ultralibéral à l'américaine, où les classes moyennes seront défavorisées. Pour quelqu'un qui met en avant la famille, il y a encore du travail* ». Côté propositions elles sont sans surprise. Elle entend lutter contre les déserts médicaux en développant les stages d'internes, « *redonner le goût* » de l'exercice libéral, supprimer l'AME, renforcer la lutte contre les fraudes, autoriser la vente de médicaments à l'unité, réguler le prix des médicaments à l'unité ou encore développer les dispositifs de santé connectée.

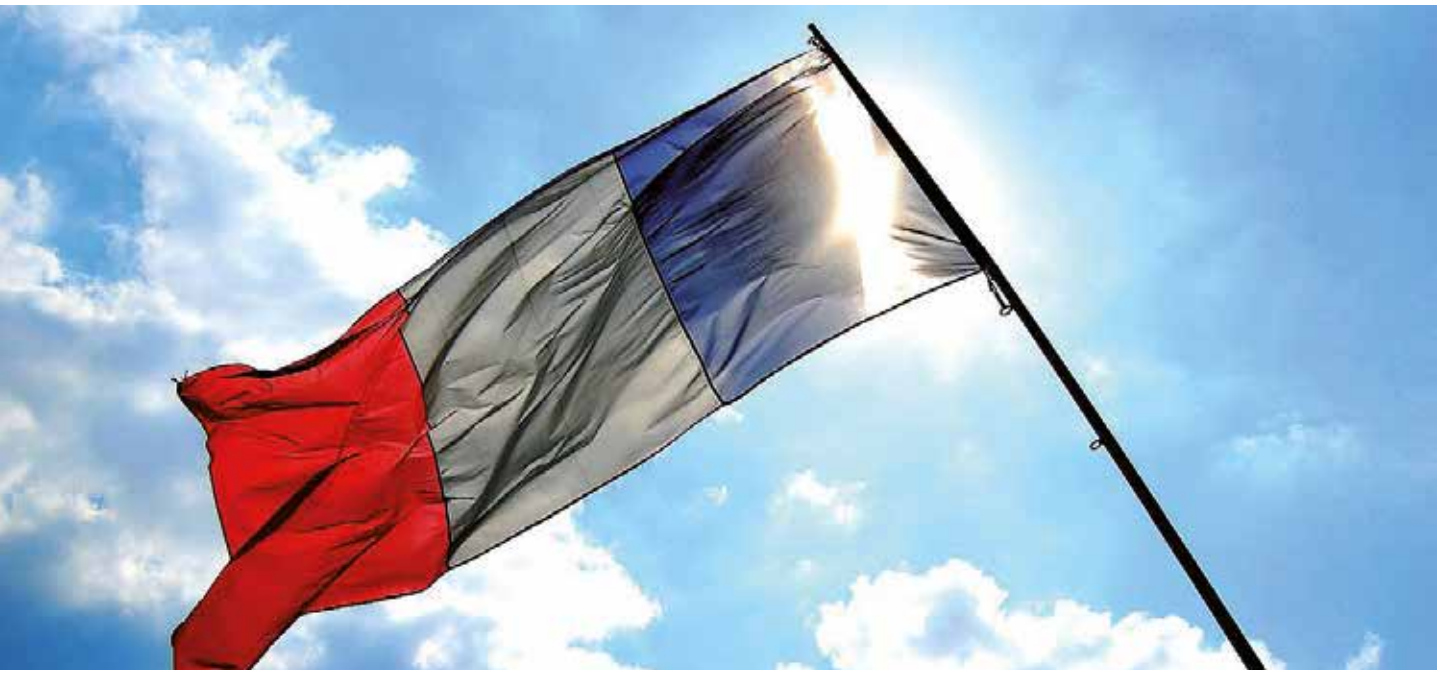
La gauche affûte ses arguments

À gauche, peu de candidats ont encore dévoilé leurs cartes, alors que la primaire socialiste est prévue fin janvier. Jean-Luc Mélenchon entend « *reconstruire le service public hospitalier* ». Il veut en finir avec « *les suppressions de lits et de personnel* » et propose de revenir sur la tarification à l'acte. Pour le candidat à gauche de la gauche, les premières prises de position visent surtout à se faire entendre de son électorat « naturel », du côté des agents hospitaliers. Il préconise par exemple de rembourser tous les soins à 100 %, d'abolir les dépassements d'honoraires, de créer des centres de santé pratiquant le tiers payant intégral et de développer le paiement au forfait. Benoît Hamon, lui, est candidat à la primaire socialiste. Présentant son programme santé le 12 décembre, il veut imposer le conventionnement sélectif, avec l'interdiction d'installation dans les zones surdotées, créer une « *mission nationale d'accès aux soins adossée aux ARS et destinée à verser des aides et orienter l'installation des praticiens.* » Il entend également proposer un statut de « généraliste ville / hôpital » et rembourser par l'assurance maladie la pratique du sport.

Vers un clivage droite / gauche ?

En janvier, avec la préparation des primaires, les propositions sur la santé devraient se multiplier. Pour le moment, les candidats en lice sont restés prudents sur les sujets lancés par François Fillon, concernant la configuration de l'assurance maladie. Mais après les critiques, il faudra offrir de nouvelles perspectives au système de santé, en explicitant le financement des dépenses, la gouvernance, la structuration de l'offre de soins, la place des soins de ville, le soutien à l'innovation et la poursuite de la démocratie sanitaire. Il est possible que, pour la première fois depuis 1945, un clivage droite/gauche émerge sur ces questions, après 70 ans de consensus. En tous les cas, la CSMF veillera à soigneusement passer au crible les positions des concurrents à la présidentielle et à leur rappeler la pertinence du New Deal que la Conf' porte depuis plusieurs mois.

Les huit chantiers capitaux de la présidentielle



D'ici à mai, les candidats à la présidentielle devront intégrer dans leur logiciel de campagne les problématiques liées aux grands enjeux du système de santé. Tour d'horizon des thèmes identifiés par *Le Médecin de France*.

1 Consolider le financement de l'assurance maladie

Le hiatus est connu : la progression « mécanique » des dépenses de santé est évaluée entre + 3,5 et + 4 % par an, en raison du vieillissement démographique, de l'avènement des pathologies chroniques et du coût du progrès médical. Or, les politiques s'entendent pour limiter à 2 % par an maximum la hausse de l'ONDAM. Si la perpétuation de plans d'économies de l'ordre de 3 à 4 milliards d'euros par an est certaine, la question du financement par les recettes reste posée. Faut-il augmenter les prélèvements obligatoires, quitte à augmenter le taux des dépenses de santé (environ 13 % du PIB actuellement) ? Ou faut-il simplement réformer les modalités de la contribution, par exemple en diminuant la part sur les revenus du travail et en faisant davantage appel à l'impôt, via la TVA sociale ? Les candidats devront prendre position sur ce sujet.

2 Refonder le pilotage et la gouvernance

Depuis deux décennies et le plan Juppé, les modalités de pilotage du système de santé ont considérablement changé. Entre la fin du paritarisme à l'assurance maladie, la multiplication des agences sanitaires, la régionalisation à travers les ARS, il est difficile aujourd'hui d'identifier la cohérence de la gouvernance. Depuis la loi HPST, et plus encore la loi Touraine, la tendance à la reprise en main par l'État est patente, l'article 99 du PLFSS en est une preuve supplémentaire. Faut-il revenir sur l'étatisation ? Ou faut-il déléguer le pilotage à une nouvelle agence d'Etat, chargée notamment de coordonner l'assurance maladie et les ARS ? Faut-il accorder plus d'autonomie aux établissements hospitaliers ? Faut-il redynamiser le contrat conventionnel entre le régime de base et les professions de santé libérales ? Le prochain gouvernement ne pourra pas faire l'impasse sur ces questions.

3 Redéfinir les champs d'intervention entre régime de base et régimes complémentaires

C'est la problématique en toile de fonds du débat gros risque-petit risque. Car il sera difficile de s'exonérer de la définition d'un panier de soins, entre biens de santé essentiels pris collectivement en charge et soins courants plutôt couverts par une logique assurantielle. Quel que soit le périmètre défini, l'enjeu de l'universalité et de l'équité d'accès aux soins pour tous les Fran-

çais, sans condition de ressources ni d'état de santé, doit demeurer la valeur cardinale. La place des complémentaires, leur rôle au premier euro ou en payeur secondaire, leur capacité à gérer le risque, feront partie des pistes à définir. La généralisation de la complémentaire santé à tous les salariés provoque des effets en termes de couverture et de qualité des prestations qu'il faudra résoudre.

4 Poursuivre et intensifier le virage ambulatoire

Tous les pays occidentaux se sont engagés sur la voie du virage ambulatoire, pour des raisons d'efficience économique et de satisfaction de la population. La France est en retard, à l'instar des mesures contenues dans la loi Touraine, et qui accentuent la prééminence de l'hôpital public. L'essor du virage ambulatoire passe par la constitution de parcours de soins efficaces, par la réforme de certaines modalités de financement, par une coopération interprofessionnelle respectueuse des compétences de chaque métier. Sur ce sujet essentiel, tout restera encore à parfaire durant le prochain quinquennat.

5 Mener une politique incitative pour équilibrer l'offre de soins dans les territoires

En dépit des offensives régulières de parlementaires sous la pression de leurs électeurs, il faut le rappeler : le rééquilibrage de la démographie médicale ne passera jamais par des mesures coercitives. Elles seraient à la fois injustes et inefficaces. Il faut donc intensifier et diversifier les aides, imaginer une politique d'aménagement du territoire globale et permettant de revitaliser les territoires défavorisés et favoriser le regroupement interprofessionnel et le travail en équipes de soins. La création de cabinets secondaires, de consultations à distance via la télémédecine, de vacations dans les hôpitaux locaux, sont parmi les solutions à renforcer.

6 Restaurer l'attractivité de la médecine libérale

On le sait, la médecine libérale ne fait pas recette auprès des jeunes diplômés. Selon l'Ordre, à peine 10 % d'entre eux s'installent en ville après leur diplôme. Une désaffection davantage liée à une méconnaissance des réalités professionnelles qu'au refus de devenir libéral. Il faut donc multiplier les stages au cabinet, alléger les contraintes administratives, faciliter les conditions de création d'un cabinet en ville, assouplir les règles d'association, inciter à l'exercice regroupé, encourager les collaborations pluriprofessionnelles. Il est également indispensable de moderniser le concept d'entreprise libérale de santé et de sensibiliser et de former les jeunes médecins à la conduite de projets entrepreneuriaux.

7 Soutenir l'innovation et l'intégrer dans les pratiques professionnelles

Le système de santé est confronté à une formidable révolution scientifique et technologique. Outre le retour de l'innovation dans le domaine du médicament et des produits de santé, le progrès est également technologique et numérique. Robotisation, génomique, digitalisation, « dataisation »… les sciences se combinent pour élaborer des services globaux de santé. À la clé, plusieurs défis sont en vue, comme l'évaluation des produits de santé en vie réelle, l'intégration de la e-santé dans les pratiques professionnelles, l'éducation thérapeutique du patient, l'observance thérapeutique, la lutte contre la iatrogénie et les accidents médicaux… Mais la révolution est également organisationnelle, avec un impact profond de ces technologies sur les modalités de délivrance des soins. Il faut à la fois imaginer un modèle économique incitatif pour récompenser la « bonne » innovation, reconnaitre et valoriser l'implication des soignants, favoriser la mise en place de prises en charge collectives et efficientes… Outre la création d'un écosystème adapté, les prochains décideurs du quinquennat à venir devront également veiller aux risques de dérives vers une « uberisation » de la santé et une marchandisation commerciale de prestations extérieures au monde de la santé.

8 Améliorer l'autonomie du patient et sa collaboration avec le soignant

Initiés par la loi Kouchner de 2002, la démocratie sanitaire et les droits des patients sont désormais solidement installés dans le paysage sanitaire. L'autonomie du patient, sa capacité à co-décider avec le soignant, sont aujourd'hui reconnues comme des éléments-clé pour la réussite d'un traitement, l'amélioration de la qualité de vie et l'efficience économique du système de santé. Mais il faut poursuivre certains chantiers, comme la reconnaissance et la valorisation du statut de patient-expert. Et il serait souhaitable, également, de refonder le contrat social entre le patient et le soignant. Si le patient a des droits, ne doit-il pas également avoir des devoirs, par exemple sur le respect des rendez-vous, la participation à des programmes d'éducation thérapeutique ?

Retraite : la réforme effective au 1er janvier

Les deux arrêtés portant sur la réforme de la retraite complémentaire et de l'ASV ont été publiés en novembre (RCV) et décembre (ASV). Une publication saluée par la CSMF, et qui permet de traduire concrètement ces réformes. C'est au 1er janvier prochain que s'appliqueront les nouvelles mesures. Le principe est simple : à partir de cette date, l'âge « normal » de départ à la retraite est abaissé à 62 ans, au lieu de 65 ans actuellement. Ceux qui feront valoir leurs droits devront accepter un montant correspondant à 87 % du pourcentage de la retraite versée à 65 ans. À partir de 62 ans, et pour ceux qui resteront en activité, il sera appliqué un coefficient annuel de majoration de 5 % par an, de façon à parvenir à un taux à 100 % à 65 ans. Au-delà, la poursuite d'activité permettra d'obtenir une majoration de 3 % par an entre 65 et 70, dans le but de la rendre incitative. La CSMF a soutenu cette réforme et demande « *qu'elle s'applique aussi au régime ASV, permettant ainsi aux médecins qui prolongent leur activité au-delà de l'âge légal de majorer leur pension.* »

Tiers payant généralisé : la CSMF persiste et signe

Sur la généralisation du tiers payant, la CSMF ne transigera pas. Elle a refusé de participer à la seconde réunion de pilotage du dispositif, prévue le 14 décembre, après avoir décliné celle tenue en juin dernier. Le syndicat s'était déjà insurgé contre la composition de ce comité, qui ne compte que 5 représentants des médecins libéraux sur 37 sièges. « *Le gouvernement continue d'ignorer l'opposition affichée et renouvelée des syndicats de médecins libéraux et ne doute de rien, malgré l'incertitude quant à l'application du tiers payant généralisé, étant donné les échéances politiques de 2017,* explique l'organisation. *La CSMF réaffirme son opposition au tiers pays généralisé et appelle les médecins à ne pas l'appliquer, même après le 1er janvier 2017.* » Elle rappelle en revanche qu'elle est favorable à l'application du tiers payant social pour les assurés qui en ont besoin.

Études de santé : le plébiscite

Selon des chiffres révélés par le Quotidien du médecin, le nombre d'étudiants inscrits en première année commune aux études de santé (PACES) atteint un niveau record, avec 58 627 étudiants. Cela représente 500 personnes en plus soit une hausse de 0,85 %. C'est une bonne nouvelle, donc, pour l'attractivité des métiers de la santé, et dont se félicitent les doyens de faculté. Mais cela n'ôte rien à la problématique du taux d'échec en fin de première année. Malgré le relèvement du numerus clausus annoncé il y a quelques semaines, avec 8 154 admis en deuxième année en 2017, le taux de passage l'an prochain sera inférieur à 14 % des inscrits.

DMP : c'est reparti dans neuf départements pilotes

Confié à l'assurance maladie par la loi Touraine, le redéploiement du DMP entre dans une phase opérationnelle. C'est en effet en décembre qu'a débuté la phase-pilote dans neuf départements (Bas-Rhin, Pyrénées-Atlantique, Côtes d'Armor, Doubs, Haute-Garonne, Indre-et-Loire, Puy-de-Dôme, Somme et Val-de-Marne). Le choix a été fait selon plusieurs critères : composition diversifiée des populations, implication des CPAM, participation aux expérimentations ASIP… Tirant les leçons des échecs des précédentes éditions, la CNAMTS propose plusieurs innovations : ouverture du DMP par les patients selon des modalités simplifiées, enregistrement automatique de six mois d'historique de remboursement, accès optimisé au DMP pour les professionnels habilités, possibilité pour le patient de masquer des informations (excepté pour le médecin traitant et le professionnel à l'origine de l'information…) À l'issue de cette phase-pilote, qui doit durer plusieurs mois, l'assurance maladie testera la validité des services proposés et adaptera la configuration, avant une généralisation progressive à l'horizon 2018.

Jean-Michel Lemettre, un partisan des soins coordonnés

Jean-Michel Lemettre veut améliorer la coordination des soins dans la petite ville semi-rurale d'Amboise, en Indre-et-Loire. Son projet médical, qui sera mis en œuvre dès le 1er janvier 2017, consiste à doter son cabinet de groupe d'outils modernes, fiables et opérationnels pour *transversaliser* la prise en charge des patients avec tous les professionnels de santé de proximité de ce territoire.

La carrière de Jean-Michel Lemettre débute en 1989. Il partage alors son temps entre ses deux associés, qui exercent dans un cabinet semi-rural à Amboise (37), où il avait effectué des remplacements… et son activité d'urgentiste au SMUR local. Il s'installe définitivement en 1991 pour pratiquer la médecine générale à plein temps. Il succède officiellement au médecin qu'il avait pris pour habitude de suppléer. En 2002, changement de décor. Les deux praticiens emménagent dans des locaux neufs, plus spacieux et plus fonctionnels. « *Nous travaillions jusqu'alors en alternance, dans un seul bureau* », précise-t-il. La SCM revêt une dimension familiale : ils accueillent une nouvelle collaboratrice, son épouse, orthophoniste libérale de son état. En 2005, son associé de toujours prend à son tour sa retraite. La remplaçante habituelle du cabinet lui succède. Un jeune médecin collaborateur rejoint également l'équipe en 2013. Il intègre la SCM en septembre dernier. Dernière évolution en date : pour faire face à la chute inattendue de la démographie médicale dans la petite ville de 14 000 habitants, la structure est sur le point d'obtenir ses galons de *Maison Médicale Léonard de Vinci Amboise* avec la constitution d'une SISA en lien avec la CPAM et l'ARS. Son objectif ? « *Fédérer tous les professionnels de santé de proximité de ce territoire pour améliorer la coordination des soins !* », affirme-t-il. Le projet de santé sera mis en œuvre dès le 1er janvier 2017.

Un passionné d'informatique médicale

Qui dit interprofessionnalité, dit surtout meilleur partage des informations entre les équipes de soins. Passionné par l'informatique médicale depuis ses débuts, il s'est intéressé de près au déploiement du DMP et notamment au volet de synthèse médicale, qu'il entend développer au service d'une prise en charge plus transversale des patients. « *C'est un outil indispensable, au même titre que les messageries sécurisées de santé, pour fluidifier les échanges entre les acteurs du premier et du second recours* », explique Jean-Michel Lemettre. Il porte ce message avec ferveur dans le cadre de ses multiples fonctions représentatives. Médecin référent du GCS Télésanté Centre, il est également élu à l'URPS ML Centre – Val de Loire depuis 2010, où il est membre actif des commissions spécialisées dédiées à la e-santé et à l'amélioration des conditions d'exercice. Séduit par le message et la force de propositions du syndicat, il avait adhéré à la CSMF en 2002, lors du passage du C à 20 euros.

Un adepte de l'interprofessionnalité

Sa vision de l'exercice libéral est résolument ancrée dans la coordination des soins et l'interprofessionnalité. « *C'est la seule voie d'avenir pour la profession,* estime Jean-Michel Lemettre. *Le virage ambulatoire est une formidable opportunité pour les médecins libéraux. Ils doivent proposer des outils et des modes d'organisation appropriés pour accompagner le nécessaire décloisonnement entre la ville et l'hôpital. Nous ne pouvons pas laisser les établissements de santé agir à notre place, sous peine de perdre notre liberté de choix et notre indépendance de décision.* » Les structures collectives sont une alternative viable, selon lui. « *Ce mode d'exercice, plus efficient et plus attractif pour les jeunes générations, nous permet de dégager un temps médical précieux. C'est ainsi que nous pourrons proposer des solutions efficaces pour répondre aux aspirations des médecins, mais aussi aux besoins de nos patients.* »

Jean-Michel Lemettre, médecin généraliste à Amboise.

Fiscalité : les bonnes décisions à prendre avant le 31

Les erreurs, les omissions et les opportunités manquées sont monnaie courante dans le domaine de la fiscalité. Parce que la réglementation en la matière s'avère parfois subtile et très changeante, petit tour d'horizon des décisions qui s'imposent avant le 31 décembre 2016.

Le saviez-vous ? Tous les médecins qui souhaitent recruter un salarié pour un CDD ou un CDI d'au moins six mois peuvent prétendre à une aide susceptible d'atteindre 4 000 euros… à condition que le contrat de travail de ce salarié démarre avant le 31 décembre prochain. Précision d'usage : cette possibilité est réservée aux praticiens qui n'ont engagé personne, au-delà de la période d'essai, au cours des douze derniers mois.

À toutes fins utiles, si vous employez vingt salariés ou plus depuis au moins trois ans, vous êtes tenus de faire travailler des personnes handicapées. Selon la loi, elles doivent représenter 6 % de vos effectifs. Pour satisfaire à cette obligation, d'ici à la fin de l'année, vous pouvez toujours accueillir des stagiaires handicapés. Vous pouvez également conclure des contrats de prestations de services ou de sous-traitance avec des établissements tels que les Esat*. A défaut, vous devrez vous acquitter d'une contribution annuelle allant de 400 à 600 fois le smic horaire par « bénéficiaire manquant » auprès de l'Agefiph**.

Un rattrapage de dernière minute

En cas d'erreur dans le calcul ou dans l'assiette de votre imposition, mais aussi en cas d'oubli d'un avantage fiscal auquel vous auriez pu prétendre dans votre déclaration, tout n'est encore pas perdu. Pour obtenir le dégrèvement de la quote-part d'impôt correspondante, vous pouvez toujours poser une réclamation auprès de l'administration fiscale. Cette mesure concerne la plupart des impôts de 2014 et les impôts locaux de 2015. Là encore, la démarche devra impérativement être effectuée avant le 31 décembre prochain.

À noter : si vous avez omis de déduire une partie de votre TVA, vous n'êtes pas contraint de poser une réclamation fiscale. Il vous suffit simplement de le mentionner sur votre prochaine déclaration. A savoir : vous avez, là aussi, jusqu'au 31 décembre pour rectifier les erreurs qui concernent les déclarations de 2014. Vous pouvez par ailleurs solliciter l'imputation ou le remboursement de la TVA dont vous vous êtes acquittée à l'occasion d'opérations résiliées, annulées ou restées impayées au titre de l'année 2014.

Des déductions avantageuses

Au-delà des primes, des amendes et des mesures rectificatives, certaines déductions sont aussi envisageables, comme celles liées à votre retraite. Les souscripteurs d'un contrat Madelin, qui permet dans une certaine limite de déduire de ses revenus les cotisations versées, sont supposés savoir que le plafond de déduction fiscale est annuel. Si vous ne l'avez pas utilisé intégralement d'ici au 31 décembre prochain, vous risquez de perdre une partie de l'enveloppe fiscale, d'où l'utilité de se rapprocher de votre conseiller avant la date butoir pour calculer précisément votre « disponible fiscal ». En ce qui concerne le plan épargne retraite populaire (PERP), la problématique est différente. Le plafond non utilisé est reportable pendant trois ans.

Bon à savoir : n'oubliez pas non plus d'établir les factures correspondant aux travaux effectués ni de vous faire payer les montants liés aux prestations réalisés… avant le 31 décembre de cette année. Ces démarches vous permettront ainsi d'optimiser votre bilan comptable.

(*) Etablissement et service d'aide par le travail (Esat)

(**) Aide à l'aménagement des situations de travail et à la compensation du handicap (Agefiph)